Bibliothèque numérique
medic@

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

1886, Troisième série, n° 42. - 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?90068x1886x42

©BIU Santé

90068

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé



Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY 24 rue Chauchat

©BIU Santé

90068

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL



GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

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

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-DEUXIÈME

90068

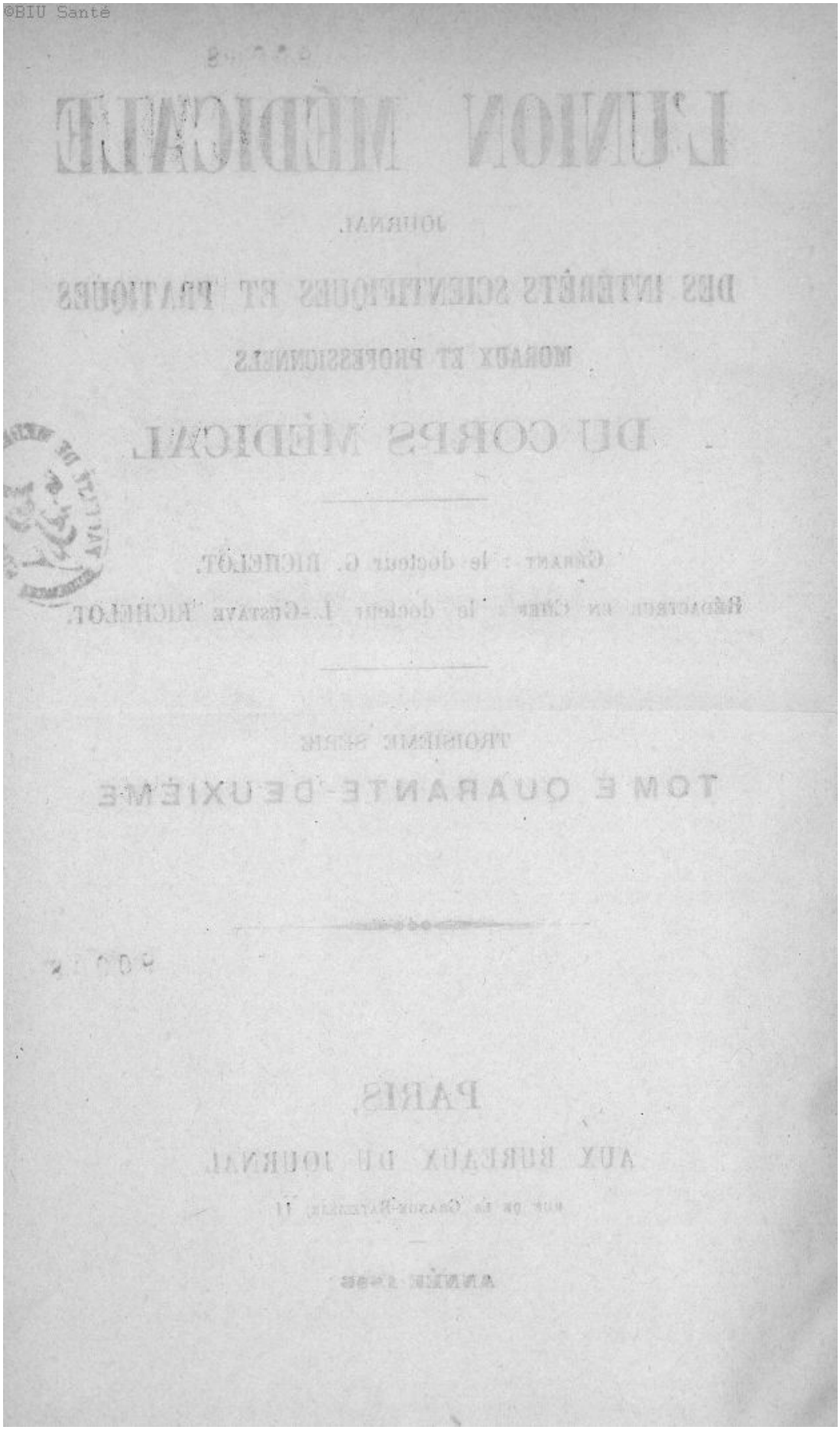
PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

ANNÉE 1886

©BIU Santé



©BIU Santé

Sommaire

I. Polaillon : Induration pratique du pénis. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. — II. Victor de Britto, de Porto-Alegre (Brésil) : Quelques considérations sur l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la conjonctive oculaire. — III. L'œuvre de M. Maillot devant la Chambre des députés. — IV. Bibliothèque : Note sur cinq cas de névrite multiple. — Du traitement hydro-minéral de Vittel avant et après l'opération de la pierre. — V. Revue des Journaux : Contribution à l'étude de la myosite primitive aiguë. — Autotransfusion dans l'anémie cérébrale après l'accouchement. — Influence des divers constituants acides des matières fécales sur les mouvements de l'intestin. — VI. Sociétés médicales des départements : Société médicale de Reims (2e sem. 1885). — VII. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VIII. Variétés : Fusion du Collège royal des « physicians » et du Collège royal des « surgeons » de Londres. — IX. Formulaire. — X. Courrier. — XI. Analyse du Lait d'Arcy.

M. le docteur Henri Huchard, notre ami et collaborateur, nous adresse la lettre suivante. Nous la publions avec d'autant plus d'empressement, que les faits semblables se reproduisent trop souvent aujourd'hui, et qu'ils sont de nature à porter atteinte à l'honorabilité de notre profession.

Mon cher rédacteur en chef,

Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée *Dr Huchard*, recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite chronique et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre. Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris : *Henri Huchard*.

Agréez, etc.

Henri Huchard,
Médecin de l'hôpital Bichat.

Induration plastique du pénis. — Rétraction de l'aponévrose palmaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 juin 1886,

Par le docteur Polaillon,
Chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

L'induration fibreuse du pénis, que l'on prend quelquefois pour une ossification partielle, se rencontre particulièrement chez les hommes qui ont dépassé la cinquantaine. C'est une affection rare, dont la cause prochaine est inconnue. On ne doit pas la confondre avec les indurations qui résultent d'une cicatrice ou d'un thrombus traumatique, d'un chancre induré ou d'une lymphangite syphilitique. Plusieurs auteurs la rattachent à la diathèse diabétique ou à la diathèse arthritique. Nous donnerons notre avis à cet égard, lorsque nous aurons fait connaître l'observation suivante :

Le 7 décembre 1883, entrait dans notre service de la Pitié le nommé M..., Jean, pour se faire soigner d'une lymphangite gangréneuse de la partie antérieure de la jambe gauche. Le tibia fut dénudé dans une grande étendue, et la vaste plaie, qui en fut la conséquence, mit quatre mois à se réparer. Nous eûmes donc tout le loisir d'étudier les diverses lésions que portait notre malade.

Il exerçait la profession de journalier, et était âgé de 63 ans.

Ses parents avaient eu une bonne santé. Sa mère était morte à la suite d'une couche. Lui-même s'était toujours bien porté, sauf une atteinte de scorbut contracté en Crimée en 1854.

Jean M.... est très maigre. Il a des habitudes d'ivrognerie, bien qu'il ne soit pas nettement alcoolique. Ses artères sont dures, athéromateuses. On entend à la base de son

©BIU Santé

cœur un claquement exagéré du second bruit. Ses mains sont affectées de paralysie agitante depuis un mois et demi. En outre, depuis six mois, il a remarqué que ses doigts *se ferment*, et que leur flexion le gêne pour travailler. Ses deux mains présentent, en effet, une rétraction de l'aponévrose palmaire, prononcée surtout à la main gauche, dont le petit doigt est complètement fléchi et s'oppose à la préhension régulière des objets.

Ses urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, mais elles sont très abondantes. Leur quantité varie de deux litres à quatre litres et demi en vingt-quatre heures.

En poursuivant notre examen, nous trouvons sur le pénis, un peu en avant de son insertion au pubis, une plaque qui a une dureté ligneuse. Cette plaque a la forme d'un demi-anneau, qui embrasserait la moitié supérieure de la verge. Ses dimensions sont de un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur et de trois centimètres et demi dans le sens tranversal. Elle semble naître de la cloison du corps caverneux ; puis, à partir de ce point, elle s'étale de chaque côté sur ces organes. Elle est adhérente à la face profonde de la peau, et glisse sur l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Quand on la comprime transversalement, on sent qu'elle plie un peu, en donnant la sensation d'un tissu fibreux très dense plutôt que la sensation du tissu osseux. Elle ne cause aucune douleur spontanément ou à la pression. Le patient nous dit n'en éprouver aucune gêne. Nous nous sommes assurés que la miction s'exécute normalement. Quant à l'érection et à l'éjaculation, nous n'obtenons que des renseignements très vagues, car le malade est d'un âge avancé et vit dans le veuvage.

La plupart des indurations plastiques de la verge ne sont pas aussi tolérantes. Elles produisent souvent des douleurs pendant l'érection, et, presque toujours, le pénis est dévié de manière à rendre la copulation difficile ou impossible. Ce trouble fonctionnel a quelquefois une minime importance, parce que la maladie survient ordinairement au déclin de l'âge mur. Cependant, j'ai été consulté par un ménage, dont le mari avait dépassé 50 ans, et qui était fort inquiet de ne plus pouvoir remplir les devoirs conjugaux ; par suite d'une induration ossiforme, la verge de ce client se recourbait en cercle presque complet pendant l'érection.

Chez un homme jeune, l'induration des corps caverneux constitue une déplorable infirmité, si elle est assez prononcée pour empêcher le coït. M. Tuffier a rapporté l'histoire d'un garçon de vingt-six ans, qui, n'ayant pu se livrer à aucun rapport sexuel, s'adonna à la masturbation ; il eut des accidents nerveux assez graves pour compromettre son existence.

La Peyronie paraît être le premier auteur qui ait étudié les indurations du pénis dans un mémoire *sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence* (Académie de chirurgie. 1743). Après lui, Ricord (*Gazette des hôpitaux*, 1847), Kirby (*Dublin médical journal*, 1850), Paget, Verneuil, Duplouy, se sont occupés de cette affection. Le plus récent travail sur ce sujet est dû à M. Tuffier (in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885).

Les indurations plastiques du pénis, que l'on désigne encore sous les noms de *concrétions plastiques* ou *fibro-plastiques*, de *nodus* ou de *ganglions des corps caverneux*, sont des productions tout à fait analogues à celles qui se développent dans l'aponévrose palmaire et qui amènent la rétraction des doigts. Elles résultent, les unes et les autres, de l'hypergénèse d'un tissu fibreux, qui a la propriété rétractile des cicatrices. Sur un nodus pénien enlevé par M. Verneuil, le microscope montra, en effet, un tissu analogue à celui des kéloïdes, cellules embryonnaires en îlots tendant à l'organisation fibreuse, peu de vaisseaux, et trame fibreuse ressemblant à celle du tissu cicatriciel.

C'est l'enveloppe fibreuse des corps caverneux qui est le siège ordinaire

©BIU Santé

de la tumeur. Notre cas fait un peu exception à la règle : en effet, si la production morbide semblait avoir pris son origine dans la cloison médiane des corps caverneux, les parties latérales n'adhéraient pas à ces organes. En raison de cette disposition, l'érection ne devait pas être gênée sensiblement, ce qui expliquerait l'indifférence du malade pour l'induration de son pénis.

Nous avons émis, en 1871 (in *Diction. encyclopédique*, 2me série, t. IV, p. 104, article *Main*), l'opinion que la rétraction de l'aponévrose palmaire est une manifestation de la diathèse arthritique. Depuis lors, notre opinion a été confirmée par de nombreuses observations. Actuellement nous pensons, avec Kirby, Paget, M. Tuffier, que l'induration plastique du pénis, qui a tant d'analogie avec la rétraction palmaire, est aussi sous la dépendance de l'arthritisme. Ces deux affections existaient simultanément chez notre malade, que son athérome artériel nous conduit à considérer comme un arthritique.

Mais notre malade, étant en même temps polyurique, fournit aussi un argument en faveur de M. Verneuil et de ceux qui admettent une relation de cause à effet entre le diabète et l'induration pénienne. Nous objectons à cette manière de voir que la polyurie sans glycosurie et sans albuminurie de notre homme résultait probablement de l'athérome de ses artères qui avait augmenté la tension intra-vasculaire, et non d'un état morbide de son système nerveux ou de ses organes digestifs. D'ailleurs, le diabète, insipide ou sucré, s'allie si souvent à l'arthritisme, qu'il est difficile de faire la part d'influence à l'une ou à l'autre de ces diathèses, dans la production de la sclérose du pénis.

Le traitement de cette affection est inconnu. Sans doute on peut disséquer et extraire les nodosités, mais le résultat de cette opération au point de vue du redressement de la verge pendant l'érection est fort incertain.

Quelques considérations sur l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la conjonctive oculaire,

Par le docteur Victor DE BRITTO, de Porto-Alegre (Brésil).

Il y a longtemps que l'on connaît l'action nuisible de l'usage prolongé de l'atropine et de l'ésérine sur la conjonctive oculaire. Il se produit nne conjonctivite folliculaire, connue sous le nom de conjonctivite folliculaire topique.

Le fait était fréquent, lorsqu'on usait et abusait de l'atropine dans l'opération de la cataracte.

Aujourd'hui même, l'effet nuisible de ce mydriatique et de l'ésérine se fait sentir soit parce que les sels ne sont pas bien neutres, soit parce que les solutions ne sont pas renouvelées de temps en temps, ou qu'on n'a pas pris la précaution d'ajouter quelque antiseptique à la solution.

Tout d'abord, il faut remarquer qu'il y a réellement des malades, ou mieux des conjonctives, très susceptibles à l'action de l'atropine et de l'ésérine; ce fait, remarqué par les ophthalmologistes les plus distingués, n'est pas contestable. Moi-même, j'ai déjà eu l'occasion d'observer cette disposition chez deux malades de ma clinique.

Le premier, garçon de 13 ans, avait une kératite parenchymateuse avec iritis consécutive. L'usage prolongé de l'atropine provoquait de temps en temps de la rougeur, du larmoiement et des douleurs, phénomènes qui disparaissaient lorsqu'on suspendait l'usage du mydriatique.

La deuxième, Mme C. B..., avait un glaucome absolu consécutif, avec de fortes douleurs. L'usage de l'ésérine, avant et après la sclérotomie, provoquait une telle exacer-

©BIU Santé

bation des douleurs, avec larmoiement, que la malade me déclarait positivement qu'elle ne continuerait point son usage. En suspendant le médicament, elle me disait que les douleurs étaient moins intenses. Pour m'en assurer, je l'ai deux fois trompée en lui disant que je lui prescrivais un autre médicament *pour détruire l'effet du premier*. Le lendemain, ce résultat ne s'était pas produit et, le surlendemain, elle me déclara que le remède *produisait le même effet que le premier*.

Devant des cas pareils, il me semble qu'il ne peut y avoir de doute sur l'existence d'une certaine susceptibilité (idiosyncrasie des auteurs) du côté de la muqueuse oculaire envers les mydriatiques et les myotiques.

Cette susceptibilité, niée par les uns, acceptée par les autres, ne me paraît avoir rien d'extraordinaire. Il se produit ici le même fait que pour d'autres agents thérapeutiques. Ne voit-on pas, par exemple, une seule friction hydrargyrique produire une forte salivation et un gonflement des gencives chez tel malade, tandis que tel autre supporte de fortes doses de mercure sans rien éprouver?

Dans un article récent (dernier numéro des *Annales d'oculistique*, 1885), M. Glorieux (de Louvain), adversaire intransigeant de l'idiosyncrasie, présente une nouvelle théorie pour expliquer la conjonctivite atropinique. Il est à remarquer que M. le docteur Glorieux s'occupe seulement des effets de l'atropine. La nouvelle théorie, quoique née d'un esprit lucide et observateur, ne peut résister, ce me semble, à une discussion approfondie. Mon distingué confrère dit, en commençant son article : « Il est reconnu aujourd'hui que c'est l'atropine, et non l'impureté de la solution médicamenteuse, qui est cause de la conjonctivite atropinique..... Quant aux microbes renfermés dans la solution, plus personne n'osera nier aujourd'hui l'action pathogène de ces organismes infectieux, particulièrement quand on les met en grand nombre en contact avec une muqueuse malade. Nous ne parlerons pas de cette conjonctivite d'origine microbienne, qui n'a rien à voir avec la conjonctivite atropinique qui nous occupe..... » M. Glorieux admet donc deux espèces de conjonctivites dues à la présence du mydriatique; l'une produite par l'atropine même, sans intervention d'autre agent pathogène, l'autre par la présence des microbes dans la solution.

Tout en faisant cette distinction, l'auteur aurait dû nous dire quels sont les symptômes qui séparent les deux formes. Du reste, si nous consultons d'autres auteurs, nous voyons que tous présentent la maladie comme une conjonctivite folliculaire (autrefois appelée conjonctivite granuleuse par abus d'atropine) avec susceptibilité spéciale de la peau des paupières, qui est le siège d'eczéma et qui se gonfle avec facilité.

Le très distingué ophthalmologiste de Louvain s'exprime encore ainsi qu'il suit : « Nous avons consulté la littérature médicale, espérant trouver dans la relation des faits cliniques quelque éclaircissement pour la solution du problème. Malheureusement, nous avons rencontré partout la même interprétation... On en a été réduit jusqu'ici à tout mettre sur le compte d'une idiosyncrasie, mot vague qui semble vouloir expliquer tout ce qu'on ne peut pas expliquer par des démonstrations scientifiques. »

Je crois bien que M. Glorieux a consulté la littérature ophthalmologique; mais, certainement, il a laissé échapper le passage suivant de l'important ouvrage de M. Abadie : « Aujourd'hui, il semble parfaitement démontré que les accidents attribués à l'atropine sont uniquement dus aux micro-organismes qui se développent dans toutes les solutions renfermant des alcaloïdes végétaux, aussi bien la daturine et l'hyosciamine que l'atropine (1er vol., p. 163). »

D'après Gubler, l'alcaloïde de la belladone agit comme irritant sur le derme et les muqueuses, surtout la muqueuse oculaire. Ainsi l'éminent thérapeutiste parle du larmoiement, de la fluxion et de la sensation de cuisson, produits par l'application de quelques gouttes d'une solution à 1 p. 100.

Dans les auteurs que je viens de nommer, dans les passages que j'ai cités, M. Glorieux n'a pas trouvé d'éclaircissements pour la solution de son problème.

Et, cependant, M. Abadie pense avoir dit le dernier mot sur la pathogenèse de la conjonctivite atropinique.

Quoi qu'il en soit, réfléchissons un peu sur la nouvelle théorie. M. Glorieux, après avoir nié l'idiosyncrasie, dit qu'il a tâché de découvrir par des expériences sur les ani-

©BIU Santé

maux en quoi elle pouvait consister. Il parle des trois théories de l'inflammation : celle de Virchow, celle de Conheim et la vaso-dilatatrice. Sans présenter des bases pour soutenir la dernière et en l'adaptant, pour ainsi dire, à sa nouvelle théorie, M. le docteur Glorieux formule l'argument qui suit : pour la théorie vaso-dilatatrice, le point de départ de l'inflammation réside dans la paralysie de l'élément contractile des vaisseaux; or, l'atropine produit une dilatation vasculaire, en paralysant les fibres musculaires lisses des vaisseaux; donc (*si la théorie vaso-dilatatrice est la théorie vraie*) l'emploi de *fortes doses d'atropine* doit parvenir à provoquer une forte inflammation.

Nous restons donc dans la même obscurité. L'inconnu persiste encore. Comment expliquer, par exemple, la conjonctivite atropinique chez des malades auxquels on n'applique pas de *fortes doses d'atropine*? Comment expliquer les accidents produits à la seule instillation de quelques gouttes d'une solution de ce mydriatique?

En outre, on sait parfaitement que l'action principale de l'atropine s'exerce sur l'iris par l'intermédiaire du sympathique et de la troisième paire. Ici, le même phénomène de dilatation vasculaire se produit, et cependant personne, que je sache, n'a encore parlé de l'inflammation de l'iris produite par l'atropine. Au contraire, dans les iritis les plus intenses, quand les douleurs tourmentent les malades, l'application du puissant mydriatique exerce une action très bienfaisante sur le diaphragme irien.

Maintenant, étudions, en quelques mots, les effets nuisibles de l'ésérine sur le globe oculaire. Ici, on se trouver encore plus embarrassé devant la nouvelle théorie.

L'ésérine, personne ne l'ignore, produit, dans des conditions identiques, les mêmes effets que l'atropine, la même irritation de la muqueuse, la même conjonctivite folliculaire topique; or, l'ésérine est exactement l'opposé de l'atropine. Si celle-ci produit la mydriase, en excitant le sympathique et paralysant le moteur oculaire commun, celle-là contracte la pupille, en paralysant le sympathique et excitant la troisième paire.

Si la première dilate les vaisseaux, la seconde les contracte.

Comment donc expliquer la conjonctivite ésérinique?

Si l'atropine produit l'inflammation parce qu'elle dilate les vaisseaux, pourquoi l'ésérine, qui les contracte, la produit-elle aussi?

On sait encore, d'après l'opinion de M. de Wecker, que l'usage prolongé des collyres astringents finit par produire une conjonctivite folliculaire. Or, les astringents contractent les vaisseaux, tout le monde le sait.

Quant au traitement, j'aime mieux insister sur la prophylaxie que sur la thérapeutique proprement dite. D'abord, je pense qu'il est nécessaire que tout collyre capable de s'altérer soit formulé en petite quantité, afin qu'il ne dure pas longtemps. En deuxième lieu, on doit lui associer un antiseptique, comme l'acide borique ou le sublimé. En troisième lieu, il est de bonne pratique de n'abuser ni des mydriatiques, ni des myotiques, d'autant plus que l'on sait qu'un nombre limité d'instillations d'une solution à 1 p. 100 (6 à 8 dans les vingt-quatre heures) suffit pour les cas les plus urgents.

Si on augmente les instillations, la saturation de la muqueuse seule peut déjà suffire pour expliquer les premiers accidents.

Lorsque l'intolérance de la conjonctive se manifeste, même pour les faibles doses d'atropine, ce qui arrive quelquefois, on doit recourir à un moyen très efficace que M. Glorieux a oublié : c'est la duboisine, mydriatique plus énergique encore que l'atropine. Ce moyen, conseillé par des ophthalmologistes expérimentés, produira presque toujours l'effet désiré. Je dis presque, parce que je sais qu'il doit y avoir des cas, très rares d'ailleurs, où l'extrême susceptibilité résiste à tous les moyens de la thérapeutique.

L'œuvre de M. Maillot devant la Chambre des Députés.

Le 29 décembre dernier, quatre-vingts députés, médecins pour la plupart, déposaient sur le bureau de la Chambre une proposition de loi ayant pour objet d'accorder une récompense nationale à M. le docteur Maillot, ancien inspecteur et président du conseil de santé des armées. Déjà l'année dernière, mais tardivement et en fin de session, un

©BIU Santé

rapport avait été rédigé dans ce but. La Chambre qui s'en allait avait même trouvé moyen, avant de clôturer la session, de prendre le projet en considération.

Les élections vinrent : le projet demeura dans les cartons, et le vénérable doyen de la médecine militaire française n'obtint pas encore la récompense nationale qui lui est due depuis si longtemps. Les inspirateurs du projet de loi actuel font un acte de réparation ; on ne saurait trop les féliciter de leur généreuse intention.

Cependant, les mois s'écoulent. On pensionne ceux-ci, on récompense ceux-là, et on oublie trop l'œuvre du modeste aide-major de l'hôpital de Bône ; on dirait qu'il en coûte à nos représentants d'acquitter cette dette patriotique envers la science et l'humanité.

M. Maillot possède bien l'heureux privilège d'une vieillesse toujours verte, nos confrères de l'armée l'entourent de leurs hommages et de leur estime, sa vieillesse ressemble à celle que l'antiquité attribuait aux sages ; cependant, ne peut-on se demander si le destin ne se lassera pas et si, malgré son respect pour ces quatre-vingt-sept années passées au service de la patrie, il ne devancera pas l'œuvre réparatrice, mais bien lente à venir, de nos législateurs !

Vraiment l'oubli parlementaire serait trop cruel ! Il s'adresserait à toute une génération, à nos colonies reconnaissantes, à l'armée dans l'une de ses plus pures illustrations, à l'Académie des sciences protestant contre une inexplicable omission et décernant le prix Montyon à notre vénéré confrère ; enfin au corps médical français tout entier !

A quoi bon rappeler les paroles vibrantes de M. le professeur Verneuil, mesurant devant les membres du Congrès d'Alger l'étendue et le nombre des travaux de M. Maillot et provoquant les applaudissements de l'Algérie tout entière. A côté de ces arguments, il en est un que le Parlement ne saurait méconnaître, c'est l'argument économique. Il doit convaincre les plus sceptiques et les plus récalcitrants calculateurs. Combien de millions n'a-t-on pas économisés par l'introduction de cette thérapeutique nouvelle, en abrégeant la durée des maladies, en permettant de les traiter à la chambre, parfois même en marche, et en conservant au pays des milliers de travailleurs par l'abaissement de la mortalité ? Et puis, comme l'écrivait M. E. Reclus dans le monument qu'il élève à la géographie universelle, cette thérapeutique fut le salut de la colonisation européenne sous les latitudes les plus diverses, et permit aux émigrants de faire souche dans leur nouvelle patrie.

Nos contemporains accordent, bien facilement peut-être, l'honneur du marbre et du bronze ; nos députés oseront-ils refuser à M. Maillot une récompense nationale si justement méritée ?

Le triomphe du projet ne serait pas seulement une tardive réparation ; ce serait encore une réponse, un peu lointaine sans doute, mais fort décisive au jugement porté par un membre de la famille alors régnante en France, dans un rapport militaire où sa plume princière gémissait sur « l'importation croissante de la quinine dans la colonie », tout comme s'il s'était agi de l'opium ou de l'absinthe. Vraiment il serait singulier que ce jugement fût indirectement confirmé par l'échec parlementaire du projet actuel. La gloire de M. Maillot n'en serait sans doute pas atteinte, mais l'honneur national on souffrirait à coup sûr ! — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

NOTE SUR CINQ CAS DE NÉVRITE MULTIPLE, par MM. MASIUS et FRANCOTTE. — Manceaux ; Bruxelles 1886.

Les caractères cliniques de la névrite multiple sont peu connus et les cinq observations de nos savants confrères belges viennent à propos les préciser. De même que dans la polyomyélite antérieure sub-aiguë et chronique, il existe une paralysie flasque débutant par les membres inférieurs ; puis de l'atrophie musculaire, des modifications de la contractilité électrique, la suppression des réflexes tendineux, l'affaiblissement des réflexes cutanés. Par contre, la polynévrite s'accompagne de troubles sensitifs : douleurs spontanées, hypéralgésie cutanée et parfois troubles objectifs de la sensibilité. On doit

©BIU Santé

savoir gré à MM. Masius et Francotte de ce petit mémoire qui arrive à l'heure pour fixer cliniquement une question encore bien obscure. — C. E.

DU TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL DE VITTEL AVANT ET APRÈS L'OPÉRATION DE LA PIERRE, par MM. P. BOULOUMIÉ et J. PATÉZON. — Paris, 1886, Dumont.

Cette brochure contient deux mémoires : l'un de notre distingué confrère, M. Bouloumié, sur l'emploi de l'eau de Vittel avant l'intervention opératoire, l'autre de M. Patézon sur son utilité après l'opération.

La *cure d'épreuve* est, d'après M. Bouloumié, une mauvaise pratique : Infidèle ou dangereuse, elle doit être remplacée par la *cure d'attente* qui, très souvent utile, est rarement nuisible. D'autre part, M. Patézon démontre la nécessité de prescrire aux calculeux opérés une cure d'eau minérale de la nature de celles de Vittel pour rendre aux urines leurs réactions normales et diminuer les dépôts uriques, phosphatiques et glaireux.

Cette brochure témoigne encore une fois de l'expérience clinique de nos deux estimés confrères, leur sincérité scientifique sait reconnaître avec une honorable franchise les inconvénients des eaux auprès desquelles ils exercent, comme avec talent elle en proclame et en utilise les propriétés curatives. — C. E

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la myosite primitive aiguë, par J. SCRIBA (de Tokio). — L'étiologie de la myosite suppurée, en dehors des maladies infectieuses et des suppurations par contiguité, est des plus obscures. On invoque ordinairement le rhumatisme ou les mêmes influences étiologiques que pour la périostite ou l'ostéomyélite. L'auteur a observé, à la clinique chirurgicale de Tokio, quatre cas qui se révélaient comme des myosites suppurées ou séreuses indiscutables, et dans lesquels l'étiologie ordinaire doit être récusée. Il s'agissait bien d'une inflammation primitive du parenchyme musculaire, non d'une lésion du perimysium; le tissu cellulaire ambiant restait parfaitement indemne; la suppuration, séreuse ou séro-purulente, ne donnait à constater aucun microcoque spécifique; les fragments de muscles montraient la tuméfaction des fibrilles avec très peu de participation du tissu cellulaire interfibrillaire. Il n'y avait point de troubles fonctionnels définitifs; les muscles suppurés semblent se régénérer en totalité. Cliniquement, ces quatre cas offrent ce point de contact que la myosite s'est manifestée après quelques jours d'une suppuration cutanée ou muqueuse, furoncles, abcès dentaire. Aussi, malgré l'examen microscopique négatif, l'auteur croit fermement à une invasion bactérienne, et admet une *myosite infectieuse*. Le diagnostic se fait avec la plus grande facilité, sur les caractères tirés : de l'existence d'une tumeur dure, qui reproduit exactement la forme d'un muscle déterminé, et se sépare nettement des tissus voisins, tumeur douloureuse et s'accompagnant de contracture du muscle atteint. Les muscles touchés dans les quatre observations qui nous sont soumises sont : le brachial antérieur, le grand pectoral, le grand adducteur de la cuisse, les muscles du mollet. La suppuration ne se manifeste pas dans tous les cas. Le traitement demande trois ou quatre semaines, et consiste en frictions et compresses phéniquées. (*Deut. Zeitschr. f. Chirurg.*, 1885, p. 495.) — R. L.

Autotransfusion dans l'anémie cérébrale après l'accouchement, par Robert KOPPE. — La diminution subite de la pression dans les veines abdominales après la ponction de l'ascite, après l'accouchement dans le cas d'hydropisie de l'amnios, fait toujours redouter le danger d'une anémie cérébrale qui peut être mortelle. L'intervention doit être rapide pour être efficace; une heureuse inspiration du médecin peut sauver la malade. Tel est le cas de l'observation de Robert Koppe. Celui-ci avait à délivrer une malade dont le travail durait depuis deux jours, dont le ventre était extrêmement développé et chez laquelle on put reconnaître une grossesse gémellaire. Un des enfants dut être extrait par le cranioblaste, et l'autre amené par les pieds. Pendant qu'on procédait aux soins de propreté, la malade pâlit subitement et eut une syncope; tous les

©BIU Santé

soins usités en pareille circonstance furent prodigués sans résultat, la situation devenait de plus en plus grave. Il fallait obtenir à tout prix une augmentation de la pression sanguine capable de rétablir l'irrigation du cerveau. L'auteur eut l'idée d'appliquer un oreiller sur l'abdomen et de l'y fixer etroitement avec des serviettes. A peine l'avait-il fait que la face, alors livide et cadavérique, avait repris sa couleur. Les lèvres étaient devenues vermeilles, la malade reprenait connaissance. Cette compression fut maintenue telle quelle pendant quatorze jours encore, puis progressivement relâchée jusqu'à complète guérison. (*Ginæk. Centr. bl.*, 1885, p. 595). — R. L.

Influence des divers constituants acides des matières fécales sur les mouvements de l'intestin. (*Pester med. chir. Presse et The Medical Chronicle*, avril 1886.) — Le professeur Bokai, en vue d'élucider cette question, a injecté un centimètre cube d'une solution chaude de certains acides, représentant 1 centigramme de chacun de ces acides, dans différents segments du tube intestinal chez le lapin et a fait les constatations suivantes :

1° L'acide lactique détermine à cette dose des mouvements péristaltiques légers pendant trois ou quatre minutes après son injection ;

2° L'acide succinique détermine des mouvements plus accentues surtout dans le jejunum et le rectum. Le cœcum et le colon sont moins affectés. On peut aussi observer de légères contractions toniques ou spasmodiques accompagnées d'anémie des parties contracturées ;

3° Les acides valérianique et butyrique sollicitent la production de mouvements péristaltiques dans le jéjunum et le rectum et produisent une hyperhémie forte et persistante des tuniques intestinales. De même l'injection d'acide formique s'accompagne de péristaltisme avec dilatation des vaisseaux.

L'acide propionique dilate les vaisseaux de l'intestin, et provoque de vigoureuses contractions des muscles intestinaux, contractions qui dégénèrent en contractures de ces tuniques au bout de peu de temps.

L'acide acétique détermine très rapidement de fortes contractions de l'iléon ; mais, pour obtenir le même effet sur le rectum, il est nécessaire d'injecter une dose plus forte, soit 10 centigrammes d'acide acétique. On observe aussi que les parties irritées s'anémient d'abord par suite d'un spasme des vaisseaux, lequel cesse pour faire place à une congestion locale extrêmement intense. Mais de tous ces acides organiques, c'est l'acide caproïque et l'acide caprylique qui agissent avec la plus grande puissance. Quelques secondes à peine après leur injection, le segment intestinal intéressé est pris de contractions toniques fortes accompagnées d'une hyperhémie intense. Ces phénomènes sont surtout marqués sur les côlons.

En somme, au point de vue de l'action excitante sur la tunique musculeuse et les vaisseaux de l'intestin, on peut ranger les acides dans l'ordre suivant. L'acide lactique n'a que peu d'action sur la contractilité musculaire et aucune influence sur les vaisseaux. L'acide acétique et l'acide succinique les font se contracter et tous les autres déterminent leur dilatation. Les éléments acides des matières fécales n'ont guère d'action que sur le jéjunum et le rectum, ils en ont moins sur l'iléon et moins encore sur le côlon.

Chez le chien, l'injection de doses plus fortes que celles indiquées plus haut détermine des phénomènes de diarrhée et de vomissements.

Des doses encore plus grandes peuvent aller jusqu'à la production d'une véritable inflammation du canal intestinal.

On peut conclure de ces recherches que ces acides, qui prennent tous naissance dans le processus de la digestion normale, agissent comme des stimulants de la contractilité péristaltique des instestins et favorisent la progression du chyle et son absorption dans l'intestion. Quand les faibles proportions normales de ces acides augmentent, cette augmentation a pour conséquence une exagération des contractions intestinales, puis production de coliques et finalement de la diarrhée. — L. Dn.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Les observations de cirrhose ne sont pas rares dans la pratique hospitalière; néanmoins, M. Luton a signalé à ses confrères un cas de *cirrhose sans ascite* qu'il a observé chez une femme de 38 ans atteinte depuis quatre mois d'un ictère foncé et d'une augmentation considérable du volume du foie. Elle succomba avec des symptômes cholériques, et l'autopsie montra l'existence de granulations à la surface de ce viscère dont le poids s'élevait à 2 kilogrammes 1/2. Par contre, elle ne donna pas la raison de l'absence d'ascite. C'était là sans doute une cirrhose hypertrophique, diagnostic confirmé d'ailleurs, comme le remarque M. Guelliot, par la forme miliaire des granulations.

Le même observateur a confirmé l'utilité du *lavage de l'estomac dans l'obstruction intestinale* en rappelant un cas dans lequel la rétention des matières fécales était complète et les vomissements avaient le caractère fécaloïde. La disparition de ces inquiétants symptômes fut rapide. S'agissait-il d'un étranglement vrai, ou bien d'un pseudo-étranglement? M. Luton a posé la question sans la résoudre définitivement.

Enfin, notre confrère, toujours infatigable dans ses travaux, a rappelé l'histoire de trois cas d'*anémie pernicieuse progressive*, dont les deux premiers se terminèrent fatalement, malgré l'emploi de la transfusion.

Le troisième malade succomba également et, par l'autopsie, on observa que tous les parenchymes viscéraux, à l'exception de la rate, étaient exsangues. Une tumeur pylorique, d'aspect épithéliomateux, fut constatée après la mort. A-t-elle été l'origine de cette anémie, ou bien faut-il faire jouer un rôle pathogénique à la profession de chiffonnier qu'exerçait le malade? En tout cas, ce fait démontre une fois de plus les difficultés du diagnostic pathogénique de l'anémie pernicieuse progressive et la réserve nécessaire qu'on doit apporter dans le pronostic de cette manifestation morbide.

L'*emploi thérapeutique de l'acétate de cuivre* a été proposé par M. Luton dans la médication de la phthisie chronique. Il l'administre à la dose de 1 centigramme par jour, et attribue son action médicamenteuse à une propriété spécifique. Un des collègues de notre confrère rémois, M. Poirier, donne une autre explication de cette action. Le cuivre agirait plutôt, dit-il, comme tonique et excitant. A l'appui de son opinion, il cite l'amélioration des ouvriers dont la constitution est lymphatique, quand ils travaillent dans les fabriques de verdet. Au reste, l'emploi du cuivre dans la phthisie avait été formulé naguère, en associant le sulfate de cuivre à l'ipécacuanha.

Un autre débat a été soulevé par M. Colleville, relativement à l'*érysipèle du poumon*, et à propos d'un malade chez lequel un érysipèle avait été précédé, puis accompagné de symptômes pulmonaires. Il est difficile, en effet, dans de semblables cas, de décider si la complication pulmonaire est de nature érysipélateuse ou si l'on est en présence d'un érysipélateux porteur d'une pneumonie franche. En d'autres termes, le streptococcus de l'érysipèle peut-il évoluer simultanément avec le pneumococcus? Dans le cas qui motivait les remarques de M. Colleville, les symptômes initiaux étaient ceux d'une pneumonie à forme typhoïde avec herpès labial. L'érysipèle facial se déclarait ensuite; puis, à droite, du côté correspondant aux points où l'érysipèle envahissait le visage, les bronches étaient envahies et on observait les signes indéniables d'une broncho-pneumonie.

Cette succession de phénomènes morbides montre bien la difficulté du diagnostic, mais n'infirme pas l'existence de la pneumonie érysipélateuse.

L'influence des traumatismes sur la pathogénie des tumeurs malignes a été incidemment traitée par M. Delacroix. Cet observateur présentait à ses collègues un individu porteur d'un *néoplasme de l'œil*. Cette tumeur, du volume d'une lentille, adhérait à la sclérotique et avait débuté après un coup porté par une branche d'arbre. La nature maligne de ce néoplasme ne pouvait s'expliquer ni par les antécédents du malade, ni par l'hérédité généalogique. C'est donc là un fait qu'on peut invoquer dans la pathogénie des tumeurs consécutives à des traumatismes.

©BIU Santé

Enfin, parmi les autres communications qui ont été entendues durant ce semestre par la savante Société rémoise, signalons encore : l'observation d'un *cas de charbon* par M. Mignerot, interne de l'Hôtel-Dieu de Reims; la présentation d'une pièce anatomique relative à *un kyste ovarique* opéré par M. Decès, et deux observations de M. Rebière : l'une, de *plaie pénétrante de la poitrine;* l'autre, de *tumeur de la paroi abdominale.*

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend ;

1° Une lettre de remerciements de M. Michaux (de Louvain), récemment élu associé étranger;

2° Des lettres de candidature de M. Duguet, pour la section de pathologie médicale; de M. Peyraud (de Vichy), pour le titre de correspondant national;

3° Un mémoire de M. Ernest Durand, ayant pour titre : *Marseille en 1885. Etude de statistique médicale*;

4° Une note de M. le professeur Van Lair (de Liège), *sur l'organisation du caoutchouc dans l'intérieur des tissus vivants.*

M. Cornil dépose sur le bureau de l'Académie un travail de M. Raymond Durand-Fardel, intitulé : *Contribution à l'étude de la tuberculose du rein.*

L'auteur, recherchant l'origine de la granulation tuberculeuse dans le rein, a pu constater la présence des bacilles de Koch non seulement dans les amas tuberculeux constitués, mais aussi, à côté, dans les vaisseaux et, dans les anses vasculaires, de glomérules où il n'y avait pas encore trace de néoformation tuberculeuse.

C'est là une constatation très importante qui vérifie par un fait matériel l'hypothèse déjà émise du transport du bacille pathogène par la voie vasculaire, dans la tuberculose aiguë.

M. Siredey présente, de la part de M. le docteur Tenioni (de Nérondes), une note sur la fièvre typhoïde de Charly.

M. de Villiers présente, au nom de M. le docteur Vidal, président du Comité de protection de l'enfance dans le département du Var, le rapport lu au Conseil général sur le service de la protection des enfants du premier âge.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger et d'un correspondant national.

Pour l'élection de l'associé étranger, la liste de la commission porte : En première ligne, sir James Paget; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Charles West et Van Beneden.

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, sir James Paget obtient 57 voix; Van Beneden, 5; bulletins nuls, 2.

Sir James Paget est élu.

Pour l'élection du correspondant national (1re division) la liste de la commission porte : En première ligne M. Mahé (de Constantinople); en deuxième ligne M. Grasset (de Montpellier); en troisième ligne *ex æquo* MM. Carlet (de Grenoble), Mandon (de Limoges), Picot (de Bordeaux), Tillot (de Luxeuil).

Le nombre des votants étant de 55, majorité 28, M. Mahé obtient 42 voix, M. Grasset 7, M. Carlet 5.

M. Mahé est élu.

M. Planchon lit une série de rapports sur des demandes en autorisations d'exploiter de nouvelles sources minérales.

M. Bouchardat lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

©BIU Santé

M. Terrillon lit une observation intitulée : *Fibrome kystique de l'utérus très volumineux du poids de 28 kilogrammes ; hystérectomie avec pédicule extra péritonéal, guérison.*

L'intérêt de cette observation porte sur deux points principaux : d'abord le volume des tumeurs, l'une constituée par un fibrome solide pesant sept kilogrammes ; l'autre contenant des kystes atteignant le poids de seize kilogrammes. Cette dernière était constituée par une enveloppe de tissu utérin, épaisse comme le doigt, dans laquelle se trouvait une masse formée de nombreux kystes de différents volumes, unis les uns aux autres. Cette masse kystique semblait presque indépendante de l'enveloppe musculaire. Les liquides contenus dans les kystes ne renfermaient pas de paralbumine, les cavités étaient tapissées par des cellules aplaties. On trouvait dans les parois de ces kystes des éléments musculaires qui rappelaient leur origine utérine.

M. Terrillon signale en terminant la guérison définitive qui survint sans accident après l'élimination d'un gros pédicule formé aux dépens de l'utérus hypertrophié et sectionné au-dessus des culs-de-sac vaginaux.

— La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

FUSION DU COLLÈGE ROYAL DES « PHYSICIANS » ET DU COLLÈGE ROYAL DES « SURGEONS » DE LONDRES.

Ces deux importantes institutions, conférant, après examen, les diplômes les plus considérés des Iles britanniques, viennent de fusionner et d'inaugurer leurs examens en commun.

C'est un pas considérable fait pour l'unification de la profession médicale chez nos voisins.

Le *Medical Record de New-York* rappelle à cette occasion que l'exercice de la médecine était absolument libre en Angleterre jusqu'en 1422. Les « praticiens » furent alors tenus de passer des examens devant une des Universités. En 1513, le roi conféra aux évêques et aux vicaires généraux le droit d'octroyer le privilège d'exercer l'art de guérir.

Cinq ans plus tard, Linacre persuada à Henri VIII de fonder le « College of physicians ». Mais la maison ayant brûlé, peu de temps après, dans un grand incendie de tout un quartier de Londres, le Collège était sur le point d'être désorganisé, lorsque le célèbre Harvey, en donnant des cours sur la circulation du sang et l'action du cœur, donna un nouvel éclat à l'institution dont il était la gloire. Enfin, le docteur Balwin Harvey, par un don très considérable, assura la perpétuité du « College of physicians ». Cependant, sa marche était fortement critiquée, et on se plaignait que ses directeurs n'admissent au « membership » que les gradués des Universités d'Oxford et de Cambridge, et qu'ils eussent trop de morgue vis-à-vis des autres Universités. Quant au « College des Surgeons », il n'a été reconnu par l'Etat qu'en 1800. Pendant une longue période préparatoire, il avait été le siège des rivalités entre les barbiers et les chirurgiens. Il fut même un temps où les barbiers réussirent à mettre les chirurgiens à la porte de leur immeuble commun, et c'est alors que l'Etat intervint pour rétablir l'ordre et instituer, en 1800, le « College of Surgeons ». Ce dernier entra souvent en lutte avec le « College of physicians ».

Tant de fiel entre-t-il dans l'âme des dévots?

a dit Boileau, mais les dévots ne sont pas les seuls à mériter un poëme de lutrin ; les médecins de tous les pays le savent bien.

On peut espérer maintenant que la fusion va faire disparaître tout levain de discorde et que les diverses Ecoles attachées aux hôpitaux de Londres, sans compter celles de la province, enverront leurs élèves prendre de préférence leurs grades et terminer leurs études médicales devant les jurys d'examen des deux Collèges ainsi réunis, car ils comprennent dans leur sein l'élite du corps médical anglais. — Dr de Valcourt (de Cannes).

©BIU Santé

FORMULAIRE

POTION CONTRE LES TERREURS NOCTURES DES ENFANTS. — Ellis.

Bromure de potassium.....	0 gr. 10 centigr.
Teinture de jusquiame.....	10 gouttes.
Sirop simple.....	15 grammes,
Eau distillée.....	10 —

F. s. a. une potion à donner, au moment du coucher, aux enfants chez lesquels on remarque des terreurs nocturnes et de l'insomnie. — N. G.

COURRIER

Dans la séance du 18 juin du conseil municipal de Paris, M. Robinet, au nom de la commission sanitaire, a déposé une proposition invitant l'Administration à préparer d'urgence, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, un projet d'organisation du Musée municipal d'hygiène. L'Exposition actuelle de la caserne Lobau en fournirait les premiers éléments, et le musée serait installé dans l'ancienne l'église de St-Julien-le-Pauvre. Cette proposition a été renvoyée à l'administration locale.

LA MOMIE DE SÉSOSTRIS. — Nous extrayons du procès-verbal de Maspero fait à Boulaq le 3 juin 1886 les détails suivants sur l'état de la momie de Sésostris, qui vivait quinze ou seize cents ans avant l'ère chrétienne et fut le plus grand roi de l'Égypte :

« Cette dernière enveloppe écartée, Ramsès II apparut. La tête est allongée, petite par rapport au corps. Le sommet du crâne est entièrement dénudé. Les cheveux, rares sur les tempes, s'épaississent à la nuque et forment de véritables mèches lisses et droites d'environ 5 centimètres de longueur : blancs au moment de la mort, ils ont été teints en jaune clair par les parfums. Le front est bas, étroit, l'arcade sourcilière saillante, le sourcil blanc et fourni, l'œil petit et approché du nez, le nez long, mince, busqué comme le nez des Bourbons, légèrement écrasé au bout par la pression du maillot, la tempe creuse, la pommette proéminente, l'oreille longue écartée de la tête, percée d'un trou comme celle d'une femme pour y accrocher des pendants, la mâchoire forte et puissante, le menton très haut. La bouche assez peu fendue est bordée de lèvres épaisses et charnues ; elle était remplie d'une pâte noirâtre dont une partie détachée au ciseau a laissé entrevoir quelques dents très usées et très friables, mais blanches et bien entretenues. La moustache et la barbe, peu fournies et rasées avec soin pendant la vie, avaient crû au cours de la dernière maladie ou après la mort ; les poils, blancs comme ceux de la chevelure et des sourcils, mais rudes et hérissés, ont une longueur de 0,002 ou 0,003. La peau est d'un jaune terreux, plaqué de noir. En résumé, le masque de la momie donne très suffisamment l'idée de ce qu'était le masque du roi vivant ; une expression peu intelligente, peut-être légèrement bestiale, mais de la fierté, de l'obstination et un air de majesté souveraine qui perce encore sous l'appareil grotesque de l'embaumement. Le reste du corps n'est pas moins bien conservé que la tête, mais la réduction des chairs en a modifié plus profondément l'aspect extérieur. Le cou n'a plus que le diamètre de la colonne vertébrale, la poitrine est ample, les épaules sont hautes, les bras croisés sur la poitrine, les mains fines et rougies de henné. La plaie par laquelle les embaumeurs avaient ôté les viscères s'ouvre largement au flanc gauche. Les parties génitales ont été enlevées à l'aide d'un instrument tranchant. Les cuisses et les jambes sont décharnées, les pieds longs, minces, un peu plats, frottés de henné comme les mains. Le cadavre est d'un vieillard, mais d'un vieillard vigoureux et robuste : on sait, en effet, que Ramsès II régna 77 ans seul et dut mourir presque centenaire. » (*J. des Débats*, 13 juin 1886.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue. — II. Bibliothèque : De la splénalgi dans les fièvres intermittentes. — III. Revue des Journaux : Sur l'étiologie de l'érysipèle. — De la cécité en Italie et du moyen de la prévenir. — Le jéquirity dans le traitement de la métrite granuleuse chronique. — IV. L'Epidémie cholérique de 1886. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés : La salle d'honneur du corps de santé militaire au Val-de-Grâce. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causerie. — IX. Formulaire.

Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue,

Par L.-G. Richelot (1).

Messieurs,

Le cancer de la langue, vous le savez, compte parmi les plus graves, et très ordinairement, à toutes ses périodes, il déjoue les efforts de la chirurgie. Cependant, il n'échappe pas à la loi commune qui doit diriger notre conduite en présence des cancers, et qu'on peut formuler ainsi : dans tous les cas où la tumeur est accessible et peut être enlevée en totalité, s'il n'y a pas de généralisation viscérale apparente ni de cachexie prononcée, il faut agir. Nous avons tous dans nos souvenirs des cancéreux qui ont grandement bénéficié de notre intervention, qui ont vécu plusieurs années dans d'excellentes conditions avant la récidive, ou même qui vivent encore et nous étonnent par leur bonne santé; d'autre part, les statistiques démontrent que la survie est plus longue, en moyenne, chez les opérés que chez les abandonnés. Le cancer de la langue est un des plus mauvais, mais il ne fait pas exception à la règle générale; aussi n'avons-nous pas le droit, malgré nos échecs, de nous décourager. Pour ma part, j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu, le 30 octobre 1880, une femme de 85 ans, qui portait un cancer limité au côté droit de la langue et n'avait pas de ganglions envahis. Elle sortit le 18 novembre et retourna dans son pays. Le 13 novembre 1882, j'appris

(1) Société médico-pratique, séance du 22 février 1886.

FEUILLETON

CAUSERIE

La fin du monde.

Il paraît que ce n'était pas encore pour cette fois, puisque le monde existe toujours ; on peut même espérer qu'il continuera d'exister demain et au delà, rien n'indiquant que les éléments soient sérieusement désorganisés. C'est de Madrid qu'était partie cette prédiction de la fin du monde pour le 24 juin ; le soleil devait se lever à deux heures du matin, et avancer ainsi l'heure du travail et de la peine pour les pauvres mortels. Pour jouir de ce spectacle, des curieux s'étaient réunis sur une montagne aux environs de Madrid, comme les touristes au Righi ; le soleil ne s'est pas dérangé de ses habitudes, mais tous les saints du paradis se sont montrés dans les nuages, et ce miracle serait un signe infaillible, selon le peuple espagnol, que nous pouvions nous préparer à plier bagages pour tout de bon. Cette promenade sur une montagne, l'apparition de saint Pierre avec tout son personnel, l'émotion enfin des événements prochains se sont traduits par des libations copieuses parmi les Madrilènes, d'où l'on peut conclure que dans cette affaire il s'agissait de la soif bien plus que de la fin du monde.

* * *

De tout temps on a cru périodiquement à la disparition de la nommée Terre, et c'est

©BIU Santé

qu'elle venait de mourir à 87 ans, « de sa belle mort », sans avoir eu trace de récidive; je lui avais permis de vivre en paix deux ans et de mourir de vieillesse.

Vous voyez qu'il faut opérer le cancer de la langue. Seulement, ici plus que jamais, nous voudrions obéir à une autre loi plus salutaire que la précédente, et que les malades nous donnent trop rarement l'occasion d'appliquer : faire le diagnostic du cancer à l'état naissant, pour ainsi dire, et opérer sans attendre. C'est alors que nous aurions des survies prolongées, peut-être même des succès définitifs.

Le point sur lequel je veux attirer aujourd'hui votre attention, est la manière d'opérer les cancers nettement circonscrits. Assez souvent, en effet, nous sommes consultés pour une tumeur encore jeune et peu volumineuse, sinon tout à fait naissante; il est déjà trop tard; mais, faute de mieux, nous considérons ces cas-là comme favorables. La tumeur est grosse comme une amande ou comme une petite noix; elle occupe la face dorsale ou un des bords de la langue; elle n'a pas de racines se perdant sans limites précises dans la profondeur de l'organe ou vers sa base; elle n'envahit pas le plancher buccal. Dans ces conditions, il suffit, pour enlever tout le mal et dépasser largement ses limites, de faire l'amputation partielle de la langue par les voies naturelles. Quel est donc le meilleur procédé pour atteindre ce but?

Tous les instruments dits hémostatiques se sont donné rendez-vous dans cette région. Malheureusement l'écraseur, qui seul mérite ce nom, fait des opérations très incommodes et d'une longueur interminable; encore a-t-il à son passif quelques hémorrhagies graves. Le thermo-cautère, même très bien manié, laisse couler beaucoup de sang, et ne dispense en aucune façon des ligatures ou des pinces. L'anse galvanique, très expéditive, ne sert à rien contre les vaisseaux. La ligature élastique est longue, douloureuse, et inadmissible dans ce cas particulier.

L'écraseur et le thermo-cautère sont, en résumé, deux bons moyens d'exérèse; le second surtout, car il dure moins longtemps et fait des sec-

---

un des sujets auxquels la superstition populaire revenait le plus volontiers. Dans l'antiquité, on s'attendait à un embrasement général, qui n'aurait laissé de notre globe qu'un monceau de cendres ; l'eau ayant déjà opéré lors du déluge, il était juste que le feu eût son tour, et tout le désignait pour la purification finale de ce bas monde. Ovide n'a fait que traduire cette idée, quand il nous raconte les malheurs du jeune Phaëton conduisant le char d'Apollon, et manquant de rôtir ses contemporains pour avoir voulu leur montrer le soleil de trop près. Au moyen âge, la fin du monde était parmi les idées courantes, et dans cette prévision les gens riches se hâtaient, pour faire pénitence, de donner leurs biens aux couvents ; ce qui fait que tout le monde n'y perdait pas.

* * *

Que le monde doive finir un jour, c'est tout à fait probable, le monde terrestre, bien entendu. Notre planète n'a aucun droit à s'attribuer les bénéfices de l'éternité ; elle peut cependant subsister comme planète, mais à coup sûr ses habitants sont destinés à disparaître. J'en demande pardon aux personnes que cette perspective pourrait affliger ; il faut qu'elles se résignent à se figurer la terre sans habitants et l'humanité finie. Ce qui a eu un commencement doit avoir une fin ; l'espèce humaine passera, comme ont passé d'autres espèces ; ce sera la fin du monde animé, du monde vivant, qui est seul changeant et périssable, tandis que l'univers est éternel dans le temps et infini dans l'espace. Les gens qui aiment la vie peuvent toutefois se rassurer ; il coulera encore de l'eau sous les ponts avant que le dernier homme fasse ses dernières manières ; les

©BIU Santé

tions mieux dirigées, à la distance voulue; mais il faut encore opérer lentement, lier des artérioles, s'attendre à des hémorrhagies secondaires.

Le procédé que je vous propose, et dont je ne suis pas l'inventeur, assure plus parfaitement l'hémostase et dure moins longtemps que tous les autres. Il consiste à utiliser trois longues pinces courbes que j'ai trouvées chez Mathieu, faites sur les indications de M. Péan; les mors, qui doivent pénétrer et saisir le corps charnu de la langue, sont munis à leur face interne de piquants destinés à prévenir tout glissement. Mais je vous dirai tout à l'heure que le modèle importe peu.

Les trois pinces courbes sont placées à la façon de trois chaînes d'écraseur, c'est-à-dire que la première est enfoncée transversalement derrière la tumeur, entre celle-ci et la base de l'organe ; la seconde, antéro-postérieure, partage la langue en deux moitiés inégales, suivant le volume de la partie à sacrifier; la troisième est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le mal étant circonscrit, il ne reste plus qu'à sectionner rapidement avec des ciseaux courbes à quelques millimètres en deçà des pinces, qu'on a dû mettre assez loin pour que la section porte à coup sûr dans les parties saines. L'opération dure cinq minutes.

Mais que faire des pinces après l'ablation du cancer? Elles ont été imaginées pour être laissées à demeure, puis retirées au bout de vingt-quatre heures, l'hémostase étant assurée. La partie comprimée se sphacèle, l'eschare s'élimine en huit jours et laisse une plaie rose bientôt cicatrisée. C'est ce qui m'est arrivé deux fois ; mais les pinces à demeure n'en ont pas moins de gros inconvénients. Avec ou sans piqûre de morphine, mes malades les ont bien tolérées ; mais chez d'autres, elles peuvent être une cause de douleurs vives, et cet appareil qui sort de la bouche fait horreur à ceux qui entourent l'opéré. Aussi faut-il profiter d'un perfectionnement dont l'idée ne m'appartient pas davantage : fermer la plaie avec des fils, ce qui assure l'hémostase, et retirer immédiatement les pinces. Voici comment j'ai procédé :

Supposez les trois pinces placées comme je vous l'ai dit ; chacune d'elles,

---

Egyptiens parlaient de trente-six mille cinq cents années révolues, ce qui nous donne de la marge, bien que les Egyptiens ne soient pas d'hier. Je parle des anciens, ceux que nous retrouvons en momies, et non pas des Egyptiens modernes, qui ont surtout conservé des mœurs de leurs ancêtres le talent de momifier les capitaux sous forme d'emprunts. Du reste, la fin du monde a tant de fois manqué lorsqu'on y comptait formellement, qu'on ne peut se fier à rien dans ce genre de prédictions ; c'est un événement que les baromètres n'annoncent pas d'une façon certaine.

*
* *

Maintenant, le fait étant admis que nous devons disparaître un jour, comment finirons-nous? Sera-ce par le feu, comme on l'a cru longtemps? C'est peu probable, car notre globe va toujours se refroidissant, et nous aurions plus de chances d'être gelés que calcinés, au bout du compte. Il y a cependant le feu du ciel qui pourrait bien se charger de cette crémation en grand dans la personne d'une comète nous rencontrant sur son orbite; la moindre comète qui viendrait seulement nous frôler développerait chez nous une température dont on n'a aucune idée, même dans les salles de spectacle ni au Conservatoire; et nous nous en irions en poussière à travers les grands espaces sans qu'il reste un seul journal pour raconter aux êtres futurs l'histoire de la terre. La fin du monde par une comète me plairait assez; le moyen serait convenable, et le spectacle grandiose; mais nous n'en jouirions pas longtemps.

Il est à craindre que les choses se passent d'une façon d'abord beaucoup plus lente,

BIU Santé

une fois la tumeur enlevée, étrangle un bourrelet de tissu lingual qui porte une surface cruentée. Passez en arrière de cette plaie, au ras des deux premières pinces, une série de crins de Florence verticaux, rapprochés ; nouez-les de manière à unir les deux lèvres de la plaie, puis enlevez les pinces ; s'il coule un peu de sang parce que les fils sont trop espacés pour que la réunion soit parfaite, placez des fils intermédiaires, autant qu'il en faut pour comprimer tous les petits vaisseaux et compléter l'hémostase. Il reste une troisième pince, placée sur le pédicule de la langue et étreignant une faible épaisseur de tissus ; pour vous en débarraser, jetez un fil de soie au-dessous d'elle et faites une ligature en masse. La plaie réunie et la bouche libre, l'opération a duré quelques minutes de plus.

Que va-t-il se passer ? La plaie linguale peut-elle se fermer par première intention ? Je n'en sais rien ; mais dans ce cas, dont je vous parlerai bientôt, l'étranglement des tissus a déterminé le sphacèle de toute la partie située au-devant des pinces, aussi bien que si elles étaient restées pendant vingt-quatre heures ; l'eschare est tombée avec les fils et m'a laissé une plaie rose qui s'est vite guérie. Peut-être ne faut-il pas regretter que cette mortification ultérieure agrandisse la perte de substance et fasse tomber largement les tissus autour du foyer morbide.

I. — J'ai employé les pinces longues pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, en 1881, sur une femme de 66 ans, couchée au n° 72 de la salle Sainte-Marthe. Elle avait subi en ville, cette année même, l'ablation d'un petit cancer de la langue, je ne sais ni par qui, ni par quel procédé. A son entrée, elle avait une tumeur récidivée sur la face dorsale et vers le bord gauche de l'organe, du volume d'un gros marron, ulcérée superficiellement, pénétrant au sein du corps charnu, mais n'allant pas très loin vers la base, laissant intact le plancher buccal, paraissant nettement arrondie et facile à circonscrire. En quelques jours, l'ulcération fit des progrès sous nos yeux, mais il n'y avait pas trace de ganglions cervicaux. Opération le 6 septembre : il fallut placer la pince transversale très près

---

plus pénible, et aussi avec beaucoup moins de prestige. Ce qui nous attend, selon toute apparence, c'est de mourir de langueur et de nous éteindre par décrépitude et par asphyxie. La langueur et la décrépitude sont tout indiquées ; l'espèce humaine dégénère, se rabougrit, la taille diminue, la vitalité s'use par bribes dans la lutte pour l'existence ; nous sommes donc voués à un dépérissement progressif, au terme duquel on ne verra plus se promener sur la terre que des êtres minuscules qui feront tout à la mécanique. A ce moment déjà, ce qui restera de l'humanité ne sera plus bon à grand chose.

C'est alors qu'interviendra une dernière cause pour nous donner le coup du lapin. Il n'y aura plus de végétaux sur le globe ; les derniers arbres auront été coupés pour construire les derniers omnibus ; les arbustes et les herbes auront été transformés en combustibles pour remplacer le charbon, dont toutes les mines seront épuisées ; et notre planète sera réduite à une calvitie absolue, sans même qu'il nous reste de quoi faire des chapeaux de paille pour nous mettre à l'ombre. Dans cet état, il y aura déjà pas mal de changements dans les climats et les saisons, et les conversations sur la pluie et le beau temps auront bien des sujets d'animation qui leur manquent aujourd'hui. Par dessus tout, la composition chimique de notre atmosphère sera tellement bouleversée que nous ne pourrons plus respirer ; les végétaux n'étant plus là pour fixer le carbone de nos impuretés, l'acide carbonique s'accumulera dans l'air en proportions incompatibles avec la vie ; et quand les plus résistants des mortels auront consommé les derniers grammes d'oxygène disponibles, ils tomberont à leur tour pour ne plus se relever, et l'humanité aura vécu.

BIU Santé

de la base et enlever la moitié de la langue, ce qui revenait, après la chute de l'eschare à un sacrifice des deux tiers. Les pinces furent laissées à demeure, sortant de la bouche et entourées de gaze, jusqu'au lendemain matin. Dans la journée, la douleur était assez vive, quoique tolérable ; une injection de morphine, à la visite du soir, suffit pour donner à la malade une très bonne nuit. Après vingt-quatre heures, j'enlevai les pinces, et je dus lier au catgut un petit vaisseau qui donnait sur la section longitudinale. Pendant cinq jours, le gonflement de la langue empêcha la déglutition, et la malade fut nourrie avec des lavements alimentaires ; elle n'eut d'ailleurs ni fièvre ni malaise. Le 10 septembre, elle parlait un peu ; le 12, elle avalait assez bien, et la surface vive était remplacée sur toute sa longueur par une eschare noirâtre, large d'un centimètre environ. Le 13, avec des lavages phéniqués, la plaie commençait à se déterger, l'état général ne s'était pas démenti. Le 15, elle quitta brusquement l'hôpital, malgré nos avis ; puis elle revint nous voir le 24, ayant toujours quelque peine à avaler des solides, mais parlant bien, n'ayant aucune douleur, avec une plaie linguale absolument détergée et partiellement cicatrisée. C'est alors que je la perdis de vue.

II. — Quelques jours après, le 29 septembre, entrait à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 76, un homme de 60 ans qui portait sur le bord droit de la langue, à 2 centimètres de la pointe, un cancer du volume d'une grosse noisette. Je l'opérai le 8 octobre, et n'enlevai qu'un tiers de l'organe; les pinces furent bien supportées, sans morphine, pendant les vingt-quatre heures ; le lendemain, en les ôtant, je dus lier deux petits vaisseaux au catgut. Il y eut apyrexie totale et dysphagie modérée pendant les jours suivants. Le 12, je coupai avec des ciseaux la plus grande partie de la grosse eschare noirâtre et molle qui s'était formée au-devant des pinces et qui pendait dans la bouche. La langue, avec des lavages antiseptiques, se nettoya complètement les jours suivants ; le 15, la cicatrisation était très avancée ; le malade nous quitta le 18, avec une langue un peu pointue et une petite surface linéaire à cicatriser.

Nous pouvons, si vous voulez, pousser plus loin la seconde vue, et nous imaginer la terre recommençant son cycle, des forêts s'élevant peu à peu dans les déserts dépouillés par nous, et de nouveaux hommes engendrés par les microbes, auxquels nous faisons une guerre si acharnée, et qui nous rendront le bien pour le mal, en transmettant la vie à nos frères des autres âges.

***

Cette manière de comprendre la fin du monde est plus terre à terre, j'en conviens, que l'idée d'un grand cataclysme, dirigé par une force supérieure ; le feu ou les cataractes du ciel seraient une fin plus honorable et plus flatteuse que l'anémie et la suffocation. Les personnes qui ne goûteraient pas ma prédiction peuvent toujours supposer que le monde finira comme il leur plaira. Ce qui nuira beaucoup à mon programme, c'est qu'il a le tort de faire disparaître les hommes les uns après les autres, et de laisser subsister au dernier moment des rivalités, des jalousies ; on se disputera à qui s'en ira le dernier, tandis que la fin du monde, telle qu'on la comprend ordinairement, aurait l'avantage de nous faire partir tous en même temps. C'est précisément cette communauté dans la catastrophe qui en fait accepter l'idée de si bon cœur ; car il est à remarquer qu'à toutes les époques où l'on a attendu la fin du monde, c'est sans aucune tristesse qu'on en parlait ; était-ce l'espoir d'un monde meilleur, la joie de quitter celui-ci qui engendraient cette résignation sereine ? Je croirais plutôt que chacun se consolait de sa propre destruction en songeant que son voisin serait détruit du même coup ; un malheur si universellement partagé devenait bien facile à supporter ; c'est

©BIU Santé

III. — J'ai adopté la suture de la plaie et l'ablation immédiate des pinces chez un homme de 54 ans (hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 22). Tumeur grosse comme un marron aplati, occupant la moitié droite de la langue et empiétant sur la ligne médiane; fissurée, exulcérée, légèrement saillante à la surface de l'organe. Le mal durait depuis trois mois, sans retentissement ganglionnaire ni altération de la santé; essai pendant six semaines, sans aggravation ni succès, avec le sirop de Gibert; opération le 8 avril 1885. J'enlève la tumeur avec des ciseaux courbes, après avoir placé les trois pinces; une série de crins de Florence verticaux est disposée au-devant des deux premières, un fil de soie est jeté au-dessous de la troisième sur le pédicule de la langue, puis la plaie est fermée par la suture et les pinces sont enlevées. Comme la surface de section donne encore un peu de sang, je place quelques nouveaux fils pour mieux rapprocher les lèvres de la plaie et compléter l'hémostase. Les jours suivants, l'apyrexie est complète, la douleur et le gonflement de la langue modérés; lavages fréquents de la bouche, alimentation liquide. Une eschare se forme aux dépens des tissus étranglés, fétide malgré les lavages et dont le malade n'est pas incommodé. Le 16 avril, j'enlève avec une pince à pansements l'eschare comprenant tous les fils, et il reste une plaie rose, légèrement anfractueuse. Le 20 avril, le malade nous quitte à peu près cicatrisé, avec une langue amincie vers la pointe; puis il revient nous voir au bout de quatre mois, le 11 août, bien guéri et sans aucune menace actuelle de récidive (1). La tumeur, examinée par M. Poupinel, interne du service, est un épithéliome.

Ces trois observations, Messieurs, ne vous paraissent-elles pas suffisantes pour affirmer que les longues pinces à pression nous donnent le moyen de faire une opération rapide, expéditive et sans aucun souci de

(1) Il est en ce moment (juin 1886) dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. Depuis deux mois environ, il a senti se développer sous l'angle de la mâchoire, du côté gauche, une tumeur ganglionnaire peu douloureuse; je l'ai vu il y a trois semaines et lui ai proposé l'extirpation; aujourd'hui la tumeur est inopérable.

pourquoi l'on a toujours envisagé gaîment la fin du monde, comme le prouvent les libations des Espagnols sur la montagne, tandis qu'on n'aime pas à penser à sa propre fin; on est vexé de mourir tout seul, on s'amuserait de mourir ensemble. Au fond, non seulement c'est la même chose comme résultat, mais je trouve encore supérieur le procédé actuel, puisqu'il assure à chacun qu'il sera fini pour le monde bien avant que le monde finisse pour tous.

P. Dubray.

Injection contre la kératite interstitielle. — Abadie.

Bichlorure de mercure.....	1	gramme
Chlorure de sodium..	2	grammes
Eau distillée.....	100	—

F. s. a. une solution qui renferme, pour 10 gouttes, 5 milligrammes de bichlorure. Pour combattre la kératite interstitielle grave, qui est souvent d'origine syphilitique, l'auteur injecte 10 gouttes de la solution ci-dessus, sous la peau du dos, en ayant soin d'enfoncer profondément la canule dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'injection doit être poussée lentement, et suivie du massage de la région. Une injection tous les jours suffit. Après 10 injections, le malade se repose huit jours, puis on recommence une nouvelle série de 10 injections. Nouveau repos et reprise des injections, jusqu'à ce qu'on en ait donné 30, qui est le nombre moyen employé. En même temps que les injections, l'auteur prescrit souvent l'iodure de potassium, à la dose de 2 à 3 grammes par jour. — N. G.

©BIU Santé

l'écoulement sanguin? C'était déjà le meilleur procédé d'amputation partielle de la langue, quand nous laissions l'instrument à demeure jusqu'au lendemain matin; *a fortiori* quand la suture vient en aide à la pression et nous délivre de cet appareil gênant, douloureux, horrible à voir. J'ajouterai que les pinces, ne devant rester que peu d'instants, peuvent avoir la forme qu'on voudra; celles dont nous étreignons le pédicule des kystes de l'ovaire avant la ligature valent autant que les pinces plus épaisses dont je me suis servi d'abord, avec des piquants pour ne pas glisser.

Conclusion : l'usage des pinces longues, des ciseaux et de la suture constitue le meilleur procédé pour l'ablation des épithéliomes circonscrits de la langue.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA SPLÉNALGIE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES, par M. le docteur FABRE (de Commentry). Paris 1886; O. Doin.

L'endolorissement de la rate dans la fièvre intermittente a été signalé par M. Besnier dans le Dictionnaire encyclopédique. Néanmoins, les cliniciens ne s'y arrêtent guère. La brochure de M. Fabre est d'opportunité parce qu'elle donne la preuve clinique de ce symptôme dans les fièvres pernicieuses, les formes anormales de malaria, les fièvres à type irrégulier et même les fièvres larvées.

Toutefois, comme le remarque l'auteur, l'absence de ce symptôme ne possède qu'une relative valeur, car elle ne saurait infirmer le diagnostic d'un accident paludéen. De plus, cette sensibilité peut exister au début des fièvres typhoïdes et indiquer la congestion de la rate. Elle diffère alors de la splénalgie paludéenne qui est plus marquée au début des accès intermittents.

Dans la cachexie paludéenne avec hypertrophie persistante de la rate, cette sensibilité peut encore exister. Alors, cependant, elle est inconstante et ne peut que très accidentellement éclairer le diagnostic.

Il faut espérer que le mémoire de notre confrère de Commentry contribuera à faire rechercher ce symptôme par tous les praticiens. Déjà, auparavant, la plume autorisée de M. Ernest Besnier en a fait soupçonner l'importance; et dans son beau livre sur l'impaludisme, M. Duboué (de Pau) insistait sur sa valeur clinique. Désormais les avertissements ne manquent plus et, l'attention étant fixée sur ce point de pratique, on pourra mieux en apprécier la valeur clinique. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Sur l'étiologie de l'érysipèle (Contribution bactériologique), par les docteurs A. BONOME et G. BORDONI-UFFREDUZZI, pages 128-129, (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, n° 5. Mai.) — Dans un cas d'érysipèle bulleux de la face qui prit une forme infectieuse générale, les auteurs trouvèrent dans le liquide des bulles et dans les vaisseaux lymphatiques du derme de la partie malade, un grand nombre de cocci réunis et amassés (staphylococci), sans aucune trace de streptococcus.

Les cultures faites avec le liquide des bulles, avec le sang et avec le sérum pris dans la rate démontrèrent d'une façon très nette une seule forme de micro-organismes, le *staphylococcus aureus*. Injecté sous la peau de l'oreille de plusieurs lapins, cet élément donna naissance à de la tuméfaction et à de la rougeur érysipélateuse autour du point où l'injection avait été pratiquée; cette inflammation dura deux jours, puis tout rentra dans l'ordre.

©BIU Santé

D'autres expériences furent faites avec la sérosité et le sang pris sur les premiers animaux rendus malades expérimentalement; elles reproduisirent avec une grande intensité la forme érysipélateuse primitive de l'infection.

De la cécité en Italie et du moyen de la prévenir, par M. le professeur A. Corradi. (In *Annali Universali di medicina*, vol. CCLXXV.) — On calcule qu'en Europe, il y a environ 300,000 aveugles qui coûtent en moyenne, chaque année, 100 millions de francs. Si l'on retranche le tiers du nombre de ces individus, c'est-à-dire les vieillards et les enfants, il n'en reste pas moins 200,000 individus qui sont perdus comme force productive, et qui, arrivés à l'âge de la vie moyenne de l'homme, c'est-à-dire à 33 ans, ont dépensé sans produire 6 milliards 600 millions! Il est donc nécessaire, pour les Etats, de rechercher tous les moyens d'empêcher le développement de cette infirmité et d'en réduire les causes le plus possible. C'est en philanthrope, en économiste, et surtout comme hygiéniste, que M. le professeur Corradi a étudié la question.

Après avoir examiné et critiqué la statistique des aveugles des différents pays, et en particulier celle de l'Italie, d'après les documents officiels, l'auteur, voulant donner une utilité pratique à son travail, a proposé les conclusions suivantes :

1° Inculquer aux populations l'hygiène de la vue en faisant des conférences sur ce sujet;

2° Favoriser et développer toutes les institutions qui ont pour but l'assistance de l'enfance, asiles et dispensaires gratuits, qui s'occupent des maladies des yeux;

3° Instruire, en particulier, les mères de famille, les sages-femmes, les garde-malades, les directeurs des hospices d'enfants trouvés, etc., de façon à pouvoir combattre de suite la blennorrhée oculaire et à empêcher le développement de cette variété d'ophthalmie;

4° Avoir grand soin que les libérés du service militaire et autres ne deviennent pas les agents de diffusion du trachome;

5° S'efforcer de limiter, en ce qui touche le domaine de l'hygiène publique, l'extension des maladies infectieuses, des exanthèmes et de la syphilis; favoriser la vaccination et la revaccination; combattre l'abus du tabac et des liqueurs alcooliques;

6° Aux pères de famille, aux instituteurs, aux directeurs de collèges, aux chefs de fabrique, donner les plus grandes et les plus pratiques instructions sur l'hygiène de la vue dans son application à l'école, aux arts et industries diverses;

7° Examiner ce que l'on peut faire comme réforme, dans l'enseignement élémentaire et secondaire, pour empêcher que l'œil de l'enfant et de l'adolescent n'arrive, par la fatigue, à la myopie;

8° Statuer sur ces réformes et en assurer l'effet par des inspections médicales qui auraient pour but de constater la vue des écoliers, et sa puissance au moment de l'entrée dans les établissements scolaires et à chaque changement de classe;

9° Engager les oculistes à tenir compte de toutes les maladies au point de vue de leur prophylaxie, et en dresser des tableaux d'ensemble;

10° Inviter, enfin, les directeurs des établissements d'aveugles, et tous ceux que le sort de ces malheureux intéressent, à fournir tous les renseignements qui peuvent servir à parfaire les réformes que l'auteur propose et que bien des nations, la France, l'Angleterre, l'Allemagne et d'autres encore ont déjà inscrites et appliquées dans leurs programmes pédagogiques et sociaux.

Le jéquirity dans le traitement de la métrite granuleuse chronique, par le docteur Luigi Borde, deuxième assistant à la Clinique obstétricale de Bologne. — Depuis trois ans, une malade souffrait d'une métrite granuleuse qui avait résisté aux divers traitements employés pour la guérir.

Le docteur Bordé pensa qu'on pouvait tenter la cure de cette affection rebelle avec le jéquirity, de même qu'on l'a fait avec des succès assez divers pour les granulations conjonctivales. Le vagin bien nettoyé, il injecta dans la cavité utérine une solution à 1 p. 100 de jéquirity, ne laissant qu'un instant le liquide en contact avec la muqueuse et ensuite il fit un badigeonnage du col avec la même solution. Le repos absolu n'ayant pas été observé, malgré les plus pressantes recommandations du médecin qui ayait averti sa

©BIU Santé

cliente de la réaction inflammatoire inévitable, il en résulta diverses complications telles que douleurs vives, élévation de température et difficulté de la miction. Après une semaine, cependant, la malade put quitter son lit ayant eu du catarrhe utérin avec expulsion de membranes, mais n'éprouvant plus rien d'anormal. L'examen au spéculum, pratiqué le dixième jour, permit de constater l'heureuse modification obtenue, et la guérison complète survint sans autre complication. (In *Rivista clinica*, n° 4. Avril.)

MILLOT-CARPENTIER.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Pendant qu'il diminuait en Vénétie, le choléra prenait une nouvelle intensité à Brindisi et dans les localités, où il y a quelques semaines on constatait les premiers cas de l'épidémie de 1886.

Depuis le 23, jour où on signalait 3 cas et 2 décès à Venise, elle semble, en effet, s'étendre dans cette dernière ville. Malheureusement, à cette même date, on constatait une recrudescence à Brindisi, où on enregistrait 17 cas et 2 décès, le 22; 18 cas et 7 décès, le 23 juin; 18 cas et 8 décès, le 24; 15 cas et 3 décès, le 26; 21 cas et 12 décès, le 27; 19 cas et 8 décès, le 28; 27 cas et 7 décès, le 29, et 15 cas avec 11 décès, le 30. C'est à Latiano que se trouve en ce moment le foyer cholérique le plus actif dans la péninsule. De 2 cas enregistrés le 23, la morbidité s'est élevée à 12 cas le 24; 24 cas le 25; 29 cas le 26; 50 cas le 27; 48 le 28 et 67 le 29. Pendant ce même espace de temps, la mortalité cholérique de cette localité était de 62 décès.

De plus, du 22 au 30 juin, on a compté, d'après les dépêches officielles, à Oria, 3 cas et 1 décès; à Erchie, 4 cas et 1 décès; à Monte-Moliosa, 8 cas et 1 décès; à Francovilla, 86 cas et 38 décès et, à San-Vito, 62 cas et 27 décès. Cette augmentation du choléra constitue donc une menace pour les autres provinces de l'Italie et les pays limitrophes de la péninsule, d'autant plus qu'on a déjà observé 2 cas et 1 décès à Udine, sur la frontière de l'Italie et de l'Autriche.

Au reste, le littoral des provinces de l'Istrie et de la Dalmatie semble aussi suspect, car l'Italie impose une quarantaine aux provenances des ports autrichiens sur la mer Adriatique, et surtout aux navires venant de Trieste. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie a décidé, à la suite d'un vote, qu'elle n'admettrait dorénavant dans ses publications que les mesures énoncées dans le système métrique.

Elle exprime le désir que les savants qui lui adressent des communications, et particulièrement les savants français, se conforment à cette décision.

M. LECOQ DE BOISBAUDRAN lit une note sur l'annonce de la découverte d'un nouveau métal, *l'austrium*.

« Dans les *Monatshefte für Chemie* d'avril 1886, se trouve l'annonce de la découverte d'un nouvel élément que l'auteur, M. Ed. Linnemann, a appelé *austrium*. D'après la description de ses propriétés chimiques, de son mode d'extraction de l'orthite d'Arendal, et de son spectre électrique, l'austrium me paraît devoir être très probablement le gallium lui-même, dont il ne serait d'ailleurs pas supprenant que l'orthite contînt une petite quantité.

« Les deux raies de l'austrium, mesurées approximativement par M. Linnemann, sont $\lambda = 403{,}0$ et $416{,}5$; celles du Gallium étant $403{,}2$ et $417{,}05$. Pour l'austrium, comme pour le gallium, la raie 417 est la plus forte. »

M. MASCART présente à l'Académie trois volumes, tomes I, III et IV des *Annales du Bureau central météorologique* pour 1884 et ajoute :

« Je me permettrai de signaler dans cette publication : 1° un travail de M. Fron sur

©BIU Santé

la distribution des orages en France pendant l'année 1883 ; 2° deux mémoires de M. Moureaux, l'un contenant la description des méthodes employées à l'observatoire du parc Saint-Maur pour l'étude du magnétisme terrestre et les résultats relatifs aux années 1883 et 1884, l'autre donnant le détail des observations qui lui ont servi pour construire les cartes magnétiques de France ; 3° un mémoire de M. Angot sur la distribution des phénomènes de végétation en France et la migration des oiseaux ; 4° un travail de M. le docteur Guiol sur le climat de Nossi-Bé ; 5° enfin, une étude de M. Teisserenc de Bort sur la distribution de la nébulosité à la surface du globe. »

M. Aug. Charpentier adresse une note sur de *Nouveaux faits à propos du « balancement des étoiles »*.

« La note intéressante de M. de Parville sur le *balancement des étoiles* me décide à communiquer à l'Académie quelques faits nouveaux relativement à l'illusion que j'ai décrite, et qui consiste en un mouvement apparent d'un petit objet lumineux fixé par l'œil dans l'obscurité complète.

« Quoique je n'aie pas encore observé par moi-même le phénomène dont parle M. de Parville, je crois qu'il diffère du mien et qu'il se rapproche des oscillations inconscientes de l'œil, décrites par Hoppe (cité par Wundt, *Psychologie physiologique*) et que j'ai moi-même constatées quand le regard est resté immobile pendant un certain temps vers le même point de l'espace. Ces oscillations n'ont pas une grande amplitude, elles se succèdent assez rapidement dans divers sens, et l'on peut souvent constater soi-même, en opérant sur un seul petit objet et dans l'obscurité, que le regard es déplace légèrement en même temps que se produit le balancemeut apparent de l'objet. Ce phénomène paraît donc tenir surtout à la fatigue inégale des muscles de l'œil (ou plutôt de leur innervation).

« Mais l'illusion dont j'ai parlé moi-même a des caractères spéciaux : d'abord, elle n'est pas continue ; en second lieu, elle consiste en un mouvement apparent d'étendue toujours considérable dans une même direction ; la direction peut changer, mais seulement après un certain temps plus ou moins long ; enfin, le regard ne quitte pas le point fixé, je l'ai constaté expérimentalement et, de plus, l'observateur en a pleine conscience.

« Il y a plus, c'est que l'*observateur peut faire volontairement subir à son regard de petits déplacements en divers sens autour de l'objet considéré, sans cesser de percevoir le mouvement continu de celui-ci dans la direction primitive.*

« Et même *l'illusion persiste dans la vision indirecte*, qu'on dirige fixement le regard vers une partie de l'espace située soit dans le sens même du mouvement, soit en sens inverse, soit dans toute autre direction.

« Le phénomène se produit le plus facilement après un travail cérébral prolongé, après un cours, une conversation assez longue, une discussion, etc. La volonté est alors très efficace sur son apparition.

« Autre fait qui montre bien la provenance purement centrale de cette illusion, c'est que plusieurs fois, étant en observation au-devant de ma petite surface lumineuse et ayant l'œil bien fixé à l'oculaire du tube faisant chambre obscure, je vis au bruit soudain d'une porte fermée non loin de moi, *sans que je fusse prévenu*, l'objet se mouvoir tout d'un coup du côté même de ce bruit. Or, à supposer que le regard se fût déplacé, il se fût évidemment porté du même côté et, conséquemment, on aurait vu l'objet se déplacer *en sens inverse*. Il me semble évident que c'est l'idée de la direction du bruit qui a déterminé le phénomène.

« Enfin, on peut provoquer l'illusion, avec une direction déterminée, en agissant sur l'œil fermé qui ne sert pas à l'expérience. Par exemple, si l'on presse assez fort d'avant en arrière, avec le doigt, sur le muscle droit supérieur de cet œil fermé, l'objet fixé par l'autre semble se mouvoir en haut ; si l'on presse sur le droit inférieur, il y a déplacement apparent en bas ; sur le droit externe, en dehors. La pression du côté interne seul ne donne rien (les mouvements apparents en dedans sont en général extrêmement rares).

« Un détail intéressant, c'est que le sens du mouvement apparent ainsi déterminé

©BIU Santé

est indépendant de la position de la tête; celle-ci peut être inclinée de plus de 45° par rapport à la verticale, sans que la pression du droit inférieur de l'œil fermé provoque autre chose qu'un déplacement *vertical* en bas de l'objet fixé par l'autre œil.

« Je crois qu'on peut aller plus loin dans ces rech erches et que, de même que le cœur et les vaisseaux répondent à toute excitation sensorielle par l'intermédiaire du cerveau, comme je l'ai montré avec mon très regretté ami Couty, de même la perception de mouvement qui trahit dans un œil immobile les variations de l'influx nerveux moteur est une réaction délicate qui peut répondre à de nombreux états de l'innervation centrale.

« Il n'est pas sans importance de noter que je n'ai jamais observé de déplacement apparent *suivant la profondeur*. L'objet paraît rester à la même distance de l'œil. »

VARIÉTÉS

LA SALLE D'HONNEUR DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE AU VAL-DE-GRACE.

Une note ministérielle prescrit l'installation de salles dites d'honneur dans les quartiers de garnison. Chaque corps de troupe y trouvera l'histoire émouvante des épisodes glorieux auxquels il a pris part dans l'épopée nationale.

Idée patriotique et généreuse, à coup sûr! Sera-t-elle mise à exécution dans le berceau de la médecine militaire, sous cette coupole du Val-de-Grâce où tant de générations ont fait et font l'apprentissage de toutes ces vertus qui honorent le corps de santé de l'armée française?

Aucune plaque commémorative, aucun monument ne relate ces dévouements souvent obscurs et toujours renouvelés du médecin militaire soit dans les batailles, soit à l'hôpital, partout enfin où, au nom de la patrie et de l'humanité, il illustre à sa manière le drapeau national. « Rien pour ces huit cents médecins qui succombèrent en Crimée, « écrit le journal la *France militaire*; rien pour ces trente autres qui furent victimes du « choléra en Algérie; rien pour ceux du Mexique ni pour ceux de la néfaste guerre « de 1870! Le Val-de-Grâce n'était-il pas tout indiqué pour adopter les dépouilles mor- « telles de ces valeureux jeunes gens de l'Ecole de Strasbourg, tombés sur les remparts « de la vaillante cité, après avoir fait l'admiration de cette admirable population « d'Alsace? »

Il n'est pas de campagne où l'on ne trouve les noms de nos confrères militaires parmi ceux des plus braves et des plus héroïques : « Ici, c'est Laure, disparu à la colonne de « la Neige pour avoir abandonné sa monture à un capitaine plus âgé et plus fatigué « que lui; là, c'est Bauchamp, tué en chargeant, avec un officier et une poignée de « spahis, les insurgés qui bloquaient Aïn-Guetai; ailleurs, c'est Guiard, frappé aux « côtés du colonel Flatters; enfin, tout récemment encore, c'est Raynaud. Celui-ci avait « reçu, le matin de Bang-Co, une balle dans la jambe; on lui donna une escorte pour « le conduire en lieu sûr; mais, voyant qu'il retardait la marche de ses hommes et les « exposait à être pris, il les congédia simplement et resta seul à subir l'affreux supplice « du coupe-tête! »

L'histoire de la médecine militaire renferme un long martyrologe sous les guerres de la République et de l'Empire, à la Dobrutscha et à Sébastopol, en Italie et au Mexique, en Afrique et au Tonkin, il a compté partout de sublimes dévouements.

Sur le champ de bataille de la science, ses illustrations ne sont pas moins nombreuses. Ici, les noms de Desgenettes, de Larrey et de leurs successeurs; là, celui de Maillot, dont les inoubliables travaux ont permis la conquête et la civilisation de l'Algérie et de nos colonies. Espérons que cette salle d'honneur sera grande assez pour contenir les noms et les portraits de tous ces soldats du devoir. Si ce patrimoine de gloire appartient sans conteste au corps de santé militaire, il faut convenir que le corps médical français tout entier aurait aussi le droit d'en être fier, et, bien qu'adressé à la personne de nos héroïques confrères, cet hommage de gloire n'en rejaillirait pas moins, en effet, sur la profession tout entière! — Ch. E.

©BIU Santé

COURRIER

Par arrêté préfectoral, en date du 1er juin 1886, le service de la constatation des naissances et des décès, dans le XIVe arrondissement de Paris, est réparti en cinq circonscriptions, savoir :

I. Quartier du Montparnasse. — II. Quartier de la Santé. — III. Quartier du Petit-Montrouge. — IV. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue des Plantes et la rue de Vanves. — V. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue de Vanves et la voie du chemin de fer de l'Ouest.

Concours d'agrégation (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Les sujets de thèse ci-dessous indiqués, ont été tirés au sort par les quinze candidats suivants :

Anatomie et physiologie. — M. Assaky : Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés. — M. Ferré : Membranes muqueuses. — M. Gilis : Prolifération de la cellule par karyokinèse. — M. Guinard : Comparaison des organes génitaux externes dans les deux sexes. — M Jaboulay : Relations des nerfs optiques avec les centres nerveux. — M. Nicolas : Organes érectiles. — M. Poirier : Développement des membres. — M. Princetau : Progrès de la tératologie depuis Geoffroy Saint-Hilaire. — M. Quénu : Arcs branchiaux chez l'homme. — M. René : Propriétés physiologiques du muscle cardiaque. — M. Rodet : Actions nerveuses d'arrêt ou d'inhibition. — M. Tapic : Travail et chaleur musculaires. — M. Variot : Eléments figurés du sang.

Histoire naturelle. — M. Barrois : Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux. — M. Nabias : Les galles et leurs habitants :

Le dépôt desdites thèses devra être fait au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précéderont la thèse.

Nécrologie. — Les journaux politiques nous annoncent la mort de Mme Ribart, docteur en médecine, qui avait suivi M. Paul Bert au Tonkin, et qui vient de succomber à la dysenterie, à l'hôpital de Quang-Yeu.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera sa prochaine excursion géologique publique le dimanche 4 juillet 1886, à Mantes, Fontenay-Saint-Père et Mantes-la-Ville.

Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à six heures et demi du matin, le train pour Mantes. On sera de retour à Paris à sept heures et demie du soir.

La deuxième édition de l'important travail de MM. Cornil et Babès sur *les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et dans l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, vient de paraitre.

La première édition de ce livre, publiée il y a un an, fut épuisée en quelques semaines. C'etait en effet le seul ouvrage complet existant aussi bien à l'étranger qu'en France sur la *Bactériologie* et ses méthodes. Cette lacune n'a encore été comblée par aucun autre livre, et de plus, la seconde édition que nous annonçons, est au courant des derniers progrès de cette science qui produit chaque jour une découverte, et qui est appelée à renouveler l'hygiène et la thérapeutique. L'atlas de la première édition a été supprimé ; toutes les figures en noir et en couleurs ont été imprimées dans le texte, ce qui en rend la lecture plus facile, et constitue un très grand progrès dans l'illustration des livres de médecine. (Un fort volume grand in-8e de 850 pages avec 348 figures en noir et en couleurs dans le texte, et 4 planches hors texte, prix 30 francs, chez Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Ce).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Jules Christian : Cas rare de dipsomanie. — Inhalations d'éther. — Accès répétés pendant plus de 16 ans. — Mort à la suite de convulsions épileptiformes. — II. Thèses d'agrégation de médecine de 1886 : Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables. — Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique. — III. Revue des Journaux : Contribution à l'étude des altérations du foie dans les maladies infectieuses — IV. Sociétés médicales des départements : Société nationale de médecine de Lyon (1er trim. 1886). — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Cas rare de dipsomanie. — Inhalations d'éther. — Accès répétés pendant plus de 16 ans. — Mort à la suite de convulsions épileptiformes.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 mai 1886,

Par le docteur Jules Christian.

La dipsomanie est loin d'être une affection rare; mais, dans l'immense majorité des cas, c'est la dipsomanie alcoolique que nous observons. Il est beaucoup moins fréquent, du moins dans notre pays, de rencontrer des dipsomanes qui cherchent leur excitant dans l'éther.

C'est cette rareté qui donne son principal intérêt à mon observation. Le malade qui en fait l'objet était d'ailleurs bien connu de tous ceux qui, à Paris, s'occupent, à un titre quelconque, d'aliénation mentale. Pendant près de seize ans, il n'a cessé de fatiguer de sa personne médecins, police, magistrats. Il n'était plus désigné dans les différents commissariats que sous le nom de « *l'homme à l'éther* ».

Je n'ai connu X... qu'en 1880; mais les premiers symptômes étaient bien antérieurs à cette date. La première partie de l'observation se trouve à peu près complète dans les documents suivants :

1° Dans un rapport médico-légal rédigé par le docteur Legrand du Saulle, à l'époque (1881) où la famille de X... poursuivit son interdiction (in *Ann. d'hygiène*, VII, 1882);

2° Dans l'observation du malade résumée dans l'*Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés* (Legrand du Saulle, Paris, 1881, obs. LXVII, p. 418);

3° Dans une conférence faite par M. P. Regnard à l'Association scientifique de France « *sur deux poisons à la mode, la morphine et l'éther* ». (*Revue scientifique*, 2 mai 1885.)

Ces renseignements, joints à ceux que m'a donnés mon observation personnelle, m'ont permis de reconstituer l'histoire pathologique de X...

Il est né en 1850; son père portait un beau nom, et occupait une haute situation dans le monde officiel du deuxième Empire. L'éducation de X... fut des plus soignées; son enfance et son adolescence s'écoulèrent dans un milieu des plus aristocratiques.

Le père de X... mourut, vers l'âge de 60 ans, d'une hémorrhagie cérébrale. La mère était une femme d'une haute intelligence, mais très nerveuse. Un frère est mort de la poitrine; deux sœurs (?) sont mariées et bien portantes.

Il ne paraît pas que X... ait jamais fait aucune maladie grave. Son intelligence a toujours été médiocre. Il a fait, tant bien que mal, ses études classiques, et est arrivé péniblement au baccalauréat. Il présente quelques aptitudes musicales, joue du piano, chante assez agréablement. Son éducation, très religieuse, lui a laissé un vernis de piété dont il aime à faire étalage.

Physiquement, c'est un homme d'une taille beaucoup au-dessus de la moyenne; il a les cheveux et la barbe noirs, très abondants; le teint est pâle, l'expression du visage peu intelligente; la tête est petite et contraste singulièrement avec la taille élevée et les proportions considérables du reste du corps. Du reste, l'ensemble est gauche et dispro-

©BIU Santé

portionné; les membres sont longs, le buste court; la voix est flûtée. Les muscles sont, en général, peu développés; il y a prédominance du tissu adipeux.

Agé de 20 ans lors de la guerre de 1870, X... se fit ambulancier, et je l'ai souvent entendu me vanter les services qu'il rendit à cette occasion et les relations intimes qu'il sut se créer avec les principaux membres du gouvernement. La guerre terminée, il prit part à la fondation de différentes œuvres de bienfaisance. Ses sentiments religieux s'étaient exaltés; il voulut se faire prêtre et entra au séminaire; mais il n'y fit qu'un court séjour, renonça à la carrière ecclésiastique, et commença son droit.

C'est vers cette époque que paraît débuter réellement la période maladive, qui devait se prolonger, avec des alternatives diverses, jusqu'à la mort, arrivée en 1886.

Déjà, bien avant la guerre, X... s'était montré peu intelligent, mal équilibré, souvent exalté, incapable d'aucun effort soutenu; la famille se résignait, prenait patience, espérait un avenir meilleur. C'est dans les ambulances qu'il paraît avoir pris le goût de l'éther.

Quand il vint à l'Ecole de droit, ses camarades furent bientôt frappés de ses bizarreries : on en ignorait la cause véritable, et X... était considéré comme un *original*. Quelquefois cependant ses originalités dépassèrent les bornes : il acheta d'un coup pour 30,000 francs d'objets religieux! Son père dut le pourvoir d'un conseil judiciaire. Plus tard, à Charenton, il voulut un jour commander pour 1,200 francs de fleurs à porter sur la tombe de sa mère.

En octobre 1874, il devint violent : « il a maltraité sa mère et fait des menaces », est-il dit dans un rapport de police; le père se vit obligé de recourir à l'intervention du préfet de police. M. le docteur Vidal, médecin de Saint-Louis, eut alors à examiner le jeune homme, et il fit un certificat concluant à « une monomanie impulsive avec tendances à s'enivrer ». Il fut placé dans la maison de santé d'Ivry.

Il y séjourna quelque temps, s'améliora comme il arrivait chaque fois qu'il était soustrait à l'influence de l'éther, et fut remis en liberté. Aussitôt, nouveaux excès; nouvel accès de délire; séquestration dans la maison de santé de Suresnes.

Dès lors, les accès se reproduisirent avec une monotonie désespérante, nécessitant chaque fois l'intervention de la police, puis le placement temporaire dans une maison de santé. Mais on n'aboutissait à aucun résultat, et c'est alors que Legrand du Saulle conseilla un embarquement de trois années consécutives à bord d'un navire marchand, « sans aucune possibilité de se rendre à terre ».

L'embarquement eut lieu au Havre. Au dernier moment, au milieu des douleurs et des émotions de l'adieu, X... exigea tout d'un coup qu'on lui mît un piano à bord; il fallut en passer par cette fantaisie. Plusieurs mois se passèrent : chaque fois que le navire touchait terre, le capitaine faisait enfermer et garder à vue X... pour l'empêcher de débarquer. A Valparaïso, il parvint à déjouer la surveillance dont il était l'objet, s'échappa, et alla se réclamer du consul de France, qui le fit rapatrier; il était resté dix mois sans s'être enivré par l'éther.

Mais, à peine revenu à Paris, il recommença ses excès, et la mère, ne sachant plus que faire, lança une circulaire à tous les pharmaciens de Paris, les suppliant de ne plus délivrer d'éther à son fils, qu'elle priva complètement d'argent.

Rien n'y fit. X... inventait mille stratagèmes pour satisfaire son irrésistible passion, et, quoi qu'on pût imaginer, il arrivait toujours à se procurer de l'éther. En 1876, arrêté pour blessures à un agent, il fut détenu à Mazas pendant un mois, et, chose remarquable, à dater de cette époque, il y eut une accalmie de près de 3 ans, pendant laquelle il reprit des habitudes correctes, et s'abstint de toute nouvelle algarade : il paraissait guéri.

La mère de X... mourut en 1880, et la maladie reprit son cours.

X... fut placé à Charenton, pour la première fois le 23 octobre 1880, et il y séjourna jusqu'au 22 décembre. Le 2 janvier suivant, la police le ramenait. Nouvelle sortie le 21 février, mais réintégration d'office 3 jours après, le 24. Grâce à la complicité d'un gardien, il parvint à s'évader le 27, mais déjà le 4 mars il nous revenait. Cette fois son séjour se prolongea jusqu'au 11 juillet, époque à laquelle il fut transféré dans la maison de santé de Sceaux. Il s'en échappa au bout de quelques jours, retourna à Paris où il fut arrêté le 29 juillet, et réintégré à Charenton. Ce nouvel internement se prolongea

SBIU Santé

jusqu'au 14 novembre. Il sortit alors, mais le 8 décembre on le ramenait. Nouvelle évasion le 18 mars 1882, réintégration le surlendemain. Alors, sur ses instances réitérées, et parce qu'il prétendait que ses sentiments de piété ne trouvaient pas leur pleine satisfaction dans notre maison, sa famille consentit à le placer dans un établissement religieux, celui des frères Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon : il y fut transféré le 4 mai 1882. Il y resta environ 18 mois, s'évada derechef, et alla se réfugier à Genève, où il vécut plusieurs mois. En décembre 1884 il revient à Paris, fait du scandale dans un grand café du boulevard : une fois encore il fallut nous le ramener : 5 janvier 1885. Je le gardai dans mon service jusqu'au 26 novembre, et alors seulement, sur sa promesse formelle de retourner à Genève, je lui fis obtenir, non sans peine, son *exeat*.

Vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées, qu'il était au dépôt. Comment il parvint à s'échapper, je l'ignore. Le lendemain il était à Londres, s'y faisait arrêter, puis relâcher, et s'en vint à Bruxelles. Là il commit de telles extravagances, qu'il fut arrêté à diverses reprises : l'ambassade eut à s'occuper de lui et nous écrivit à son sujet. Brusquement il quitte Bruxelles, et s'en va, par Bâle, à Milan. C'est là qu'il succomba à l'hôpital des aliénés, le 18 mars 1886, à la suite de convulsions épileptiformes.

Telle est, résumée brièvement, exacte dans son ensemble, mais forcément incomplète dans les détails, l'histoire de ce malheureux jeune homme.

Le diagnostic de sa maladie mentale ne soulève aucune difficulté : C'est un *héréditaire* (Morel, Magnan), ou plutôt un *dégénéré :* enfant mal venu, il présente, à côté de quelques qualités brillantes, des lacunes sur lesquelles on veut longtemps se faire illusion. A l'époque de la puberté, le mal éclate, et à partir de ce moment les accès se reproduisent avec une monotomie tout à fait remarquable : ils sont pour ainsi dire stéréotypés. Partout où il a passé, à Londres, à Bruxelles, à Turin, à Milan, à Bâle, à Genève, à Lausanne, etc.. partout il a commis les mêmes excès, partout il s'est fait arrêter dans des conditions identiques, puis relâcher, une fois son ivresse dissipée.

En général, l'accès débute par un sentiment de malaise, avec inappétence, pesanteur à l'épigastre, langue blanche, saburrale ; il devient inquiet, anxieux, irritable, se plaint de palpitations de cœur (?) ; il lui faut de l'éther. S'il a de l'argent, rien n'est plus simple : il va s'en acheter un flacon, hèle un fiacre, s'y installe confortablement et hume son liquide favori. S'il ne pousse l'éthérisation que jusqu'à la période d'excitation demi-turbulente, il devient gai, chante, rit, descend de voiture, plaisante avec le cocher, auquel il paye à boire, entre dans un café, interpelle les consommateurs, s'amuse comme un vrai gamin en goguette. Les choses peuvent en rester là, et le calme revient après une série d'extravagances plus ou moins prolongées.

Mais généralement il pousse les inhalations plus loin ; alors l'excitation devient de plus en plus vive, il entre en fureur, se dispute avec le cocher ou avec les passants, donne des coups de canne à tort et à travers, jusqu'à ce qu'on l'ait garrotté et mis dans l'impossibilité de nuire.

Il faut dire que c'est généralement ainsi que finissait la crise. Le plus souvent d'ailleurs X... était sans argent ; il empruntait alors au cocher 5 francs avec lesquels il achetait de l'éther, restait dans son fiacre des heures entières (jusqu'à 15 heures !), et à la première réclamation du cocher, lui sautait à la gorge et le battait.

Pareille scène s'est reproduite plus de cent fois, et toujours dans des conditions semblables : fait curieux, mais bien caractéristique.

A Charenton, j'ai vu invariablement se reproduire les mêmes phénomènes, se succédant dans le même ordre. Quand on amenait X... il était généralement furieux, nous accablait d'injures et de menaces, et nous prodiguait les expressions les plus sales et les plus ordurières. Deux ou trois jours se passaient, et l'homme bien élevé reparaissait, mais alors il se faisait câlin, flagorneur, ne reculant devant aucune bassesse pour obtenir une faveur quelconque.

Tant que durait l'internement, tant que X... était soustrait à l'influence de l'éther, tout allait à peu près bien, à cela près qu'il était d'une surveillance extrêmement difficile. Tout ses efforts, toute son activité, ne tendaient qu'à un but, à s'évader ; et il déployait une ingéniosité, une patience, dont rien ne saurait donner l'idée, et grâce auxquelles il a souvent réussi. Quelquefois cependant ses accès le prenaient ; il se plai-

©BIU Santé

gnait alors de l'estomac, était fatigué, énervé. Tout rentrait dans l'ordre après quelques jours. Mais dans ces circonstances, je l'ai vu une fois se griser avec l'eau de Cologne qu'on lui donnait pour sa toilette, une autre fois avec un vinaigre de toilette quelconque. Je crois cependant que, lorsqu'il pouvait se procurer de l'éther, il n'a jamais eu recours à un autre excitant; il ne paraît avoir eu aucune propension pour l'alcool.

J'ai pu observer le malade pendant 5 ans; et j'ai pu constater que l'intelligence n'avait pas sensiblement baissé : tel il était en 1880, tel il nous quitta à la fin de 1885. La santé physique non plus n'a paru subir aucune atteinte. Il prétendait, il est vrai, qu'il avait une maladie de cœur, et, s'il respirait de l'éther, c'était, disait-il, parce que les médecins le lui avaient ordonné, et que c'était le seul moyen de calmer ses souffrances. Je n'ai jamais trouvé aucun symptôme d'une lésion cardiaque quelconque.

Si la santé physique s'est maintenue bonne jusque dans les derniers temps de la vie, et si l'intelligence n'a pas baissé comme on avait pu le supposer, il en est autrement de la déchéance morale, qui dépassait tout ce que l'on peut imaginer. On ne croirait pas, si la chose n'était affirmée par de nombreux rapports de police, à quel degré d'abjection était tombé ce jeune homme, né et élevé, comme je l'ai dit, dans le milieu le plus aristocratique, accoutumé, dès l'enfance, à tous les raffinements du luxe et de l'élégance. Les hôtes habituels du dépôt de la préfecture de police étaient devenus les compagnons de ses plaisirs, et ils lui avaient donné un sobriquet tout à fait caractéristique.

Il ne paraissait avoir aucune conscience de cette dégradation morale. J'ai connu bien des dipsomanes, qui, l'accès passé, étaient honteux et repentants, qui prenaient de belles résolutions pour l'avenir, ce qui, d'ailleurs, n'empêchait pas les rechutes. Chez X... rien de pareil : jamais le moindre regret, le moindre remords; il était absolument inconscient des turpitudes sans nom qu'il commettait. Je n'ai jamais constaté aucune excitation érotique; mais, lorsqu'il était sous l'influence de l'éther, il présentait des signes de perversion sexuelle.

Comment la mort est-elle survenue ? D'après les renseignements qui m'ont été fournis avec la plus grande obligeance par mon honorable confrère le médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Milan, il y a été amené le 3 mars 1886, dans un état d'ivresse manifeste. Celle-ci se dissipa assez rapidement, mais il persista de l'excitation mentale et une grande irritabilité. Le 7 mars, on le fit passer dans le quartier des aliénés : il était alors en proie à un véritable délire maniaque : violent, bruyant, avec hallucinations et idées de persécution, mais sans aucune conception ambitieuse, ni embarras de la parole; il existait un tremblement des extrémités supérieures.

Cet état persista jusqu'au 18 : survinrent alors des attaques épileptiformes, qui se répétèrent coup sur coup jusqu'au lendemain, où la mort survint dans le coma. L'autopsie ne put être faite. Mais, par analogie, il est permis de supposer que le malade a succombé à une poussée méningitique (peut-être une hémorrhagie méningée?) comme il n'est pas rare d'en observer chez les alcooliques.

Réflexions. — Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les particularités de cette observation.

Elles sont par elles-mêmes sssez caractéristiques. X... rentre dans la catégorie des aliénés décrits par Morel sous le nom d'*héréditaires*, sur lesquels Magnan a rappelé l'attention dans ces derniers temps. J'aime mieux, quant à moi, les appeler des *dégénérés;* X... était évidemment un dégénéré; il présentait à un haut degré les signes que Magnan regarde avec raison comme propres à cette catégorie de malades : stigmates physiques et stigmates psychiques. Je ne relèverai parmi ces derniers que la forme paroxystique des accès, toujours la même; la longue durée de la maladie sans qu'il y ait eu aucun symptôme de démence; la complète perversion du sens moral.

Si, contrairement à ce que nous observons d'habitude, X... a été attiré par l'éther, et non par l'alcool, ce n'est peut-être qu'un effet du hasard.

BIU Santé

X... se trouvant dans une ambulance, a respiré de l'éther, y a pris goût, et y est revenu irrésistiblement.

Quoi qu'il en soit à cet égard, nous sommes obligés de reconnaître que l'action prolongée de l'éther est bien moins nocive que celle de l'alcool : il n'existait chez X... aucun des symptômes, qui, après la disparition des accès aigus, persistent d'une manière souvent indélébile chez les alcooliques et donnent au délire alcoolique sa gravité. Il est vrai que X... n'a jamais dépassé la phase d'excitation, ce qui, pour l'alcoolique, correspondrait à l'ivresse.

Il est un point sur lequel je voudrais appeler l'attention d'une manière spéciale, parce qu'il s'agit d'une difficulté en présence de laquelle nous nous trouvons souvent. Voilà un malade qui, dès qu'il le peut, s'enivre avec de l'éther. Aussitôt il délire, et commet des actes délictueux pour lesquels la police est obligée d'intervenir. On l'arrête, et l'on constate qu'il a agi d'une façon inconsciente, qu'il ne saurait être responsable des extravagances pour lesquelles on l'a arrêté. Il ne peut donc être question de le traduire devant un tribunal, et, comme cependant il importe de protéger l'ordre public, — et souvent aussi la sécurité des personnes, — on le séquestre, par mesure administrative, dans un asile d'aliénés. Mais, après quelques jours, l'influence du poison s'est dissipée, le malade a repris son équilibre; il peut être vicieux, peu intelligent, dénué de sens moral, toujours est-il qu'il ne délire plus. Est-on en droit de le maintenir, et pour combien de temps?

On sait, et l'expérience en a maintes fois été faite, que, dès que cet homme sera libre, il recommencera ses excès, délirera de nouveau, et il faudra encore l'arrêter et l'enfermer. Pour X..., le cas s'est répété cent fois, et avec une désespérante monotonie. On se trouve ainsi en présence de malades, ou, si l'on aime mieux, de dégénérés, qu'il est impossible de laisser en liberté, et que cependant on n'a pas le droit légal de tenir toujours enfermés. Que faire?

En Amérique, on a tourné la difficulté en créant des asiles spéciaux pour les ivrognes, et en exigeant de ceux qui y entrent l'engagement d'y rester un temps déterminé, un an, par exemple. Mais ce n'est qu'un palliatif qui rend simplement les rechutes moins fréquentes, moins rapprochées.

Le problème est encore plus délicat, quand l'individu, pendant son accès, a commis un crime, — et le cas n'est malheureusement que trop fréquent. J'avoue que, dans ces circonstances, la loi devrait ordonner l'internement définitif, comme on fait en Angleterre pour les fous criminels. On dirait au malade : « Vous avez commis un crime dont vous n'êtes pas responsable, cela est vrai. Aussi ne subirez-vous aucune peine, ni afflictive, ni infamante. Mais comme vous n'êtes pas guéri de votre penchant maladif, comme vous n'avez pas la force nécessaire pour résister à l'entraînement pathologique, vous ne trouverez pas mauvais que la société cherche à se protéger, et elle se protège en vous tenant enfermé. » L'intérêt social doit primer celui de l'individu. Et, après tout, on peut se demander si un internement définitif n'est pas ce qu'il peut arriver de plus favorable au malheureux qu'il faut protéger contre lui-même.

©BIU Santé

Thèses d'agrégation en médecine de 1886 (1).

VIII. — Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables, par M. René Grenier. (Paris, 1886 ; O. Doin.)

De tout temps, il a fallu quelque courage pour remonter le courant des opinions reçues. Les nécessités du concours mettaient M. Grenier dans l'obligation de le faire, en lui imposant la nécessité de trouver un lien d'analogie entre les mots : « localisations et névroses ». C'était vraiment un malicieux génie que le génie de ce concours !

Pour satisfaire à ces exigences, M. Grenier a pris hardiment position et, sans regret, s'est efforcé d'appliquer la méthode anatomo-clinique à l'étude analytique de ces affections *sine materia* et de trouver les arguments du thème qu'il devait développer dans la comparaison des mortalités cliniques des névroses avec les caractères symptomatiques des maladies organiques des centres nerveux. Il comptait bien aussi sur l'appui de cette proposition en vertu de laquelle « la répétition d'un trouble purement dynamique, pen- « dant de longues années, finit par déterminer une lésion organique. » Cette proposition est banalement connue, vraie aussi sans doute, mais parfois non démontrée. Faut-il donc l'accepter comme une sorte d'article de foi ?

En tout cas, pour justifier les prémisses de son argumentation, notre confrère invoque l'exemple de quelques névroses, et pénètre dans le vaste domaine de l'hystérie par la porte des théories pathogéniques.

La difficulté ne consistait pas à y entrer ; elle était plutôt d'en sortir avec quelque formule pathogénique nouvelle, ou tout au moins satisfaisante pour la raison du lecteur. Or les théories ne manquent pas. M. Grenier en énumère quelques-unes ; condamne la théorie utéro-ovarienne, malgré le nom d'Hippocrate, son premier patron ; prononce le même verdict contre la théorie de Cullen ; de sorte, qu'après avoir mis l'estomac et l'utérus hors de cause, il plaide en faveur de la théorie nerveuse.

Où en trouve-t-il les bases ? Dans les paralysies, les contractures et les troubles oculaires de la grande névrose ; et, fidèle à la règle de conduite qu'il adoptait au début, il invoque la méthode des analogies, les met en parallèle avec les manifestations des maladies organiques et conclut « qu'à une analogie symptomatique répond, sans nul « doute, une analogie de localisation : la lésion étant matérielle dans un cas, dyna- « mique dans l'autre. »

Cette théorie ne manque pas de séductions. Elle donne une interprétation fort aisée de quelques faits cliniques. Suffit-elle à toutes interprétations ? Elle a pour point de départ, pour moyens et pour fin, des analogies, mais elle ne s'appuie pas sur l'existence de lésions visibles et tangibles, comme les lésions anatomiques caractéristiques des maladies localisées des centres nerveux.

Ici donc, ce me semble, comme ailleurs du reste, on ne fait pas profession de naïveté en trouvant quelque diversité entre des phénomènes dits *analogues* et des phénomènes réellement *identiques*. N'y a-t-il pas, en effet, entre une analogie et une identité quelque autre chose qu'une simple différence de mots ? Ainsi le veut la grammaire. La précision scientifique serait-elle donc plus accommodante que la tolérance des grammairiens ?

Ce serait dépasser les limites d'une analyse critique de suivre l'auteur dans les pages nombreuses qu'il consacre à l'hystérie. En résumé, M. Grenier la considère donc « comme une maladie due à une altération dynamique de la totalité d'un hémisphère, « et offrant des troubles fonctionnels produits par des lésions également dynamiques » et localisables « par analogie ». Soit ; mais à côté de l'affirmation catégorique de cette opinion fort radicale, ne restait-il donc pas une toute petite place pour discuter la formule adoptée par Axenfeld et la doctrine de la dynamogénie et de l'inhibition à l'aide de laquelle M. le professeur Brown-Séquard a pu expliquer physiologiquement les manifestations singulières de la plus protéiforme des névroses ?

Pour en revenir à Axenfeld, il n'est pas superflu de rappeler qu'il considérait un certain nombre de phénomènes hystériques comme « appartenant aux troubles des fonctions

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 mai et 6 juin 1886.

©BIU Santé

encéphaliques. » Cette formule est sagement modérée, par conséquent très clinique. Le radicalisme autoritaire peut l'omettre ; mais il semble d'opportunisme scientifique, puisqu'elle répond à l'opinion de la majorité des praticiens.

La chorée et l'épilepsie sont analysées suivant le même procédé. Par contre, M. Grenier s'arrête un instant seulement à la maladie de Parkinson, au tétanos, au goître exophthalmique, à la migraine et à la neurasthénie. Au reste, il n'est guère aisé de conclure des maladies cérébrales avec localisations anatomiques à ce dernier état morbide.

Cette énumération montre bien l'étendue immense de la tâche imposée au candidat. Elle montre encore les difficultés d'un sujet que l'expérimentation physiologique pourra seule éclairer. C'est donc avec son appui qu'on pourra apprécier la valeur des faits cliniques et juger des opinions « en pensant anatomiquement et physiologiquement », comme M. Charcot le recommande dans ses magistrales leçons.

Malgré ces réserves, la thèse de M. Grenier ne sera pas stérile. Elle restera, non pas comme un effort décisif, mais comme un effort très méritoire.

IX. — Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique, par M. Lober. (Paris, 1886 ; O. Doin.)

Sous cette rubrique, M. Lober déclare au lecteur : qu'il décrit « tout un groupe de « troubles moteurs et sensitifs, provoqués chez des sujets prédisposés par auto-suggestion, « consécutive à une émotion, à un traumatisme ou à l'imitation. »

Cette définition n'a pas besoin de longs commentaires ; elle fait de suite soupçonner le but de cette thèse destinée à justifier l'existence clinique et à établir le diagnostic de ces troubles sensitifs et moteurs que R. Reynolds plaçait sous la dépendance de l'émotion ou de l'idée (*dépendant of idea*).

Par un court historique, M. Lober rappelle les noms de Brodie, Weir Mitchell et Russel Reynolds dont les travaux précédèrent ceux de l'Ecole de la Salpêtrière. C'était justice ; mais cet historique aurait peut-être gagné en exactitude par l'adjonction des noms d'Abercrombie, signalant des faits de même nature dans son livre : *On the intellectual powers*, p. 398, et de Braid, analysant l'influence des émotions et la puissance de l'imagination sur les phénomènes de l'hypnotisme dans sa *Neurypnologie*, qu'une récente édition française, due à la plume de notre estimé confrère, M. Simon, rend accessible à tous nos compatriotes.

M. Lober énumère les variétés de paralysies *dependant of idea :* monoplégies, paraplégies, hémiplégie, expose la difficulté de les distinguer des paralysies symptomatiques des névrites, des myélites ou des encéphalopathies, et insiste sur le signe objectif, auquel M. Charcot attache une grande importance : la répartition de l'anesthésie sur une aire parallèle à celle de la paralysie motrice. Il est vrai que les faits récents signalés par M. Starr dans des cas de paralysies d'origine corticale, sont de nature à modifier la valeur absolue de ce signe et la doctrine de la localisation de ces phénomènes. M. Lober y insiste peu et de plus ne s'attarde guère sur les paralysies avec anesthésie des alcooliques et des saturnins.

Les contractures et les affections douloureuses sont étudiées par la même méthode et dans le but de démontrer aussi le cachet spécial qui les caractérise et les place parmi les manifestations de l'hystérie confirmée.

Pour établir l'étiologie de ces phénomènes, M. Lober aurait pu puiser à plusieurs sources ; il préfère interroger les quinze observations de M. Charcot. Capendant, il est admis que les conclusions d'une telle enquête sont d'autant mieux acceptables qu'elles s'appuient sur des renseignements plus nombreux, et que, si la qualité compense la quantité, celle-ci cependant n'est pas toujours un facteur négligeable.

Notre confrère fait jouer un rôle prépondérant à l'hérédité névropathique. D'autre part, il ne paraît plus accorder toute l'importance dont ils sont dignes, aux antécédents diathésiques. Cette enquête sera l'œuvre d'autres écrivains ; ici cependant elle eût été bien placée.

De tous les chapitres de cette thèse, le plus intéressant est certainement celui des conditions susceptibles de provoquer ces phénomènes nerveux. M. Lober y rappelle l'action du traumatisme, de l'âge, du sexe, des émotions dépressives, de l'imitation, et

©BIU Santé

des causes psychiques. Ce dénombrement le conduit à exposer le « mécanisme des causes « psychiques » et à « se demander comment une idée de paralysie peut devenir para- « lysie motrice ? » On le voit, M. Lober ne craint pas d'aborder ces régions élevées où la psychologie donne la main à la physiologie. Les noms des philosophes H. Spencer, Bain, Maudsley, Janet, viennent sous sa plume à côté de ceux de Ferrier, de Wundt et de M. Charcot. Par contre, il s'étend moins sur le rôle des actions d'arrêt ou de modification à distance des activités nerveuses, phénomènes établis par les travaux du laboratoire de médecine du Collège de France et dont l'existence expérimentale éclaire les faits qui motivent toute l'argumentation de M. Lober. M. Brown-Séquard a montré, en effet, que les irritations de cause organique déterminent parfois des phénomènes de cette nature, l'anesthésie par inhibition, ou bien l'hyperesthésie et l'augmentation de la contractilité musculaire par dynamogénie.

Qu'est-ce donc d'ailleurs que la dynamogénie, sinon l'augmentation soudaine, par transformation de force, d'une propriété ou d'une activité nerveuse? qu'est-ce que l'inhibition, sinon un arrêt, une suspension ou la disparition de l'une de ces propriétés ou des activités dans un centre nerveux, un nerf ou un muscle, arrêt ayant lieu sans altération organique visible, survenant instantanément ou tardivement après l'irritation d'un point du système nerveux, plus ou moins distant du siège où le phénomène se produit ? De là les attitudes qu'on impose à l'hypnotisé et qui sont chez lui l'origine du sentiment normalement lié à ces attitudes. De là les attitudes qui, normalement, accompagnent l'idéation de certains sentiments. En résumé, toute la théorie de ces phénomènes revient à cette vérité d'observation : que si le cerveau engendre certains états des muscles, les muscles donnent aussi origine à certains états du cerveau.

En rappelant les leçons du savant professeur de médecine expérimentale du Collège de France, M. Lober avait une occasion nouvelle de signaler l'utilité d'une alliance entre la méthode anatomo-clinique et la physiologie expérimentale. Il y trouvait aussi le moyen de compléter son remarquable mémoire, car la dynamogénie et l'inhibition ont une autre valeur qu'un simple intérêt théorique.

L'ingratitude de la question et les nécessités du règlement qui limite le temps dont les candidats disposent pour rédiger leur thèse sont autant de circonstances atténuantes dont on doit compte à l'auteur. Son mémoire est donc un document à méditer. On le lit avec intérêt, on le consultera avec profit ; n'est-ce pas dire que, sans désarmer, la critique impartiale rend hommage volontiers au travail de notre distingué confrère lillois ? — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des altérations du foie dans les maladies infectieuses, par le docteur Armand Siredey. — On sait depuis longtemps que le foie est altéré dans la plupart des maladies infectieuses, et la dégénérescence graisseuse de cet organe dans les pyrexies est aujourd'hui de notion courante ; mais ce sont surtout les altérations des cellules hépatiques qui ont attiré l'attention des anatomo-pathologistes. Or, le docteur Siredey ne croit pas que les cellules du foie soient le siège primitif et exclusif des altérations au cours des maladies infectieuses ; pour lui, « le plus habituellement les modifications des cellules hépatiques s'accompagnent de lésions importantes des vaisseaux sanguins ou des gaines périvasculaires, et souvent même les altérations intercellulaires méritent d'occuper les premières places. »

L'aspect extérieur du foie est sensiblement le même dans presque toutes les maladies infectieuses ; son volume est généralement normal, quelquefois légèrement hypertrophié, plus souvent un peu diminué ; sa consistance est plus ou moins molle, son tissu se laisse écraser sans résistance. Sa couleur est notablement modifiée et diffère suivant les cas ; le plus ordinairement c'est une coloration pâle qui varie du jaune clair à la teinte hortensia, et sur laquelle se dessinent de larges marbrures rougeâtres ou violacées, dues non seulement à la distension des vaisseaux sanguins, mais aussi à la présence sous la capsule de Glisson de véritables ecchymoses, formant un fin pointillé ou

©BIU Santé

des taches plus ou moins larges à la surface du foie. D'autres fois la congestion peut être rudimentaire ou manquer totalement, et le foie présente une teinte jaunâtre à peu près uniforme. Les phénomènes de congestion prédominent en général au début pendant la période active ; au contraire l'anémie accompagne habituellement les périodes avancées, lorsqu'apparaissent les altérations dégénératives. Les coupes du foie présentent les mêmes particularités, mais la stase sanguine est toujours beaucoup plus accusée vers la périphérie de l'organe, sous le péritoine et la capsule de Glisson, les parties profondes sont plus anémiées.

Histologiquement, on peut rencontrer deux variétés assez distinctes : le foie gras, et le foie infectieux proprement dit. Dans le premier, il y a une sorte d'hépatite parenchymateuse, commençant par la simple tuméfaction trouble des cellules pour aboutir à la dégénérescence graisseuse plus ou moins généralisée, ou à une véritable fonte des cellules ; mais il n'y a là rien de caractéristique, et le foie gras s'observe tout aussi bien à une période avancée de la maladie, chez des tuberculeux, des cancéreux, des enfants athrepsiques, etc., qu'au déclin des maladies infectieuses. Mais il en est tout autrement du foie que l'on rencontre au début de ces maladies, du foie infectieux proprement dit. « Dès l'origine, les altérations portent à la fois sur les cellules et sur les espaces intercellulaires de la glande hépatique. On constate tout d'abord la congestion des capillaires sanguins du lobule, la présence dans ces vaisseaux d'un nombre exagéré de globules blancs et de nombreuses cellules migratrices autour des vaisseaux.

Les cellules propres de la glande ne sont presque pas modifiées ; à peine présentent-elles un léger degré de tuméfaction trouble. Puis la diapédèse augmente, à la stase sanguine succède une anémie relative, et sur les parois des capillaires que ne recouvrent plus les globules sanguins, on distingue des cellules endothéliales considérablement tuméfiées, quelquefois en voie de desquamation, qui remplissent presque complètement la lumière du vaisseau ; ce qui explique les zones d'anémie par suite de la difficulté que ces cellules tuméfiées apportent au passage du sang. D'ailleurs l'altération de ces cellules endothéliales est évidente, puisqu'elles ont présenté la dégénérescence vitreuse dans la plupart des cas et qu'on a pu y constater dans d'autres cas plus rares des gouttelettes de graisse. » En un mot, il existe dans les espaces intercellulaires une inflammation caractérisée par la congestion des vaisseaux sanguins, l'accumulation des cellules lymphatiques dans les gaines périvasculaires, et par une véritable endartérite. En même temps les cellules de foie subissent diverses altérations qui varient de la tuméfaction trouble avec multiplication des noyaux à la transformation vitreuse ou à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Ces lésions doivent être rapprochées de celles que l'on rencontre dans les néphrites infectieuses, néphrites diffuses aiguës. Il en est d'ailleurs de même de tous les appareils de l'organisme, dans lesquels les maladies infectieuses se manifestent par des altérations vasculaires et périvasculaires et consécutivement par des lésions dégénératives des cellules.

Quand le malade guérit, il est probable que la guérison est complète et définitive, qu'il se fait une *restitutio ad integrum* de tous les éléments ; mais si l'hépatite infectieuse n'aboutit pas à la cirrhose, elle crée un *locus minoris resistentiæ* et prépare le terrain à l'irritation alcoolique. (*Rev. de médecine*, juin 1886.). — Dr E. Deschamps.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1886.

Depuis la thèse de Lucas-Championnière en 1876, le débat est toujours ouvert sur la nature des concrétions membraniformes des voies aériennes. L'observation d'un cas de *bronchite pseudo-membraneuse*, dont M. Rieux donnait lecture à ses collègues, n'est pas de nature à terminer cette discussion. La malade éprouvait pendant six mois, de semaine en semaine, des crises de suffocation qui se terminaient par l'expectoration de

©BIU Santé

concrétions tubulées et ramifiées. Cette maladie eut une marche lente, de sorte qu'on ne peut pas considérer les produits morbides expectorés comme des exsudats diphthéritiques. M. Rieux s'est demandé s'ils n'avaient pas une origine sanguine et si la maladie ne serait pas une bronchite fibrineuse.

On sait que M. Grancher considère ces produits comme d'origine glandulaire, M. Moyet y voit l'une de ces nombreuses variétés de la forme pseudo-membraneuse de l'inflammation des muqueuses, variétés toujours dépourvues des organites spécifiques de la diphthérie, qu'elles se traduisent par des ulcérations (herpès couenneux diphthéroïde), ou par des concrétions (bronchites pseudo-membraneuses aiguës ou chroniques, stomatite ou angine couenneuse commune). En tous cas, les concrétions que M. Moyet a eu l'occasion d'examiner, ne renfermaient pas d'hématies, mais seulement des leucocytes, ce qui ne confirmerait pas la conclusion de l'intéressante observation de M. Rieux.

Un interne des hôpitaux de Lyon, M. Pallard, a étudié la *cystite bactérienne consécutive à des injections d'infusions végétales*. Il a constaté que cette cystite était liée à la présence d'organismes différents du gonococcus et reconnaissables par l'examen des urines. Ces cystites sont rebelles, et même chez les individus sains et jeunes peuvent se compliquer de néphrites ou d'épididymites. Leur pronostic présenterait donc une gravité telle qu'on doit toujours éviter de les provoquer par les injections uréthrales ou vésicales et n'introduire dans les voies d'excrétion urinaire que des liquides aseptiques ou antiseptiques.

Dans la même séance, une autre face de la même question a été examinée par M. Gayet dans sa communication sur la *blennophthalmie des nouveau-nés*. La présence du gonocoque spécial ne laissait pas de doute sur la nature de l'affection, dont l'origine était une goutte dite « militaire » dont le père était porteur depuis dix années et qu'il avait communiquée à la mère de l'enfant.

Si les doctrines microbiennes ont de fermes défenseurs dans la Société de médecine lyonnaise, l'étude des maladies du squelette y reste toujours en honneur. Parler de maladies des os à Lyon, n'est-ce pas parler de M. Ollier? Il en est encore ainsi aujourd'hui, car la communication de ce savant chirurgien a pour objet le *mal des gouttières*, variété de déformation vertébrale survenant chez des enfants placés pendant quelques mois dans des gouttières et siégeant au point où le bandage permet la flexion de la colonne. Les vertèbres se raréfient, s'écrasent et donnent lieu à un affaissement du rachis. Ces lésions s'amendent et guérissent quand on prend soin d'immobiliser la région qui le plus souvent est la région dorso-lombaire.

Une autre forme morbide, bien différente par sa nature, le *pseudo-cancer de l'estomac*, a été l'occasion d'une lecture instructive de M. Teissier, qui en a observé plusieurs cas, et qui s'efforce d'établir la difficulté et même l'impossibilité de leur diagnostic. Ni les vomissements, ni la douleur, ni la durée du mal, ni les œdèmes signalés par Trousseau ne suffisent pour affirmer la nature de la maladie. La diminution de l'urée de Rommelaere, et l'absence d'acide chlorhydrique sont encore des signes sans valeur diagnostique.

Cet avis semble partagé par MM. Chassagny, Delore, Rombaud, Bondet et Diday qui, eux aussi, signalent des cas de pseudo-cancers de l'estomac, méconnus ou confondus avec des tumeurs malignes. Il faut donc avouer l'impuissance des signes diagnostiques et pronostiques qu'on a essayé de donner comme caractéristiques et s'attendre à des surprises cliniques.

Je termine en mentionnant une communication de M. Vallas, interne des hôpitaux de Lyon, sur un cas de *varice anévrysmale de la cuisse* d'origine traumatique; de M. Bouchacourt, sur une *blessure produite par la poudre de chasse*, et de M. Albertin, sur une collection de *ganglions calcifiés*, recueillis sur un opéré de M. Poncet. — C. L. D.

FORMULAIRE

Pommade contre les escarrhes. — N. Gueneau de Mussy.

Extrait de jusquiame..... .... 2 à 3 grammes.

BIU Santé

Oxyde de zinc précipité.....	1 gramme.
Extrait thébaïque.....	0 gr. 15 centigr.
Cérat ou cold-cream.....	30 grammes.

Mêlez. — Cette pommade, étendue sur un plumasseau de charpie, sert à panser les excoriations qui se produisent sur les parties saillantes du corps des personnes atteintes de fièvre typhoïde. — S'il existe des ulcérations gangréneuses, l'auteur les touche tous les jours ou tous les deux jours, avec un mélange de teinture d'iode et de laudanum, afin d'en hâter le bourgeonnement et la cicatrisation. — N. G.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 25 juin 1886, M. Vautrin, médecin-major de deuxième classe, a été nommé professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce.

M. Nimier, médecin-major de deuxième classe, a été nommé professeur agrégé d'anatomie et chef des travaux anatomiques à ladite école.

Ces médecins prendront possession de leurs emplois le 1er novembre 1886.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat médical s'est ouvert le 30 juin, à neuf heures, pour la nomination à deux places de chefs titulaires et deux places de chefs adjoint.

Le jury se compose de MM. les professeurs Potain, Damaschino, Hayem, Jaccoud et Peter. Les candidats, au nombre de cinq, sont MM. les docteurs Bourcy, Duflocq, Gallois, Attinger et Supelier.

— Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est ouvert le 1er juillet 1886, à neuf heures, à l'hôpital Necker, pour la nomination à une place de chef titulaire et une place de chef adjoint. Le jury se compose de MM. Grancher, Damaschino, Hayem, Jaccoud, Peter et Potain. Les candidats, au nombre de trois, sont MM. les docteurs Deschamps, Legendre et Queyrat.

— Le concours de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques s'est ouvert le samedi 3 juillet 1866, à l'hôpital de la Charité, à neuf heures du matin, pour les nominations à une place de chef titulaire et une place de chef adjoint.

Le jury se compose de MM. Fournier, Potain, Damaschino, Hayem, Jaccoud et Peter. Les candidats, au nombre de deux, sont MM. les docteurs Feulard et Morelle.

— Deux concours de clinicat se sont terminés le 29 juin :

1° Le clinicat ophthalmologique, à la suite duquel sont nommés chef de clinique titulaire, M. Valude ; chef de clinique adjoint, M. Kalt ;

2° Le clinicat chirurgical, dont les résultats sont : chefs de clinique titulaires, MM. Barette, Castex et Guinard ; chef de clinique adjoint, M. Hache.

— Le 29 juin, à deux heures, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la distribution solennelle des récompenses aux élèves internes en pharmacie. Ont été proclamés lauréats.

Première division (internes de troisième et quatrième année). — Médaille d'or, M. Héret. — Médaille d'argent : M. Winter. — Mentions honorables : MM. Gosselin et Gérard.

Deuxième division (internes de première et deuxième année). — Médaille d'argent : M. Cousin. — Accessit : M. André. — Mentions honorables : MM. Chevrier et Choary.

Une table fantastique et dangereuse. — Il est question de produire dans l'Exposition de l'Institut de Franklin, à Philadelphie, une table vraiment fantastique et d'un réalisme effrayant. Cette table se trouve dans le palais Pitti à Florence. Le palais contient les merveilles de la peinture italienne, et il paraît étrange de trouver cette table au milieu des chefs-d'œuvre de l'art. Elle fut fabriquée par Giuseppe Sagatti, qui employa plusieurs années à l'achever. Pour celui qui l'aperçoit, elle paraît un curieux travail de marbres de diverses nuances, car elle ressemble à une pierre polie, et

©BIU Santé

pourtant elle n'est composée que de morceaux de muscles, cœurs et intestins de corps humains. Il a fallu pour la fabriquer une centaine de cadavres.

Cette table est ronde, d'une largeur d'un mètre de diamètre, avec un piédestal et quatre griffes, et le tout est de chair humaine pétrifiée.

Son auteur est mort depuis cinquante ans.

Après avoir passé par les mains de trois propriétaires, dont le dernier s'est suicidé et l'a arrosée de son sang, elle est arrivée au palais Pitti.

Sagatti était parvenu à solidifier les corps en les plongeant dans plusieurs bains minéraux. Il obtenait les cadavres de l'hôpital.

Les intestins servaient pour les ornements du piédestal. Les griffes sont faites avec les cœurs, les foies et les poumons et conservent la couleur de la chair. La table est faite de muscles artistiquement arrangés. Autour, il y a une centaine d'yeux et d'oreilles qui produisent le plus étrange effet. Les yeux, dit-on, semblent vivants et ils vous regardent à quelque point que vous vous placiez. Ce fut le travail le plus difficile de l'artiste. Il fut content de son œuvre et communiqua aux savants sa méthode.

Le dernier propriétaire de cette table, Giacomo Rittaboca, l'avait placée au centre de son salon, et se faisait un plaisir de la montrer aux visiteurs, en disant que c'était l'œuvre d'un sculpteur original ; puis, le soir, il en expliquait la véritable origine.

Une nuit de Noël, il avait réuni quelques amis, et l'on jouait aux cartes sur cette table. Rittaboca perdait, et les yeux de la table le fascinaient ; il était pâle, agité ; enfin, il se leva et marcha à pas pressés, puis vint se rasseoir et perdit encore, distrait par la fixité de ces regards qui le poursuivaient. On voulut le faire changer de place, on couvrit ces yeux importuns. C'est inutile, dit-il, et il raconta à ses amis toute l'histoire de cette table composée de parties humaines. Ce n'est pas du marbre, dit-il, c'est de la chair, de vrais yeux, de vrais muscles, de véritables cœurs. Voyez ! ils sont encore vivants. Ces yeux vous parlent, je ne puis les supporter ; ils me rendront fou. Alors, subitement, il prend un poignard, et, avant qu'on n'eût le temps de retenir son bras, il s'était frappé au cœur en disant à ses amis : J'en suis débarrassé. Son sang coula sur la table et son cadavre roula par terre. Ses héritiers furent heureux de vendre le meuble au gouvernement, et si le conservateur du palais Pitti veut le prêter à l'exposition, les Américains amoureux de fortes émotions pourront être satisfaits.

(L'*Univers*, n° du 22 février 1886.)

Empoisonnement par les asperges. — Ce n'est pas une falsification qui est ici en cause ; car on a bien *fabriqué des œufs*, mais, jusqu'ici du moins, je ne sache pas qu'il existe d'asperges artificielles. Il s'agit donc d'asperges réellement toxiques. Et voici comme elles le deviennent.

Soit que, pour utiliser le terrain, on ait mis de ce légume dans les espaces, plus larges maintenant, qu'on laisse entre deux rangées de ceps, soit qu'on ait planté de la vigne sur le terrain d'une vieille aspergère non encore épuisée, si, dans l'un ou l'autre cas, on sulfure la vigne, il en résulte ceci : L'asperge poussée dans le sol ainsi traité peut s'imprégner d'une quantité de sulfure de carbone, trop faible pour être reconnue au goût, mais suffisante cependant pour produire des accidents.

En effet, ce sont des accidents réels qui ont décelé le danger. Dans une localité voisine de Lyon et au sein d'un milieu social où *raisonnant ses morceaux*, on est habitué à en rechercher l'origine, des connaissances remontant de l'effet à la cause, remarquèrent que des coliques violentes, réitérées, avec diarrhée avaient succédé à l'ingestion d'asperges d'une certaine provenance. Et comme le mal s'était produit uniquement chez ceux qui mangeaient de ce plat ; que le mal s'était reproduit deux dimanches de suite, alors qu'on était revenu dîner chez M. le curé... on alla aux informations et l'on finit par découvrir les coupables... que je vous signale à mon tour.

(*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. LANCEREAUX : La cirrhose alcoolique graisseuse — II. THÈSES d'agrégation de médecine de 1886 : Pathogénie des néphrites. — III. REVUE DES JOURNAUX : Quelques résultats de l'emploi de l'hydrochlorate de cocaïne. — Du traitement du tétanos traumatique par l'emploi du chloral hydraté associé à l'uréthane. — De la véhiculation des médicaments par le collodion. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — V. VARIÉTÉS : La morbidité et la mortalité de guerre pendant l'expédition du Tonkin. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

La cirrhose alcoolique graisseuse (1).

Leçon recueillie par M. BESANÇON, interne du service.

Dans la dernière leçon, nous avons terminé l'étude de la cirrhose alcoolique commune, appelée encore cirrhose de Laënnec, cirrhose atrophique. Je me propose de vous parler aujourd'hui d'une seconde variété de la cirrhose alcoolique, distincte de la précédente par sa lésion et son évolution. C'est la *cirrhose graisseuse*, qui coïncide habituellement avec une augmentation de volume du foie, mais quelquefois aussi avec la rétraction de l'organe.

La notion étiologique reste la même pour cette variété que pour la première. Il y a seulement un mode réactionnel différent de l'organe irrité par l'alcool. Il semble résulter de ma statistique que les habitudes sociales des malades jouent un certain rôle dans la détermination de la variété de cirrhose alcoolique. Les hommes qui vivent au grand air et qui font des efforts musculaires, comme les porteurs aux halles, les charretiers qui conduisent les vins, tous les buveurs dont les combustions respiratoires sont énergiques, font des cirrhoses atrophiques simplement scléreuses. Les gens, au contraire, dont les habitudes sont sédentaires et qui consomment peu d'oxygène, sont plutôt prédisposés à la cirrhose graisseuse. Une preuve, c'est que cette cirrhose est plus commune chez la femme que chez l'homme, quoique les excès alcooliques soient beaucoup plus rares chez la première.

Je vous ai déjà dit ce qu'il fallait penser de l'opinion qui fait de la tuberculose une cause efficiente de la cirrhose graisseuse. Le simple examen des chiffres ruine immédiatement cette hypothèse. Vous vous rappelez que, sur près de cent observations personnelles, nous avons trouvé la coïncidence de la tuberculose avec la cirrhose commune dans presque la moitié des cas, et *deux fois* seulement cette coïncidence avec la forme graisseuse. Si la tuberculose et l'hépatite se trouvent fréquemment associées, c'est qu'elles sont deux effets de l'alcoolisme qui agit, dans un cas, à titre de cause déterminante; dans l'autre cas, à titre de cause simplement prédisposante.

Le foie est le plus souvent augmenté de volume dans la cirrhose graisseuse. Sept fois, sur trente observations, je l'ai trouvé de dimensions normales ou diminuées. Si l'on adopte l'expression de cirrhose hypertrophique graisseuse, il y a lieu de décrire une cirrhose atrophique graisseuse; mais ce serait accroître inutilement les divisions, car l'hypermégalie de l'organe est un caractère contingent et accessoire.

Les adhérences avec le diaphragme et la périhépatite sont moins mar-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 avril, 3 et 10 juin 1886.

©BIU Santé

quées et plus rares que dans la forme commune. Le foie est régulièrement augmenté de volume, mais pourtant le lobe droit est relativement plus développé. Le bord libre de la glande est très épais; et, dans quelques cas, l'organe tend à revêtir une forme cubique. Sa surface, rarement tout à fait lisse, est chagrinée, parsemée de fines granulations, mais non de saillies grosses et arrondies comme dans la cirrhose de Laënnec. A la coupe, le parenchyme est tantôt jaune d'or, tantôt jaunâtre comme de la cire; quelquefois, il a la coloration verdâtre de la bile; plus rarement il est pigmenté par places. Ce parenchyme est anémié, et il ne s'écoule pas de sang à la coupe. Sa consistance, quoique ferme, est beaucoup moindre que dans la cirrhose commune; le tissu n'est pas non plus aussi élastique, et un fragment jeté à terre ne rebondit pas; il contient parfois assez de graisse pour laisser des taches huileuses sur le couteau. La vésicule, moyennement distendue, est remplie d'une bile liquide, verte ou brunâtre, et parfois légèrement décolorée.

Histologiquement, les lésions du stroma affectent la même topographie que dans la cirrhose commune, car il existe des types de cirrhose nettement annulaire. En général, cependant, la lésion du stroma conjonctif est plus diffuse, et échancre fortement les lobules. Elle est périportale ou péri-sus-hépatique, souvent bi-veineuse. D'après M. Sabourin, elle débuterait au pourtour de la veine centrale des lobules, et y serait toujours plus accentuée. Cette cirrhose est multilobulaire, si quelques rameaux sus-hépatiques seulement sont touchés; elle est monolobulaire, si toutes les veines centrales sont atteintes, en admettant, bien entendu, la conception du lobule biliaire de cet auteur. Elle s'étendrait secondairement dans l'épaisseur des lobules, et pourrait devenir pour ainsi dire monocellulaire. Tel était le caractère de la lésion dans l'observation qui a fait l'objet de la thèse de mon élève, G. Dupont (1). A côté du tissu conjonctif adulte, qui se limite surtout au pourtour des gros troncs vasculaires, il existe toujours des travées de tissu embryonnaire, extra ou intra-lobulaires, comme si la lésion procédait par poussées successives.

Dans les espaces portes, les canalicules biliaires interlobulaires sont élargis et il semble souvent qu'ils se soient multipliés; ils forment, en tous cas, un système de canaux nombreux anastomosés. Cette néoformation apparente des canalicules biliaires est un point qui appelle de nouvelles recherches, car il m'est difficile d'admettre, avec quelques auteurs, la transformation des trabécules hépatiques en tubes d'excrétion, et la métamorphose des éléments nobles du foie en cellules indifférentes.

A côté de la lésion du tissu interstitiel, et sur le même plan, se placent les altérations des cellules propres du foie. Ici, ces altérations ne sont plus consécutives à celle du stroma conjonctif, comme dans la cirrhose commune : elles sont concomitantes. Déjà en 1863, à l'Hôtel-Dieu, j'avais été frappé par l'observation d'une femme morte rapidement avec de l'ictère et des phénomènes adynamiques, et chez laquelle je constatai, outre la sclérose périlobulaire, une altération profonde des cellules. Aujourd'hui nous connaissons mieux ces modifications des cellules du foie dans la maladie qui nous occupe ; elles sont de deux ordres : tantôt c'est la stéatose, c'est-à-dire la dégénérescence granulo-graisseuse avec destruction du noyau, ou encore la simple infiltration graisseuse avec refoulement du

(1) G. Dupont : De l'hépatite interstitielle diffuse aiguë. (Th. de doc. Paris, 1878.)

©BIU Santé

noyau à la périphérie ; tantôt c'est une sorte de dégénérescence vitreuse, analogue à celle des cellules cérébrales dans la paralysie générale. L'altération des cellules peut être généralisée à tous les lobules ; dans certains cas, quelques îlots paraissent relativement épargnés.

La *rate* est moins volumineuse que dans la cirrhose atrophique ; c'est qu'aussi la gêne circulatoire est bien moindre dans le système porte. La membrane muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin sont fréquemment ardoisées.

Les autres organes sont ordinairement modifiés ; mais ils le sont à la façon du foie, à cause des conditions générales qui ont présidé à l'établissement de la lésion hépatique. Le pancréas est volumineux, gras ou légèrement sclérosé. Le mésentère et les épiploons sont surchargés de graisse, ce qui est le cachet de l'alcoolisme. Les reins, plongés souvent au sein d'une masse de graisse, sont jaunes, parfois un peu tuméfiés. L'épithélium des tubes contournés est légèrement granuleux, le noyau effacé et les cellules confondues par leurs bords. Le cœur offre une surcharge graisseuse, et parfois il existe des taches pigmentaires ou ecchymotiques sous la plèvre. Dans les deux cas où nous avons noté des tubercules pulmonaires, ceux-ci étaient localisés au sommet, pigmentés, enkystés, en voie d'involution régressive. A part l'existence possible d'une hémorrhagie méningée, on ne trouve du côté des centres nerveux qu'une opalescence des méninges à la convexité du cerveau. Dans un cas, nous avons constaté l'existence d'une hémorrhagie dans un des muscles droits de l'abdomen, et une fois aussi la dégénérescence vitreuse de ces mêmes muscles, telle qu'on la voit dans la fièvre typhoïde et dans l'ictère grave primitif.

L'expression symptomatique de la maladie est assez régulière. La physionomie de l'affection est sensiblement la même dans tous les cas, et ne diffère guère que par le mode de succession des phénomènes morbides. Les malades commencent par maigrir, et leurs fonctions digestives s'altèrent. Ils ont assez ordinairement la pituite du matin, quelquefois même des vomissements pendant la journée. Ils continuent néanmoins à vaquer à leurs occupations, lorsqu'un jour, ils s'aperçoivent que leur ventre augmente de volume par le fait d'un météorisme, plus ou moins accentué. Si dès ce moment le foie est exploré, on constate que cet organe est tuméfié, qu'il déborde les fausses côtes, et que parfois il est douloureux. Déjà à ce moment, il est possible, du moins dans certains cas, à l'aide d'une percussion soigneuse de déceler un peu d'ascite aux parties déclives. Mais, cette ascite ne devient jamais considérable ; on peut même affirmer qu'elle est un symptôme exceptionnel, fût-on en présence d'une cirrhose graisseuse atrophique. La dilatation des veines est d'ailleurs toujours moins accentuée et plus tardive que dans la cirrhose commune. En revanche, l'ictère est incomparablement plus fréquent. Ce symptôme apparaît souvent de bonne heure, dans la période d'attente du mal ; mais il est alors léger et transitoire. Les malades ont une teinte bistrée ou terreuse ; leurs conjonctives sont à peine colorées. Plus tard l'ictère s'accentue ; il devient permanent et prend la nuance verdâtre. Sa signification est alors plus sérieuse. Au réactif de Gmelin, les urines donnent une coloration verte, ou seulement la couleur acajou caractéristique de l'hémaphéisme. Les matières fécales sont tantôt colorées, tantôt décolorées.

Cet ictère rappelle fréquemment l'ictère grave, et s'accompagne des mêmes phénomènes. Les malades, quelquefois apyrétiques, ont d'autrefois

©BIU Santé

une fièvre à type irrégulier, la température pouvant atteindre 39°, mais oscillant en général aux environs de 37°8 ou 38°. Les hémorrhagies sont au début des épistaxis ; mais, plus tard, on peut observer toutes les variétés possibles. Les gencives sont souvent tuméfiées et saignantes. La peau des jambes et même une partie du corps se parsème de taches purpuriques ou d'ecchymoses. Parfois on voit survenir une hémoptysie, une hématémèse qui peut être conjurée, ou tuer le malade. Un de mes cirrhotiques, âgé de 33 ans, entrepreneur, est pris d'une hématémèse qui le laisse très anémié, avec une teinte bistre de la peau. Le régime lacté lui procure un soulagement et sa guérison paraît assurée. Malheureusement, il revient à ses anciennes habitudes ; ses gencives se tuméfient et se mettent à saigner, puis un jour il vomit trois ou quatre litres de sang et succombe ; il me serait possible de citer 5 à 6 faits semblables. Il y a un autre organe dont l'hémorrhagie a une signification toujours grave, c'est le rein. L'hématurie est rare, mais presque toujours mortelle. C'est du reste une règle de pathologie générale, que la gravité de l'hématurie dans le cours des maladies.

Des phénomènes nerveux graves, adynamiques font cortège à cette variété de la cirrhose du buveur ; ils sont de plusieurs ordres, il importe de savoir les discerner. Accablés, perdant leurs forces, les malades dépérissent visiblement. Ils sont pris d'un délire, qui a les caractères du délire alcoolique et se traduit par des rêves, des hallucinations, de l'agitation, une tendance à sortir du lit et à vouloir quitter la salle ; le pronostic n'est pas immédiatement grave. Le plus souvent les symptômes ataxo-adynamiques sont l'effet de l'altération hépatique, et peut-être aussi de la lésion simultanée des reins. Ils consistent rarement en délire, mais plutôt en subdelirium avec état comateux et soubresauts des tendons. Parfois enfin, les accidents sont plus particulièrement caractérisés par une oppression excessive, qui affecte à peu près les allures de la dyspnée urémique. Ces dernières manifestations ont été considérées par quelques auteurs comme pouvant être rattachées à une insuffisance rénale. La chose est d'autant plus vraisemblable que les urines sont ordinairement diminuées de quantité, souvent ne dépassent pas 300 ou 400 grammes, et sont parfois albumineuses. De plus, il peut y avoir un délire tenant à une complication, la pneumonie par exemple, toujours mortelle dans ces conditions.

Quoi qu'il en soit, à la dernière période de l'affection, l'appétit se perd totalement. La langue se sèche, devient rouge, fendillée. Des vomissements verdâtres ou de la diarrhée peuvent aussi marquer la terminaison. Le hoquet, s'il apparaît, ne précède la mort que de 24 ou 48 heures. Les forces des malades diminuent progressivement jusqu'à l'anéantissement final. La mort survient dans le coma.

L'évolution de la maladie comprend deux phases : une période d'attente, lente, insidieuse, de durée incertaine, caractérisée par la tuméfaction du foie, les troubles de la digestion, le météorisme, l'amaigrissement, l'ictère passager ; une seconde période dans laquelle se montrent la fièvre et l'ictère permanent, les hémorrhagies, le délire et le coma, bientôt suivi de la mort. Ainsi des individus qui ont le foie volumineux, l'abdomen météorisé, les veines abdominales dilatées, ou même un léger ictère, continuent leurs occupations sans trop souffrir, et quelquefois leur état s'améliore ; puis, tout à coup, après quelques mois de cette évolution latente, les accidents graves éclatent et la mort arrive au bout de 24 ou 48 heures. Je vous ai raconté l'histoire de cet infirmier de la Pitié que Lasègue avait fait

©BIU Santé

récompenser par la Société de tempérance, bien que nous ayons eu plus tard la preuve de ses habitudes alcooliques, il avait assez peu maigri, et faisait son service. Brusquement il est pris d'un ictère avec météorisme et diarrhée jaune, il tombe dans le coma, et meurt en deux jours. A l'autopsie, nous trouvons un foie induré sans augmentation de volume et dont les cellules sont profondément modifiées. Les faits de ce genre ne sont pas rares, il me serait facile de vous en citer plusieurs autres, tirés surtout de la pratique de la ville. La mort n'est cependant pas toujours fatale. Plusieurs des malades observés par moi ont pu s'améliorer; quelques-uns ont guéri; l'un d'eux, comme vous le savez, a dernièrement quitté le service dans un état de santé satisfaisant. Il n'est pas moins vrai que la cirrhose graisseuse est une affection des plus graves et le plus souvent mortelle, si elle n'est soignée dès son début.

Dans la phase insidieuse de la maladie, on peut confondre la cirrhose graisseusse avec la stéatose simple ou la leucomatose du foie, alors que l'hypermégalie est presque le seul signe, ou même avec la cirrhose impaludique.

Dans la seconde période, si l'ictère fait défaut, une confusion momentanée est possible avec la fièvre typhoïde. Le diagnostic de la cirrhose graisseuse et de l'hépatite parenchymateuse offre plus de difficultés; effet de la destruction des cellules hépatiques, sous l'influence probable d'un agent infectieux, cette hépatite est accompagnée de phénomènes semblables à ceux de la cirrhose graisseuse qui doit ses phénomènes ultimes à la profonde altération de ces mêmes cellules. La différence est surtout dans la marche: tandis que dans l'hépatite parenchymateuse ou atrophie aiguë du foie, le mouvement fébrile précède l'ictère, il le suit dans la cirrhose graisseuse.

Le traitement diffère un peu de celui de la cirrhose vulgaire, à cause de l'adjonction d'un processus anatomique nouveau, à savoir la dégénérescence graisseuse. L'iodure de potassium est encore ici un médicament très recommandable; mais comment arrêter l'altération cellulaire? Quand on reconnaît une cirrhose graisseuse à sa première phase, il faut insister sur deux moyens thérapeutiques: le lait, et l'hydrothérapie sous forme de douches ou sous forme d'ablutions froides, quand le malade est couché. Dans la seconde période, il reste à combattre certains symptômes menaçants, le délire alcoolique par les opiacés, l'adynamie par les excitants diffusibles, et enfin les phénomènes ultimes analogues à ceux de l'urémie, par les purgatifs. Quant aux hémorrhagies, nous sommes insuffisamment armés pour lutter contre elles, et dernièrement, dans un cas de gastrorrhagie, j'ai tout essayé sans résultat. Cependant, l'ergot de seigle, le tannin, le perchlorure de fer, suivant le siège du mal, et la glace sont des moyens qu'il ne faut pas négliger en pareil cas.

Thèses d'agrégation en médecine de 1886 (1).

X. — Pathogénie des néphrites, par M. E. Gaucher. (Paris, 1886; O. Doin.)

Malgré les nombreux et récents travaux sur les néphrites, on est loin de s'entendre sur la pathogénie et la nature de ces affections.

La néphrite, a-t-on dit, est une affection inflammatoire, et cette définition pouvait

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 27 mai, 6 juin et 4 juillet 1886.

©BIU Santé

suffire au temps où l'on admettait que l'inflammation se réduisait à une exsudation vasculaire ou à une exagération des activités cellulaires.

Actuellement, le processus inflammatoire est considéré comme complexe, et l'anatomo-pathologie n'a pas encore prononcé définitivement sur sa nature. Entre l'affirmation de ceux qui regardent comme secondaires et régressives les lésions épithéliales de la néphrite parenchymateuse et les preuves d'après lesquelles elles peuvent être primitives, M. Gaucher n'hésite pas à se ranger à l'opinion de MM. Renaut et Hortolès, et à réunir dans un même cadre les néphrites avec lésions inflammatoires et les néphrites avec dégénérescence graisseuse. C'est donc de ce point de vue, fort large et plus élevé, que notre distingué confrère envisage la question.

Dans les premiers chapitres, il applique les notions de pathologie générale à l'étude des néphrites, signale le rôle des grands processus qui dominent la pathogénie et entreprend la classification étiologique des néphrites, qu'il divise en *néphrites d'origine sanguine* ou *vasculaire* : néphrites infectieuses, toxiques, goutteuses; néphrites parenchymateuses et interstitielles auxquelles il rattache le rein sénile; néphrites par stase veineuse et rein cardiaque; néphrites congestives et néphrites gravidiques; — en *néphrites par irritation* ou *lésions des voies d'excrétion :* néphrites ascendantes, parasitaires, blennorrhagique, traumatiques, localisées ou secondaires.

Dans l'histoire particulière de chacune de ces formes morbides, M. Gaucher analyse la plupart, sinon la totalité, des documents cliniques, anatomiques et physiologiques les plus récents. Avec un esprit de sage impartialité, il a fait la part de chacun (amis et adversaires), rendu hommage aux efforts souvent méconnus des travailleurs d'où qu'ils viennent, et quel que soit leur renom. On ne saurait trop l'en féliciter; car, pour être réellement utile aux progrès scientifiques, avec la réglementation actuelle du concours, une thèse d'agrégation doit exposer fidèlement l'état des opinions médicales et non pas d'une opinion médicale. C'est une œuvre éclectique et non pas systématique.

Aux termes de ce mémoire, il fallait conclure. Ce n'était pas chose facile; en présence de cette multiplicité de faits et de ces différences doctrinales, M. Gaucher a su adopter le parti le plus sage, celui de grouper les néphrites en quatre classes : 1° les *néphrites par altération primitive des éléments anatomiques* (action directe de la cause sur la cellule, ou trouble de nutrition locale des cellules; néphrites traumatiques, toxiques, interstitielles, par stase et par excès d'action du rein); — 2° les *néphrites par infection* : les unes, proprement dites (par pénétration de l'agent infectieux par les vaisseaux); les autres, par leur transport par les voies urinaires (néphrites ascendantes); — 3° *néphrites par troubles trophiques préalables* : néphrites diathésiques et cachectiques; — 4° *néphrites par réactions nerveuses :* néphrites congestives.

Il ne faut certainement pas un grand effort intellectuel pour reconnaître la caducité de telles classifications; par contre, il faudrait avoir la mémoire courte ou ignorer l'histoire de la médecine pour proclamer leur durée. Les théories pathogéniques varient d'une génération à une autre; M. Gaucher a la sincérité de donner la sienne comme provisoire; remercions-le de cette sagesse qui est une vertu dans un temps où les systématiques de parti pris trouvent des apologistes. La vérité clinique est ailleurs; elle n'attend rien de leurs travaux. — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Quelques résultats de l'emploi de l'hydrochlorate de cocaïne, par N. Salvail. — En applications sur la muqueuse pharyngée enflammée, l'auteur conseille de faire usage d'une solution titrée à 10 pour 100 au moins. Il a pu, par de tels badigeonnages, abolir la sensibilité de l'amygdale et inciser cet organe sans douleur.

Dans l'opération du phimosis, il fait précéder l'intervention sanglante d'une injection dans le prépuce de deux doses de cinq minimes de cette même solution à un intervalle de dix minutes. Enfin, il a employé l'hydrochlorate de cocaïne avec le même succès,

©BIU Santé

dans l'extirpation d'une tumeur fibreuse, en introduisant dans le tissu cellulaire correspondant au siège de la tumeur sept minimes du même liquide. Dix minutes plus tard, il opérait sans douleur. Il observa néanmoins quelques nausées et des vomissements dont il n'attribue pas l'origine à l'action du chlorhydrate de cocaïne, car le malade était de ceux qui vomissent facilement. (*Union médicale du Canada*, p. 13; janvier 1886.)

C. L. D.

Du traitement du tétanos traumatique par l'emploi du chloral hydraté associé à l'uréthane, par William-Thomas Jackman. — La malade avait été atteinte d'un traumatisme du doigt à la main droite. Quelques jours après, dans le cours du traitement, elle présentait de la contracture, de l'épisthotonos et des douleurs exacerbantes pendant la nuit. Bientôt après, on notait du trismus et de la contracture des mâchoires.

Le chloral hydraté fut prescrit à la dose de 20 grains de trois heures en trois heures. Il diminua les paroxysmes douloureux, mais n'atténua pas la rigidité musculaire. On administra alors l'uréthane, pendant la nuit, à la dose de 4 grains de deux heures en deux heures et le chloral pendant le jour. Dès la première nuit, on observait une diminution dans la gravité des symptômes et l'amélioration fut évidente. Le traitement aboutit à la guérison. (*The Lancet*, 12 juin 1886.) Cette unique observation ne suffit pas pour conclure définitivement; cependant, elle doit engager les thérapeutes à répéter des essais qu'autorisent les propriétés de l'uréthane comme sédatif. — C. L. D.

De la véhiculation des médicaments par le collodion, par M. Barnes. — Cette substance serait préférable aux pommades pour dissoudre ou véhiculer certains médicaments qu'on emploie à l'extérieur. C'est ainsi qu'il dissout totalement un quart de son poids de goudron de bois, un cinquième d'huile de cade, un septième de créosote et un septième d'essence de moutarde.

Les baumes du Pérou et de Gurjun, l'acide oléique sont aussi solubles dans trois fois leur poids de collodion; il en est de même des alcaloïdes, comme l'atropine et la vératrine, et à l'exception de la morphine. Enfin, on peut véhiculer dans le collodion les oléates à base métallique. (*Pharm. zeitschrift für Russland* et *Répertoire de pharmacie;* juin 1886.) C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Présentation. — Traitement de l'hydrocèle. — Suite et fin de la discussion sur l'uréthrotomie interne. — Rectotomie linéaire. — Traitement des fractures du radius et du péroné par le massage. — Traitement des fractures para-articulaires simples ou compliquées de plaies sans immobilisation. Mobilisation et massage.

M. Verneuil offre en hommage une brochure sur la trachéocèle.

— M. Desprès, à l'occasion de la communication de M. Reclus sur le traitement de l'hydrocèle par l'incision de la tunique vaginale, proteste contre la tentative faite par son collègue pour substituer une opération, qu'il croit dangereuse, au traitement de l'hydrocèle par la ponction et l'injection iodée, toujours inoffensive. M. Desprès a pratiqué plus de trois cents fois cette dernière opération selon la méthode de Velpeau, son maître, et il n'a eu que des succès.

M. Reclus se défend d'avoir voulu porter atteinte à la thérapeutique classique de l'hydrocèle; il n'a pas cherché à détrôner la ponction avec injection iodée, qu'il considère comme la meilleure méthode de traitement pour les cas ordinaires; il n'a conseillé et pratiqué l'incision que dans les cas rebelles ou dans les hydrocèles anciennes avec épaississement plus ou moins considérable de la tunique vaginale.

©BIU Santé

M. Marc Sée dit qu'il a substitué depuis longtemps, avec avantage, à l'injection iodée l'injection dans la tunique vaginale d'une solution d'hydrate de chloral à 10 p. 100. Il injecte environ 60 grammes de cette solution. Elle ne détermine pas de douleur, mais seulement une sensation de chaleur qui disparaît assez rapidement. A la suite de cette injection, le liquide de l'hydrocèle se reproduit en partie ou en totalité, mais il ne tarde pas à se résorber et l'hydrocèle est guérie. Cette solution a sur l'injection iodée l'avantage d'être moins dispendieuse et plus facile à manier. Elle n'est pas salissante et n'exerce pas d'action irritante sur les tissus. M. Sée l'a employée nombre de fois avec un plein succès.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne.

M. Guyon, à l'exemple de la plupart de ses collègues qui ont pris part à la discussion, se déclare partisan de l'uréthrotomie interne, mais, pour lui, cette méthode, malgré sa valeur si grande, n'est que l'un des agents de la dilatation qui s'impose dans tous les cas soit comme unique traitement, soit pour compléter, maintenir ou reconquérir les résultats obtenus par l'uréthrotomie. Il pense que l'uréthrotomie interne doit être réservée aux cas complexes ou graves. Plus j'observe, dit-il, plus je suis disposé à trouver dans les complications non plus des contre-indications, comme on l'a souvent enseigné, mais des indications formelles et pressantes. Tels sont, par exemple, ces cas où des accès de fièvre répétés surviennent sous l'influence de la dilatation ou alors même que l'on n'a pas encore institué le traitement, et qui sont les indices très certains de lésions rénales menaçantes. Sous l'influence de l'uréthrotomie interne, la fièvre cesse le plus souvent d'emblée.

Dans les cas où les lésions rénales sont anciennes et avancées dans leur évolution, sans état aigu, alors que la polyurie trouble, que la présence d'une énorme quantité de pus dans les urines, que les troubles digestifs, que l'état général témoignent d'une grave altération des reins, alors que des essais de dilatation ont profondément perturbé les malades, l'uréthrotomie interne a souvent permis à M. Guyon de modifier la situation de la façon la plus heureuse et de procurer aux malades une survie de quelques mois, ou même de quelques années.

Même dans les cas beaucoup moins favorables de néphrite aiguë avec petits foyers miliaires, la rétention d'urine complète ou l'imparfaite évacuation de la vessie peuvent encore conduire à l'uréthrotomie.

Mais l'uréthrotomie est surtout une opération excellente dans les cas simples, c'est-à-dire lorsque la section du rétrécissement est indiquée par sa résistance et non plus commandée par les accidents. Dans ces cas, la bénignité de l'opération est assurée par les conditions suivantes : réaliser d'abord l'antisepsie comme condition adjuvante favorable, inciser tous les points rétrécis, les inciser peu profondément, faire l'incision sur la paroi supérieure, placer une sonde à demeure et la laisser ouverte, la choisir de moyen et même d'assez petit calibre, suivant les cas, exiger toutes les précautions d'hygiène, de repos, de bonne température, etc.

L'uréthrotomie d'avant en arrière, telle que la conseille Maisonneuve réalise, suivant M. Guyon, toutes les conditions désirables pour la section complète de tous les points rétrécis; ce n'est que dans les cas où les rétrécissements offrent une résistance particulière, comme dans les traumatismes, par exemple, que M. Guyon complète les résultats en incisant d'arrière en avant avec l'uréthrotome de Civiale.

Les lames dont il fait presque exclusivement usage répondent aux nos 21 et 23 de la filière Charrière. Plus petites, elles seraient insuffisantes; plus larges, elles pourraient inciser trop profondément. Il ne faut pas réitérer le passage de la lame qui ne doit couper qu'à l'aller et au retour; encore moins convient-il de « jouer du violon » dans l'urèthre, comme prétendait le faire un chirurgien doué d'une fantaisie artistique par trop grande.

Le passage de la sonde à demeure doit être tout particulièrement surveillé. Il peut être fertile en accidents graves. M. Guyon a l'invariable habitude de passer la sonde sur conducteur et de toujours diminuer le volume de la sonde à la moindre résistance qu'il éprouve. Il attend presque toujours que la première quinzaine soit écoulée, quelque-

©BIU Santé

fois plusieurs semaines, si des circonstances particulières ou des accidents l'exigent. La sonde à demeure est, d'ailleurs, exempte d'inconvénients si elle n'est pas trop volumineuse, si son séjour dans l'urèthre ne dépasse pas vingt-quatre à quarante-huit heures et si elle est placée de manière que l'urine puisse s'écouler incessamment goutte à goutte, c'est-à-dire si elle est laissée ouverte.

M. Guyon donne ensuite la statistique de ses opérations, se bornant, pour plus de précision, à celles sur lesquelles il a conservé des notes exactes.

De 1867 à 1886, il a réuni le chiffre de 459 uréthrotomies, dont 446 pour des rétrécissements d'origine blennorrhagique et 13 pour des rétrécissement d'origine traumatique.

Dans l'immense majorité des cas, l'intervention a été d'une bénignité remarquable. Les malades se sont levés presque tous dès la première huitaine. L'écoulement sanguin a été presq ıe toujours insignifiant, jamais il n'a donné des inquiétudes sérieuses. Une fois un malade a eu un abcès prostatique qui, d'ailleurs, ne l'a pas empêché de guérir rapidement. La fièvre, le plus souvent très modérée, n'a été observée qu'une fois sur trois.

Quant aux résultats éloignés, et particulièrement en ce qui concerne les récidives, M. Guyon ne nie pas qu'elles puissent se produire, il ajoute qu'elles sont même fatales si la dilatation progressive ne vient pas compléter la guérison. Aucune méthode ne met à l'abri de ces retours offensifs du rétrécissement abandonné à lui-même.

Sur les 459 opérés de la statistique de M. Guyon, 20 sont morts, mais l'honorable chirurgien établit péremptoirement que, dans les trois quarts de ces cas, l'issue funeste est imputable à des conditions absolument indépendantes de l'opération elle-même; dans cinq cas seulement, l'opération peut être incriminée, ce qui met la mortalité par le fait de l'intervention opératoire au chiffre de 1 1/2 p. 100.

Dans toutes les opérations très nombreuses qu'il a pratiquées en ville, M. Guyon n'a observé qu'un seul cas de mort arrivé chez un enfant de 5 ou 6 ans atteint de lésions préexistantes de la vessie et des reins, lésions très probablement organiques. M. Guyon fait observer que le chiffre de 1 1/2 p. 100 de mortalité à la suite de l'uréthrotomie interne, est très supérieur à la réalité, car il ne fait pas figurer dans cette évaluation le chiffre total des uréthrotomies qu'il a pratiquées tant en ville qu'à l'hôpital. En tenant compte de la totalité des cas, il pourrait dire qu'il a perdu par le fait de l'opération 6 malades sur 1,000 et faire tomber ainsi la mortalité à 1/2 p. 100 seulement.

La mortalité imputable à l'opération est donc en réalité très faible, elle n'en impose pas moins à l'opérateur des devoir très définis. Elle doit l'obliger à choisir avec le plus grand soin les cas auxquels l'opération est applicable, à se soumettre à toutes les précautions opératoires qu'exigent et les lésions si habituelles des reins et leur susceptibilité si grande chez les malades depuis longtemps rétrécis, elle lui commande enfin les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

En limitant ainsi à des catégories de cas l'application de l'uréthrotomie, en ne méconnaissant pas les dangers toujours réels des opérations pratiquées dans l'urèthre, quelles que soient ces opérations, M. Guyon se croit en droit d'affirmer avec ses collègues les précieux avantages de l'uréthrotomie interne. Aussi n'hésite-t-il pas à déclarer qu'elle a réalisé un très grand progrès chirurgical en mettant les chirurgiens à même de combattre par une opération facile, simple, accesssible à tous ceux qui voudront la pratiquer avec conscience et avec soin, des incidents ou des accidents qui ont souvent pour effet de compromettre la santé ou la vie des malades.

Après le discours de M. Guyon, M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur l'uréthrotomie interne.

— M. RECLUS, à propos du rapport de M. Périer sur l'observation de M. Dubar (de Lille) relative à une fistule borgne interne du rectum traitée avec succès par la rectotomie linéaire, communique le cas d'un jeune pédéraste auquel il a pratiqué le 24 avril dernier la rectotomie pour une fistule à l'anus compliquée de rectite avec suppuration extrêmement abondante, énorme clapier et décollement considérable de la muqueuse. Aujourd'hui la cicatrisation est à peu près complète et M. Reclus pense qu'il ne restera

©BIU Santé

pour ainsi dire pas de traces de l'opération. Dans ce cas la rectotomie aura été une opération curative à la fois de la rectite, des vastes décollements et de l'énorme clapier de suppuration dont le malade était atteint.

M. Just Lucas-Championnière lit un mémoire intitulé : *Traitement des fractures du radius et du péroné par le massage. Traitement des fractures para-articulaires simples et compliquées des plaies sans immobilisation. Mobilisation et massage.* Voici les conclusions de cet important travail qui, ainsi que l'a dit l'auteur, sort des banalités de la chirurgie :

« L'immobilisation dans le traitement des fractures, est habituellement beaucoup trop prolongée et beaucoup trop généralisée.

« Dans les fractures intra et para-articulaires, elle présente de véritables dangers.

« En dehors des cas de grands déplacements primitifs, les fractures du radius et du péroné n'ont aucun besoin d'immobilisation.

« Le massage fait disparaître la douleur et favorise la réparation.

« Les mouvements provoqués rapidement préviennent les raideurs articulaires, les douleurs et l'impotence prolongée du membre.

« Le massage bien conduit agit favorablement dès le début et comme complément du traitement de ces fractures.

« Il donne à la cure une durée très courte.

« Les fractures au voisinage d'articulations portant sur des surfaces plus larges comportent moins le massage primitif, mais elles guérissent très bien aussi sans immobilisation, et la mobilisation rapide et le massage secondaire leur réussissent à merveille.

« Ces fractures compliquées de plaies et traitées de la sorte m'ont donné des résultats que l'immobilisation régulière ne procure presque jamais.

Enfin les complications, les douleurs, l'impotence des membres qui suivent la cure des fractures sont dues en général à l'immobilisation des articulations voisines et éloignées ; dans ces cas, aucun traitement ne vaut le massage pour faire disparaître les douleurs et rétablir l'intégrité des fonctions. » — A. T.

VARIÉTÉS

LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DE GUERRE PENDANT L'EXPÉDITION DU TONKIN.

D'après les renseignements que contient le savant mémoire, publié par M. Nimier dans les *Archives de médecine et de chirurgie militaires*, 31,950 rationnaires de l'armée de terre et 5,154 rationnaires de l'armée de mer débarquèrent au Tonkin de l'année 1883 à l'année 1885. Au 1er avril 1885, l'effectif du corps expéditionnaire s'élevait à 21,000 hommes de troupes européennes et à 5,517 soldats indigènes.

Durant les opérations actives de la campagne, 2,592 hommes furent mis hors de combat par le feu de l'ennemi, et parmi les journées les plus meurtrières, on cite celles de Sontay (14 et 16 décembre 1883), 1,402 tués ou blessés ; de Lho-Vy et Bac-Vié (11 et 12 février 1885), 242 hommes hors de combat ; de Bang-Bô (24 et 30 mars 1885), 237 sur 2,000 hommes engagés ; et de Ho-Hamoc (2 et 3 mars 1885), 465 tués ou blessés sur une brigade de 2,340 hommes, dont un tiers seulement a pris part à la lutte. Parmi eux, 492 succombèrent sur le champ de bataille.

L'armement des réguliers chinois consistait en armes se chargeant par la culasse et en fusils d'anciens modèles, mais seulement dans la faible proportion de 1 pour 20.

Par contre, ils faisaient rarement usage de l'arme blanche : lance, baïonnette et coupe-cou. Cette dernière arme, couteau à lame pesante et tranchante, leur sert surtout à couper les têtes et à mutiler les blessés ou les morts. Ils combattaient à l'abri de palissades ou de tranchées, parfois même derrière des abris étagés. Dans ce cas, l'une des lignes de feu était au ras du sol et l'autre plus élevée ; de là ce nombre relativement

grand de blessures des membres inférieurs parmi nos soldats, dont 692 furent atteints aux cuisses ou aux jambes.

A côté de ces chiffres, M. Mimier rappelle quelques épisodes de la campagne et signale les lacunes de l'organisation sanitaire : « Comme matériel, dit-il, les corps emportaient « les sacs et les cantines d'ambulance, mais que de fois, faute de porteurs, nos cama- « rades durent-ils se charger d'assurer, avec la ressource de leurs chevaux, le transport « du contenu de leurs cantines ? C'était chose curieuse que cette longue file indienne « formée par l'ambulance... Nos coolies, groupés deux à deux, quatre à quatre, por- « taient, qui un paquet de brancards, qui une cantine, qui un paquet de couvertures ; « en tête marchaient, se relevant à tour de rôle, les porteurs de malades. Les infirmiers, « répartis pour la surveillance, confiaient leurs sacs aux coolies inoccupés et fiers de « leur rôle ; le doy et le caïs se réservaient, le bâton à la main, de punir les noncha- « lants, quand malheureusement ils ne leur donnaient pas l'exemple de la fuite. »

On comprend les difficultés du service sanitaire dans de telles conditions ; mais ces difficultés augmentèrent encore « dans le haut pays, où la population devient tout à « fait clairsemée. » Pour abriter les malades, « il fallut s'ingénier et, grâce à l'admirable « dextérité des coolies à travailler le bambou, nous pûmes chaque soir nous faire « dresser une sorte de grande tente en bonnet de police, dont les hautes herbes et les « bambous constituaient les matériaux. »

L'enlèvement des blessés ne présentait pas moins de difficultés. Rarement il se fit avec des cacolets quand il était possible par eau, et, le plus souvent, à dos de coolie. Deux porteurs se plaçaient aux pieds, deux autres à la tête du blessé ; un bambou passé obliquement dans les anses d'une corde fixée aux poignées du brancard, reposait sur les épaules des porteurs qui, d'une main, retenaient le bambou, et de l'autre empêchaient le brancard d'osciller.

Enfin, autre remarque plus chirurgicale : dans cette campagne, les traumatismes consistèrent surtout en blessures par petits projectiles et rarement par gros projectiles. M. Nimier n'a pu relever que six cas de ces dernières dans ses nombreuses statistiques.

Si la chirurgie de guerre du Tonkin offrait un caractère pittoresque, elle ne manquait pas aussi, on le voit, d'un caractère scientifique tout spécial. — C. L. D.

FORMULAIRE

Potion contre l'alopécie. — Pohl Pisicus.

Acide lactique ou citrique	de 0 gr. 50 c. à 1 gramme.
Acide borique	de 2 à 5 grammes.
Alcool de vin rectifié	de 30 à 40 —
Eau distillée.....	220 grammes.

Faites dissoudre. — Deux fois par jour, pendant trois au quatre minutes, on frictionne le cuir chevelu avec une à trois cuillerées de cette solution, pour arrêter la chute des cheveux, notamment chez les femmes, quand la calvitie est limitée au vertex. — L'alcool employé doit être peu concentré. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 29 juin 1886, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Fabre, médecin en chef de la marine, et Doué, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Duchateau, médecin professeur de la marine ; Chalmé, pharmacien professeur de la marine ; Rebusat, Audibert, Maurin, Caradec et Boyer,

©BIU Santé

médecins de première classe de la marine ; M. Pain, médecin-major de la garde civique de Cayenne.

— Par décret, en date du 29 juin 1886, M. le docteur Ballay est nommé lieutenant-gouverneur du Gabon.

— Par arrêté préfectoral en date du 17 juin 1886, M. le docteur Outin, médecin-inspecteur des écoles de la deuxième circonscription du XXe arrondissement de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la première circonscription, en remplacement de M. le docteur Eymery, démissionnaire. — M. le docteur Dupré est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la deuxième circonscription du XXe arrondissement de Paris en remplacement de M. le docteur Outin, transféré dans la première circonscription. — M. le docteur Sénac est nommé médecin-inspecteur des écoles de la cinquième circonscription du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Miguet fils, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Berher est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Épinal.

— Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1886 au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra — comme nous l'avons déjà dit — sa séance annuelle le 12 août, à Nancy. Pour se reposer de leurs travaux, les membres du congrès pourront non seulement visiter les environs de Nancy, ainsi que les montagnes des Vosges, mais encore pénétrer dans les usines les plus intéressantes du pays.

Le comité des excusions s'est arrêté aux trois suivantes : 14 août, visite de Toul ; de là, en bateau à vapeur, à Pont-Saint-Vincent, et en chemin de fer, à Tantonville, une journée. — 17 août, excursion au Donon, aller par Raon-l'Étape et la vallée de Celles, retour par Moussey, Senones et Etival, une journée. — 20, 21 et 22 août, excursion finale de trois jours ; Saint-Dié, Gérardmer, la Schlucht, la Bresse, Remiremont, Bussang et Ballon-d'Alsace.

Les autres excursions : à Vittel, Contréxeville, Pont-à-Mousson, Pompey, etc., se feront en une demi-journée, l'après-midi, le matin étant consacré aux séances de sections.

— Une exposition des collections de la mission scientifique Savorgnan de Brazza dans l'Ouest africain a été organisée dans les bâtiments de l'Orangerie du Muséum par les soins des professeurs et de tout le personnel scientifique de cet établissement. Cette exposition a été ouverte officiellement le 30 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, par M. Goblet, ministre de l'instruction publique, assisté de M. Xavier Charmes, directeur du secrétariat du ministère, et de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, en présence de M. Frémy, professeur-directeur et de la plupart des autres professeurs. La notice sur ces collections a été rédigée avec le plus grand soin par M. Émile Rivière.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

On désire se défaire d'une collection du journal l'*Union médicale*, depuis 1849 jusqu'à 1885 inclusivement. Le tout parfaitement conservé et très bien relié. — S'adresser à M. le docteur Halma-Grand père, à Orléans.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

BIU Santé

Sommaire

I. P. Duroziez : De la digitale. — II. Bibliothèque : Teignes et teigneux. Histoire médicale. Hygiène publique. — De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants. — III. Revue des Journaux : Du rétrécissement congénital de l'aorte descendante. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

De la digitale

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 juin 1886

Par P. Duroziez.

Jusqu'où peut-on ralentir le pouls sans déterminer d'accidents importants? Quelles sont les doses correspondantes des diverses préparations ?

Le chiffre du pouls varie pour chaque état pathologique du cœur et n'est pas le même que pour l'état physiologique. Tous les pouls baissent devant la digitale; mais, pour amener un pouls à 30, il faudra des doses très différentes, suivant que l'individu sera bien portant, aura une insuffisance aortique ou un rétrécissement mitral; s'il est bien portant, il faudra l'empoisonner.

Il faut connaître le pouls normal de chaque état pathologique; tout ralentissement qui ramène le pouls à ce chiffre est favorable, tout ralentissement qui va en dessous est inutile et nuisible.

Nous ne donnons donc pas l'observation suivante comme un modèle à imiter; nous montrons les inconvénients des fortes doses qui agissent en sens opposé de nos désirs, et nos fortes doses sont peut-être considérées par d'autres comme des doses faibles ou au moins modérées. Nous n'avons pas eu besoin d'aller très loin pour trouver la route barrée.

Le sujet de notre étude est le nommé Azembert, âgé de 14 ans, atteint de rétrécissement et insuffisance aortique, d'insuffisance mitrale. Nous avons administré pendant sept mois, avec quelques intermissions, la digitale sous différentes formes à doses variées pendant des temps variés. Le pouls normal chez lui était 90, régulier, vibrant. Le malade entre le 25 janvier.

Le 27. — On donne 3 granules de digitaline d'Homolle et Quévenne.

Le 28. — Le pouls est à 80, régulier, bondissant. 3 granules.

Série de 4 granules. — On donne 4 granules pendant dix-sept jours, du 29 janvier au 16 février.

Du 30 janvier au 6 février, le pouls reste régulier et bat en moyenne 97.

Du 6 février au 11, il bat en moyenne 101. La respiration oscille entre 36 et 40.

Le 14, soir. — Pouls 100, très régulier. Resp. 32. Bon appétit.

Le 15. — Pouls 78, géminé. Resp. 32. Quelques minutes après, pouls à 108, régulier, non géminé. Il se plaint de perdre son appétit.

Le 16. — Pouls assez irrégulier, tantôt géminé, tantôt simple. A la radiale, 64; au cour, 80. Resp. 48.

Le 17. — Pouls 78, géminé, un peu irrégulier. Resp. 48. Cephalalgie. Perte d'appétit. Il urine 600 grammes. On supprime les granules.

Série de 3 granules (2 ou 3 jours). — Le 18 février. — Il n'a pu se coucher avant une heure du matin à cause des palpitations. Pouls 110, régulier, non géminé. Resp. 44. 3 granules.

Le 19. — Pouls 100, irrégulier. Resp. 44. Palpitations.

Le 20. — Pouls 92, un peu plus régulier. Resp. 48. 3 granules. Saignée, 2 pal. Suppression des granules.

Le 22. — Saignée 2 pal. Vent. scar. 2 pal. région précordiale et à droite en arrière.

Le 23. — Pouls 104. Respiration et résonnance meilleures. Saignée de 2 pal. Vési-

©BIU Santé

catoire sur la région précordiale. Diète. — Soir : Pouls 104. Resp. 45. Râles sonores et sous-crépitants en avant.

Le 24. — Abattement. Chaleur brûlante. Diète.

Le 25. — Pouls 84.

Le 26. — Pouls 79. Moins de palpitations. Appétit.

Le malade reste deux mois sans prendre de digitale. Le pouls, ayant en moyenne 95, monte en suite à 107, mais il a repris sa régularité. La respiration est en moyenne à 40. L'urine mesure le plus souvent 400 grammes. Le malade va, vient, se trouve bien, à quelques palpitations près. La digitale n'a rien laissé derrière elle; il est évident qu'à la dose de 4 granules trop longtemps prolongée elle est nuisible.

Série de 3 granules. — Du 24 avril au 7 mai, on donne 3 granules. Le pouls reste régulier, en moyenne à 85. L'urine mesure en général 1 litre. Le malade a de l'oppression tous les soirs et a moins d'appétit que lorsqu'il ne prenait pas de digitaline.

Le 7 mai, le pouls est à 80. L'oppression a été forte la veille au soir. Peu d'appétit. 4 granules. Saignée de 2 palettes.

Série de 2 granules. — Du 8 mai au 15, le malade prend 2 granules. Le pouls remonte à 89 en moyenne. Le malade se trouve bien et a peu d'oppression. L'appétit est bon. La dose de 2 granules est bonne.

Série de 3 granules. — Du 15 au 26 mai, on donne 3 granules. Le pouls est en moyenne à 93 et reste régulier. L'urine mesure 1 litre. Peu d'oppression. Appétit bon.

Série de 4 granules. — Il prend 4 granules du 26 au 29.

Le 26 mai. — Beaucoup d'étouffement hier soir. Pouls, 92; régulier. 4 granules.

Le 27. — Encore de l'étouffement hier. Urine, 500 grammes. 4 granules.

Le 28. — Urine, 400 grammes; elle diminue à mesure qu'on augmente la dose de la digitaline. Quelques crampes d'estomac.

Le 29. — 2 granules.

Le 30. — Pouls, 88; régulier. Urine, 1 litre.

Poudre de digitale. — Poudre de digitale, 0,40.

Le 31. — Pouls, 92; régulier, vibrant. Palpitations modérées, pendant la marche seule. Faiblesse d'estomac. Urine, 1 litre. Poudre, 0,30.

Le 1er juin. — Pouls, 80. Quelques intermittences. Poudre, 0,30.

Le 2. — Pouls, 64; régulier, développé. Anorexie, nausées. Somnolence. Urine, 500 grammes. Pas de poudre.

Le 3. — Pouls, 64; régulier. Le malade se trouve mieux. Les nausées sont moindres. Il sent l'odeur des pilules chaque fois qu'il a une nausée. Pas de poudre.

Le 4. — Pouls, très irrégulier, tantôt à 100, tantôt à 68. Pas de nausée. Poudre, 0,10.

Le 5. — Pouls, irrégulier, tantôt à 100, tantôt à 80. Pas de nausée. Bon appétit. Bon sommeil. Poudre, 0,20.

Le 6. — Pouls, très irrégulier. Le malade se plaint de ses pilules qui lui donnent des nausées. Urine, moins d'un litre.

Digitaline, 4, 5 et 6 milligr. — Digitaline, 0,004.

Le 7 juin. — 4 granules.

Le 8. — Urine, 1 litre. 4 granules.

Le 9. — Pouls, 96; régulier. Urine, 1 litre. 5 granules.

Le 10. — Pouls, 68; très irrégulier. Pas de nausée. Assez bon appétit. Urine, 250 grammes. 5 granules.

Le 11. — Pouls, tantôt à 60, tantôt à 80, tantôt régulier, tantôt irrégulier. Pas de nausée. Bon appétit. Bon sommeil. Urine, 1 litre. 5 granules.

Le 12. — Pouls irrégulier, tantôt à 72, tantôt à 84 et plus. Urine, moins d'un litre. 6 granules.

Le 13. — Pouls, 56; presque régulier. Quelques nausées. Il va bien du reste. 5 granules.

Le 14. — Pouls, 60; régulier. Deux vomissements bilieux. Il n'a rien mangé. Urine, 250 grammes. 2 granules.

©BIU Santé

Le 15. — Pouls, 63; inégal, irrégulier, géminé; la seconde pulsation est aussi forte que sa première. Pas de vomissements; il a bien mangé sa portion. Urine, 500 grammes. 2 granules.

Le 16. — Pouls, 50; régulier. Palpitations beaucoup moindres. Nausées. Céphalalgie. Urine, 500 grammes.

Suppression de la digitaline. — Le 17 juin. — Pouls très irrégulier; tantôt précipité, tantôt ralenti, tantôt simple, tantôt géminé. Cependant, dit-il, il ne palpite pas. Puis, pouls régulier à 92. A peine de la céphalalgie. Pas de nausée. Appétit revenu. Bonne nuit. Urine, 1 litre.

Le 18. — Pouls, 58; presque régulier. Il dort. Étouffement cette nuit. Urine, 500 gr.

Le 19. — Pouls, 80; irrégulier. Bien. Urine, 1 litre.

Le 20. — Pouls, 92; régulier. Bien. Urine, 1 litre.

Le 21. — Pouls, 100; régulier. Très bien.

Jusqu'au 10 juillet. — Pouls, 84, 88.

Tisane de digitale. — Du 13 au 17 juillet. — Pouls, 100. Poudre dans 1 litre d'eau, 0,50; infusion d'une heure.

Le 18. — Poudre en infusion, 0,75.

Le 19. — Pouls, 92; régulier. 0,75.

Le 20. — Somnolence. 0,75. (Le malade n'a pas pris régulièrement sa tisane.)

Le 21 — Quelques nausées.

Le 22. — Pouls, 100; régulier.

Teinture éthérée de digitale. — Le 27 juillet. — Teinture éthérée, 30 gouttes, comptées au goulot.

Le 28. — *Idem.*

Le 29. — Pouls, 98. Le malade se trouve bien. Les palpitations sont moindres. Moins d'oppression. 30 gouttes.

Le 30. — 30 gouttes.

Le 31. — Pouls, 100. 50 gouttes.

Le 1er août. — Pouls, 100. Appétit très bon. 50 gouttes.

Le 2. — 90 gouttes.

Le 3. — Pouls, 100; régulier. 90 gouttes.

Le 4. — Pouls, 92; régulier. Bon appétit. Plus tard, pendant qu'il dort, pouls, 68; irrégulier, en chiquenaude. 120 gouttes.

Le 5. — Pouls, 84; régulier pendant le sommeil. 80 gouttes.

Le 6. — Le malade dort et a constamment envie de dormir. Pas de teinture.

Le 7. — Pouls, 78. Encore un peu d'assoupissement.

Le 8. — Pouls, 98. Le malade est levé depuis quelque temps. La somnolence a cessé.

Le 9. — Pouls, 102.

Le 10. — Pouls, 90; très irrégulier.

Le 12. — Pouls, 110, 84, 96; très irrégulier.

Le 13. — Pouls, 75; très irrégulier. Céphalalgie. Dort au moment de la visite.

Le 14. — Pouls, 74, 78, 82. Assez bien. Pas de céphalalgie.

Le 15. — Pouls, 88.

Le 16. — Pouls, 101.

Le 17. — Pouls, 96; très irrégulier.

Le 18. — Pouls, 103; irrégulier.

Le 19. — Pouls, 94.

Le 21. — Pouls, 90.

Le 22. — Pouls, 93.

Le 23. — Pouls, 100; régulier. Très bien. Bonne mine.

Le 24. — Pouls, 90; régulier.

Les préparations employées par nous dans cette observation sont la digitaline (première manière) d'Homolle et Quévenne, obtenue sans chloroforme, la poudre de digitale en pilules, la tisane de digitale, la teinture éthérée de

©BIU Santé

digitale. Les médicaments ont été préparés par Quévenne et administrés par nous. La tisane seule que nous voulions faire prendre par portions n'a pas été prise devant nous ; le malade a dû nous avouer qu'il l'avait prise incomplètement.

Les préparations, poudre, tisane et teinture éthérée venaient de la même poudre. Elle était d'un beau vert et avait une odeur forte. Essayée par le procédé Falken (abondance du précipité produit dans l'infusion par le cyanure ferroso-potassique), elle a fourni un précipité abondant. Une infusion concentrée de la même poudre, abandonnée à elle-même, n'a pas tardé à se troubler et à fournir un dépôt abondant.

Pour la teinture éthérée on s'est servi d'éther à 54° Baumé, température 15° C, dont on a employé les proportions du codex (1851), 30 grammes de poudre pour 120 grammes d'éther, et on a laissé macérer quinze jours en agitant plusieurs fois par jour. La teinture obtenue renfermait 7.60 d'extrait pour 100 de poudre employée.

La tisane a été préparée en faisant infuser pendant une heure la quantité de poudre prescrite, dans un litre d'eau bouillante et agitant de temps à autre.

Equivalents des différentes préparations. — Quévenne, d'après les expériences faites sur lui-même, assimile 1 milligramme de la digitaline ancienne et 7 ou 8 centigrammes de poudre de digitale de très bonne nature. Or il prend huit fois quatre granules et une fois six granules sans accidents trop graves. Puis il prend trois fois 0,20 de poudre et cinq fois 0,30 et il n'entre en convalescence de la maladie qu'il s'est imposée que dix jours après avoir cessé son expérimentation. Pour que sa théorie fût juste, il eût dû prendre 3 grammes de poudre correspondant aux 38 granules qu'il a pris ; il n'a pris que 1,40 de poudre et il a été très malade. Ce ne sont donc pas 8 centigrammes qui correspondent à 1 granule, pas même 4 centigrammes, mais peut-être 2 centigrammes. 6 centigrammes de poudre correspondaient à 3 granules. Il s'agit de bonne poudre.

Dans l'observation précédente, notre malade prend 17 jours de suite 4 granules et il a, il est vrai, des accidents que nous rapportons à la digitaline ; mais, ayant pris une fois 0,40 et deux fois 0,30, il est arrêté par les vomissements ; d'un côté, 68 granules, de l'autre, 1 gramme de poudre ; 1 granule correspondrait à 1 ou 2 centigrammes de poudre.

Si nous comparons les doses qu'il a fallu employer pour arriver à peu près au même ralentissement, nous voyons qu'avec une fois 40 centigrammes et deux fois 0,30, nous obtenons un pouls à 64 ; avec trois fois 5 granules nous n'avons que 70. Nous montons un jour à 6 granules, le pouls descend à 56 et quelques jours après à 50 ; les vomissements nous ont arrêté. Il est donc très important de ne pas pousser les doses ; 40 centigrammes de poudre, 5 ou 6 milligrammes de digitaline sont de grosses doses. On a dit que la nouvelle digitaline d'Homolle et Quévenne obtenue à l'aide du chloroforme est deux fois plus forte que l'ancienne ; nous n'en croyons rien ; 3 granules de la nouvelle seraient une très grosse dose, ce qui n'est pas.

Pour la teinture éthérée, Quévenne propose, comme équivalent de 1 milligramme de l'ancienne digitaline amorphe, 0,80 représentant 30 gouttes comptées au goulot. Notre malade prend de 30 à 120 gouttes, l'équivalent de 1 à 4 granules. L'effet sur le pouls est analogue à celui de 5 granules, et

©BIU Santé

non de 4; et, de plus, nous avons noté, sous l'influence de la teinture éthérée, un assoupissement que nous ne trouvions pas avec la digitaline; il faut remarquer que les gouttes comptées au compte-gouttes sont moitié de celles comptées au goulot; on prescrirait 1 et 2 grammes de teinture éthérée.

Nous ne pouvons comparer ici la tisane de digitale aux autres préparations; le malade la prenait incomplètement. Les 0,50 et 0,75 par litre prescrits étaient trop forts; le malade redoutait la tisane comme les pilules.

Action des émissions sanguines. — Des émissions sanguines importantes ont été employées ici. Elles ont été bien tolérées, et ont été utiles au petit malade.

Des accidents pleuro-pneumoniques et endocardiques étant survenus à la suite de l'administration, pendant dix-sept jours, de 4 granules (nous ne pouvons affirmer la relation de cause à effet), on a fait trois jours de suite une saignée de 250 grammes et une seule application de ventouses scarifiées de 250 grammes. Plus tard, à la suite de l'administration de 3 granules pendant treize jours et 4 granules un jour, nous avons fait une saignée de 250 grammes, l'oppression étant trop forte, et encore une fois le petit malade fut soulagé.

On voit que les émissions sanguines sont bien tolérées.

Ralentissement du pouls. — Ici, le pouls était très difficilement ralenti par la digitale; 4 granules ne suffisaient pas à la tâche. Ce n'est que parce que nous cherchions les doses de ralentissement que nous sommes parvenu à l'obtenir; il a fallu arriver aux accidents. La digitale ne ralentit le pouls qu'à certaines doses qui varient beaucoup suivant les cas. Le ralentissement, comme il est d'habitude, a été le plus prononcé après la période d'administration; il y a donc pendant l'administration un mélange d'accélération et de ralentissement; le pouls est ralenti par les doses des jours précédents et accéléré par la dose du jour présent; quand il n'y a plus d'accélération nouvelle, le pouls baisse de plus en plus et se maintient plus bas que la normale un nombre de jours d'autant plus grand que sa période d'administration a été plus longue et que les doses ont été plus fortes. L'accroissement du ralentissement du pouls après la cessation du médicament indique que la digitale a été donnée à trop fortes doses.

Notons enfin qu'il y a deux degrés de ralentissement, celui qui ramène le pouls à son chiffre normal, chiffre qui varie suivant les états pathologiques, et celui qui fait baisser le pouls au-dessous de ce chiffre en quelque sorte normal. Pour réaliser le premier, l'effort est bien moins grand que pour réaliser le second. Ici, des doses toxiques ont été nécessaires pour abattre le pouls. On ne doit employer que des doses modérées.

Quand on compte le pouls, il faut tenir note du matin et du soir, de la digestion, de la position du malade, qui est dans son lit ou qui se promène, du temps écoulé depuis la prise de la digitale, de l'état de veille ou de sommeil. Il faut compter le pouls du cœur, toutes les contractions du cœur ne se communiquant pas à la radiale. Enfin, il y aurait avantage à compter le pouls veineux, l'oreillette battant quelquefois plus souvent que le ventricule. Il y a des palpitations de l'oreillette comme du ventricule. Les deux ventricules ne se contractent pas toujours sur du sang; un ventricule peut se contracter à vide. On voit donc que le phénomène est plus complexe qu'on ne croit.

©BIU Santé

Régularisation du pouls. — Une des propriétés les plus importantes de la digitale est la régularisation des battements du cœur; nous disons du cœur et non pas de la radiale, parce que le pouls radial peut être régulier, tandis que le pouls cardiaque sera régulièrement irrégulier. Nous nous expliquons. Si le cœur bat deux fois de suite, il battra irrégulièrement; mais, si la radiale ne reçoit pas la seconde impulsion du cœur, le pouls radial paraîtra régulier.

Quand le pouls est régulier à un certain moment, est-il probable qu'il le sera constamment? En d'autres termes, on prend un tracé après l'administration d'un médicament, il indique un pouls régulier; le tracé qu'on aurait pris quelques minutes après, aurait-il indiqué aussi un pouls régulier? Ceci est douteux; les variations du pouls sont très grandes. Il faudrait prendre de nombreux tracés.

Dans le cas présent, le pouls étant naturellement régulier, devenait irrégulier, sous l'influence des fortes doses de digitale.

Une forme très curieuse d'irrégularité est celle dite pouls géminé, qui consiste en une pulsation radiale forte et une pulsation qui devient de plus en plus faible jusqu'à manquer, et cependant le cœur bat; le ventricule droit seul se vide pour la deuxième révolution, pendant laquelle on constate le pouls veineux. On pourrait appeler le pouls géminé, pouls digitalique; on a dépassé la dose utile.

Respiration. — L'action est la même sur la respiration que sur le pouls. Ici la respiration est toujours accélérée et ne descend pas au-dessous de 36, elle est à 40 en moyenne pendant la période d'abstention. Quand le pouls devient très irrégulier sous l'influence de 4 granules trop longtemps prolongés, elle monte à 50 en moyenne.

Urine. — Ce malade restait toujours au-dessous de la moyenne, jamais il n'a dépassé 1 litre. Pendant la période d'abstention pour cinquante jours pendant lesquels nous avons noté les urines chaque jour, nous trouvons en moyenne 620 grammes, les chiffres variant entre 400 et 1,000.

Les doses de 3 granules ont donné le chiffre le plus fort, 950 en moyenne.

Puis les doses de 2 granules, 890 en moyenne.

Les doses de 4 granules font descendre le chiffre à 530.

La période des fortes doses, 4, 5 et 6 granules, se termine par 250, 400 et 500; l'urine, d'abord à 1,000, avait diminué; l'anurie relative apparaissait.

Pour la poudre, nous trouvons en moyenne 750, et, pour la teinture éthérée, 1,000.

En somme, il a été mauvais pour les urines de forcer les doses; mais 2 et 3 granules ont produit plus que l'abstention.

Un point essentiel est que le chiffre des urines dépasse le chiffre des boissons, qu'il faut toujours mettre en face du chiffre des urines.

Quand le chiffre des urines ne monte plus, il faut supprimer la digitale, on marche vers l'anurie.

Dans l'observation suivante, relative à une femme atteinte d'insuffisance mitrale avec rétrécissement modéré, nous voyons la digitale produire tout son effet; il s'agit de trouver la dose convenable. Nous avons employé la digitaline à des doses variées, la poudre de digitale en pilules, les lavements d'infusion.

©BIU Santé

Nous ne pouvons supprimer longtemps la digitale, sans que la fréquence et l'irrégularité deviennent extrêmes. D'un autre côté, quand nous l'administrons trop longtemps et à trop forte dose, nous voyons apparaître les mêmes accidents que quand nous la supprimons. Nous avons trouvé les accidents, parce que nous les cherchions.

Nous avons essayé l'administration de 2, 3, 4 et 5 granules par jour pendant des espaces de temps variés ; nous donnons le résumé :

5 granules. — Elle prend 5 granules pendant trois jours, mais à la suite d'une série de 4 granules. Le pouls qui était à 80 géminé, vient à 88 géminé, puis à 76 géminé. Anorexie. Nausées. Névralgie intercosto-brachiale. Céphalalgie. Faiblesse très grande. Insomnie. Il y a tous les signes d'une intoxication forte. Le pouls ne baisse pas plus qu'avec 4 granules.

Séries de 4 granules. — Elle prend 4 granules pendant neuf jours. Le pouls tombe de 140 à 72 ; mais névralgie intercosto-brachiale et toux continuelle. Dose trop forte.

Pendant sept jours. — Le pouls, qui était à 80, assez développé, géminé presque régulièrement, reste à 80, géminé. Anorexie. Névralgies.

Pendant cinq jours. — Le pouls, qui était à 76, baisse à 66 après la première dose, et se relève à 80.

Pendant cinq jours. — Le pouls, qui était à 96, assez régulier, vient à 66 comme précédemment. Hémicranie. Eblouissement. Névralgie. Toux. Anorexie.

Pendant quatre jours. — Le pouls, qui était à 66, vient après la première dose à 56, puis à 76. Anorexie. Etouffement. Névralgie.

Pendant deux jours. — Le pouls vient à 72. Toux. Palpitations Oppression. Nausées.

Pendant un jour. — Le pouls de 92 géminé irrégulier vient à 90 assez régulier. Bon appétit.

Pendant un jour. — Le pouls de 62 monte à 72, irrégulier, géminé.

En somme la dose de 4 granules est trop forte.

Séries de 3 granules. — Pendant treize jours. — Le pouls de très irrégulier, très fréquent vient à 64, avec quelques irrégularités. Bon état. Dose bonne.

Pendant douze jours. — Le pouls de 130 irrégulier vient à 66 régulier. (On l'a noté à 57 presque régulier.) Dose bonne.

Pendant trois jours. — Le pouls de 150 très irrégulier vient à 92.

Pendant deux jours. — Le pouls de 96 très irrégulier vient à 72.

Pendant un jour. — Le pouls de 90 assez régulier vient à 96 assez régulier.

La dose de 3 granules est bonne et peut être prolongée.

Série de 2 granules. — Pendant deux jours. — Le pouls de 72 régulier vient à 60 presque régulier.

Il est curieux de voir 2 granules agir de la sorte.

Périodes d'abstention. — Pour trente-deux jours. — Le pouls, qui était à 66 régulier, vient très irrégulier, très fréquent.

Pour vingt-huit jours. — Le pouls de 78 irrégulier monte à 150 très irrégulier.

Pour quinze jours. — Le pouls de 76, presque régulièrement géminé, monte à 130 irrégulier.

Pour douze jours. — Le pouls de 76 un peu irrégulier monte à 120 étroit, irrégulier.

Pour sept jours. — Le pouls de 72 monte à 96 très irrégulier.

Pour six jours. — Le pouls de 72 descend à 63, ralentissement posthume.

Pour trois jours. — Le pouls de 60 vient à 66.

Pour trois jours. — Le pouls de 60 presque régulier monte à 76.

Pour deux jours. — Le pouls monte de 60 à 82 très irrégulier.

Pour un jour. — Le pouls à 92 reste à 92.

Ces chiffres sont intéressants et montrent l'utilité de la digitale dans ce cas.

Poudre de digitale, 0,30 et 0,20. — Série de 0,30 (4 jours). — A la quatrième dose, les nausées apparaissent. De 120 le pouls descend à 72, plus développé, plus régulier.

0,20 (2 jours). — Les nausées continuent. Anorexie. La malade supplie qu'on supprime la poudre. Le pouls est à 78.

A 0,20 la poudre est trop forte.

Lavements avec 0,30. — La malade prend huit lavements avec une infusion contenant 0,30, qu'elle ne garde pas plus de 10 minutes. Le pouls de 72 descend à 60. L'appétit est troublé. Coliques. Diarrhée. Douleurs de ventre.

Quand le pouls est inégal, irrégulier, la digitale employée à doses modérées rend de signalés services ; mais nous n'obtenons pas dans l'insuffisance mitrale les pouls très ralentis du rétrécissement mitral. Il faut reconnaître que le ralentissement est considérable, puisque nous descendons de 180 à 56.

Chez le nommé Calot, 51 ans, tailleur de pierres, atteint de rétrécissement mitral considérable constaté à l'autopsie, le pouls de 60 tombe à 26. 28 sous l'influence de doses de 0,30 d'extrait alcoolique de digitale et à 30 sous l'influence de 40 gouttes (comptées au goulot) de teinture alcoolique de digitale, ce qui représente à peu près 80 gouttes au compte-gouttes, un gramme trente-trois centigrammes.

80 gouttes équivalent donc à peu près à 0,30 d'extrait alcoolique.

Or, ces 80 gouttes sont loin de contenir 0,30 d'extrait ; elles ne contiennent pas dix centigrammes d'extrait.

Il faut donc admettre que dans la teinture alcoolique de digitale il y a autre chose que de l'extrait alcoolique, il y a un autre produit très actif. On ne peut pas juger de l'activité de la teinture d'après la quantité d'extrait qu'elle contient.

BIBLIOTHÈQUE

TEIGNES ET TEIGNEUX. HISTOIRE MÉDICALE. HYGIÈNE PUBLIQUE, par M. H. FEULARD. Paris 1886; G. Steinheil.

L'auteur de ce mémoire inaugural n'a pas eu l'intention de donner une monographie complète des teignes. Laissant de côté les chapitres de l'anatomie pathologique et de la clinique, il a voulu écrire l'histoire épisodique de ces affections à travers les âges, mettre en relief les variations de l'opinon sur leur nature, et exposer l'hygiène du teigneux depuis Guy de Chauliac jusqu'à nos jours.

A cet effet, il en appelle aux documents hospitaliers, aux rapports des Conseils de revision, aux statistiques militaires et aux registres de l'Assistance publique, et termine la première partie de son mémoire à la période des découvertes micrographiques. Ensuite, il montre dans toute son étendue l'œuvre de Bazin à l'hôpital Saint-Louis, discute la nature de la pelade et de la teigne faveuse, critique en observateur impartial les médications anciennes et modernes. La thérapeutique est donc le couronnement de ce mémoire aussi remarquable au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

Chemin faisant, M. Feulard raconte comment on hospitalisa les teigneux du XVIe au XIXe siècle, expose les conditions actuelles dans lesquelles ils sont traités à Paris et dans les principales villes de province, puis termine par des statistiques dont les chiffres sont consolants; ils établissent, en effet, la diminution croissante du favus en France et permettent légitimement de prévoir le jour où il aura disparu par l'organisation de la médecine dans les campagnes, et l'extension de l'inspection médicale à tous les établissements scolaires. Dans ce but, l'installation d'écoles de teigneux paraît désirable, car on peut conclure avec M. Feulard que, surtout en ce qui concerne le favus, qui doit à jamais et bientôt disparaître de notre pays, vouloir c'est pouvoir.

La thèse inaugurale de notre confrère intéresse donc les hygiénistes et les économistes au même titre que les dermatologistes; nous lui prédisons le plus légitime succès. — C. E.

©BIU Santé

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES CHEZ LES ENFANTS, par M. MONCORVO. Paris 1886; G. Steinheil.

Une opinion généralement accréditée attribue l'éléphantiasis aux sujets ayant atteint l'âge adulte ou tout au moins la puberté. C'est contre elle que notre confrère de Rio-de-Janeiro proteste dans ce mémoire où sa plume infatigable donne une preuve nouvelle de la sagacité clinique avec laquelle il poursuit son œuvre professorale.

Dans un premier groupe de 24 observations personnelles, M. Moncorvo mentionne 12 cas d'éléphantiasis chez des enfants du sexe masculin et 12 autres cas chez des filles; les uns et les autres âgés de 15 jours à 14 ans. Vingt d'entre eux appartiennent à la race blanche et 4 seulement étaient des métis. De plus, circonstance anatomique digne de remarque, onze fois l'éléphantiasis siégeait sur la jambe droite, cinq fois sur la jambe gauche et quatre fois sur les deux membres inférieurs.

Ce n'est pas tout, l'habile clinicien relève 17 observations d'adultes, dont l'histoire lui est connue tout entière et dont la maladie remontait à l'âge de 2 à 12 ans. Au total, voici donc 41 cas d'éléphantiasis de l'enfance qui ont été trouvés dans une série de 183 cas traités à la policlinique ou dans le service de dermatologie de l'Université de Rio-de-Janeiro. Ces statistiques montrent que l'éléphantiasis date de l'enfance vingt-six fois sur cent, évaluation différente de celle de Warning qui estime cette proportion à 16 p. 100. Elles prouvent aussi l'existence de l'éléphantiasis dans tous les pays.

Ces conclusions semblent être décisives. Désormais ce point d'étiologie est acquis, et on ne saurait trop louer M. Moncorvo de la patience d'observation et du sens clinique qui font de ce travail un des meilleurs de l'année 1886 dans la littérature médicale brésilienne. — C. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Du rétrécissement congénital de l'aorte descendante, par le docteur E. BARIÉ. — Le rétrécissement congénital de l'aorte descendante est une affection rare (91 cas connus), qu'on rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme et qui coïncide assez souvent (38 p. 100) avec d'autres malformations congénitales. Il siège vers l'extrémité de la crosse, un peu au-dessous de l'artère sous-clavière gauche et dans un point correspondant au niveau de l'abouchement du canal artériel. Généralement unique, quelquefois double, le rétrécissement peut être brusque ou graduel, et présente un aspect variable; sa longueur est, en moyenne, de 20 millimètres, la lumière du vaisseau, plus ou moins rétrécie, peut être obstruée au point de ne pouvoir laisser passer une soie de porc ou un stylet, ou bien on peut y introduire facilement une sonde de trousse et même le petit doigt. Le segment aortique situé au-dessus du rétrécissement est dilaté et peut présenter l'aspect d'une véritable poche anévrysmale; le segment inférieur se dilate aussi fréquemment. Il en est de même des gros vaisseaux qui émergent de la crosse aortique. Aussi la circulation de la tête et des muscles supérieurs est conservée, sinon plus active, tandis que le cours du sang dans le thorax, l'abdomen et les membres inférieurs se trouve restreint par la sténose aortique; mais l'irrigation sanguine de ces dernier se trouve assurée par la voie des collatérales (sous-clavière et ses branches) qui se développent parfois considérablement. Du côté du cœur, il se produit une dilatation des cavités avec hypertrophie fréquente du ventricule gauche.

Le rétrécissement congénital de l'aorte descendante peut passer complètement inaperçu pendant la vie; c'est alors une trouvaille d'autopsie; chez d'autres, il existe certains signes qui permettent de le reconnaître, mais il n'entraîne aucun trouble fonctionnel; d'autres malades, plus nombreux, présentent le syndrome clinique des cardiopathies chroniques. Toutefois les bruits de souffle peuvent avoir une grande valeur quand leur siège maximum existe, non plus dans la région précordiable comme dans les affections cardiaques ordinaires, mais dans la région dorsale gauche, vers la troisième ou quatrième vertèbre dorsale. On peut constater d'autres bruits de souffle, généralement systoliques et présentant une intensité remarquable, le long des gros vaisseaux

©BIU Santé

pulsatiles, à trajet flexueux, que l'on trouve autour de la cage thoracique. Le pouls présente aussi des caractères très importants; très manifeste dans les artères des membres supérieurs et de la tête, il est parfois à peine perceptible ou manque tout à fait dans l'aorte abdominale et les artères des membres inférieurs; lorsqu'il existe, le pouls crural est en retard sur le pouls radial.

La marche et la durée de l'affection sont des plus variables et subordonnées à la résistance du muscle cardiaque. Certains malades deviennent de véritables cardiaques et finissent comme tels; d'autres meurent brusquement emportés par la rupture de quelques gros vaisseaux, de quelque dilatation anévrysmale ou même du cœur; d'autres, enfin, succombent à la suite de maladies diverses ayant un rapport plus ou moins éloigné avec l'affection première (tuberculose, pneumonie, dysenterie, etc.),

Aussi le pronostic est-il des plus variables; il est à noter, toutefois, que les troubles fonctionnels sont en général peu marqués, et que l'affection est bien supportée, puisqu'un certain nombre de malades exerçaient des professions pénibles; plusieurs même purent atteindre la vieillesse, et l'un d'eux mourut à 92 ans; la durée moyenne de la vie serait de 34 ans.

Le diagnostic est évidemment des plus délicats. Les tumeurs du médiastin, les anévrysmes de l'aorte, toutes les causes de compression intra-thoracique de l'aorte, pourront en imposer pour un rétrécissement congénital. Néanmoins, la lenteur de l'évolution, la coexistence d'autres anomalies de développement, l'opposition considérable qui existe entre la circulation sus-diaphragmatique et celle de la région sous-diaphragmatique, la présence de gros vaisseaux sinueux et pulsatiles avec bruits de souffle, seront en faveur du rétrécissement congénital de l'aorte descendante. Quant à la pathogénie de cette affection, bien qu'un grand nombre de théories aient été émises à son sujet, elle semblerait due, d'après Barié, à une oblitération prématurée du canal artériel qui, par son retrait exerce, une traction sur l'isthme aortique auquel il s'insère et en empêche l'évolution physiologique. (*Revue de médecine*, avril, mai, juin 1886.)

Dr E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend une lettre de remerciements de Sir James Paget (de Londres) récemment élu associé étranger.

M. Ernest Besnier présente, au nom de MM. Doyon et Spillmann, un exemplaire de leur traduction de l'ouvrage de M. Hermann Weber sur la *Climatothérapie*.

M. Léon Le Fort met sous les yeux de ses collègues un exemple d'une maladie assez rare et difficile à diagnostiquer, le *Dragonneau* ou *filaire de médine*, qu'il a eu l'occasion d'observer sur un ancien soldat de la marine.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le Secrétaire perpétuel signale une lettre de M. Senelle, notaire à Prey-sur-Marne, relative à un legs fait à l'Académie de médecine par feu le docteur Bourceret qui lègue par testament la somme nécessaire pour la fondation à perpétuité d'un prix de 5,000 francs à décerner chaque année à l'auteur du meilleur ouvrage sur la circulation du sang.

M. Jules Rochard lit le rapport de la commission de l'alcool. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère l'alcoolisation du vin comme nuisible ; mais pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, elle ne croit pas devoir s'opposer à la pratique du sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucres cristallisés.

SBIU Santé

2° Elle émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures pratiques les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

3° Elle propose d'abaisser de 15 à 12 degrés la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe.

4° Considérant que les eaux-de-vie et les liqueurs sont d'autant plus dangereuses qu'elles contiennent une plus grande proportion d'alcool supérieur, elle pense que les eaux-de-vie de consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs ne doivent jamais contenir au maximum plus de 1 p. 100 de cet alcool.

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Après quelques courtes observations de plusieurs de ses membres, l'Académie décide que la discussion du rapport de M. Rochard aura lieu mardi prochain.

M. Planchon donne lecture d'une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales.

M. Charles Bouchard, en son nom et au nom de M. Charrin, présente deux animaux chez lesquels il a provoqué la production de la cataracte par l'usage interne de la naphtaline. Cinq animaux ont déjà présenté une semblable cataracte de trois à vingt jours après l'administration de doses quotidiennes de 1 gr. 20 à 1 gr. 60 de naphtaline par kilogramme d'animal. Ce sont des doses seize fois supérieures aux doses adoptées pour l'administration de la naphtaline chez l'homme.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commissions de prix pour l'année 1886.

Ont été nommés membres de ces commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Trélat, Legouest et Léon Le Fort.
Prix Amussat. — MM. le baron Larrey, Verneuil, Lannelongue.
Prix Barbier. — MM. Goubaux, Marc Sée et Villemin.
Prix Buignet. — MM. Gavarret, Bouchardat et Gariel.
Prix Capuron. — MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier.
Prix Civrieux. — MM. Ball, Bucquoy et Siredey.
Prix Desportes. — MM. Féréol, Hayem et C. Paul.
Prix Godard. — MM. Charcot, Bourdon et Peter.
Prix Herpin. — MM. Ricord, Cornil et Trasbot.
Prix Huguier. — MM. Gosselin, Cusco et Tarnier.
Prix Laval. — MM. Vulpian, Sée (Germain) et Panas.
Prix Louis. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Lagneaux.
Prix Monbine. — MM. Bergeron, Gallard et Besnier.
Prix Portal. — MM. Laboulbène, Hérard et Vallin.
Prix Saint-Paul. — MM. Empis, Labbé et Colin (Léon).
Prix Stanski. — MM. Luys, Polaillon et Leblanc.
Prix Vernois. — MM. Roussel, Brouardel et Proust.

— A quatre heures vingt minutes, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Siredey sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bouchard; en deuxième ligne, M. Damaschino; en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en quatrième ligne, M. Dugué; en cinquième ligne, M. Dieulafoy; en sixième ligne, M. Sanné.

FORMULAIRE

Solution et poudre contre la vaginite. — Sinéty.

Acide phénique cristall.....	1 gramme
Sous-nitrate de bismuth.....	6 grammes

©BIU Santé

Glycérine pure.....	25	—
Eau distillée.....	100	—

F. s. a. une solution, dont on imbibe des tampons pour combattre la vaginite. — Dans le cas de vaginite chronique, le docteur Martineau projette sur toute la surface du vagin, à l'aide d'un insufflateur, la poudre suivante :

Acide salicylique.....	30	grammes
Farine de blé.....	50	—
Gomme pulv.....	10	—

Mêlez. — N. G.

COURRIER

La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mercredi 3 novembre 1886, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration général de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux. Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du lundi 19 juillet au samedi 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août 1886, dernier délai.

— Une médaille d'argent de première classe a été accordée à M. Rauzier, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier, pour son dévouement et ses services pendant l'épidémie cholérique de Pignans, en 1885 ; a déjà obtenu une médaille d'honneur pour sa belle conduite lors du choléra de 1884.

Nécrologie. — Prat (J.-M.) est mort à Paris le 27 juin, dans sa 65e année, à la suite d'une longue maladie. Fils d'un médecin de l'hôpital Saint-Antoine, il s'était adonné à l'étude des sciences naturelles et biologiques et avait travaillé pendant longtemps au Muséum d'histoire naturelle avec Gratiolet. Il appartenait à presque toutes les Sociétés scientifiques de Paris et jouissait de l'estime de tous.

— Nous apprenons également la mort de MM. les docteurs Sarry, à Paris ; Caussé (Séverin), professeur à l'école de médecine de Toulouse, décédé à Albi le 15 juin, à l'âge de 83 ans ; Laudier (de Paris).

Société de médecine de Paris. — Séance du 10 juillet 1886. — *Ordre du jour.* — 1. M. Dehenne : Un mot sur le manuel opératoire de l'avancement musculaire. — 2. M. Gimbert (de Cannes) : Etude du dernier lazaret terrestre de la frontière italienne des Alpes-Maritimes. — 3. Discussion sur la communication de M. Duroziez : De l'emploi de la digitale dans les maladies du cœur.

Dans l'anémie essentielle, dans la chloro-anémie, nous devons avoir recours à un ferrugineux physiologique, si possible, en quelque sorte tout élaboré ; aussi se trouve-t-on très bien de l'emploi de la *liqueur de Laprade* à l'albuminate de fer qui n'a rien à emprunter pour son absorption aux sucs digestifs d'un estomac le plus souvent délabré.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Barthélemy : Syphilis héréditaire tardive. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Causerie.

Syphilis héréditaire tardive,

Par le docteur Barthélemy (1).

L'activité du professeur Fournier ne se lasse pas; voici un nouveau livre sorti *de toutes pièces* de sa plume. Ce maître donne à tous le grand exemple d'une volonté rare, d'un labeur incessant, d'une observation pénétrante et sans cesse en éveil.

La *Syphilis héréditaire tardive*, voilà le titre de cet ouvrage, exposé dans le beau et limpide langage dont le professeur est coutumier et que les médecins apprécient tant. Un nouveau livre de Fournier constitue à la fois un événement médical et un fait littéraire; car, par de telles lectures, on se sent l'esprit charmé et agrandi tout ensemble.

Toute manifestation d'une syphilis de provenance héréditaire venant à se produire au delà des deux ou trois premières années, que ce soit le premier accident de tous ou seulement un des épisodes de la série, rentrera dans le cadre de ce qu'on peut appeler conventionnellement la syphilis héréditaire tardive. Depuis longtemps étudiée en Angleterre, cette question majeure, jusqu'ici trop délaissée chez nous, s'impose dès maintenant à tous les cliniciens.

La vérole frappe parfois ses premiers coups longtemps après la première enfance, c'est-à-dire pendant la jeunesse, voire l'âge adulte. Presque toujours les lésions ainsi produites sont méconnues dans leur nature et rapportées à la scrofule, à la scrofulo-tuberculose, au rhumatisme, à l'alcoolisme, etc. Or, il est pratiquement de la plus impérieuse urgence de savoir rapporter tous ces accidents à leur cause véritable, à la cause spécifique; la

(1) La *Syphilis héréditaire tardive*, par A. Fournier. Paris, 1886, G. Masson, 650 pages, avec 31 figures par Forgeron.

FEUILLETON

CAUSERIE

L'Opium, *récits d'un poète français au Tonkin*,

Par M. Paul Bonnetain.

Molière disait que l'opium fait dormir *quia virtus habet dormitivam*. Molière ne connaissait, comme les médecins de son temps, que les propriétés dormitives de cette drogue, parce qu'ils ne connaissaient ni le Tonkin, ni les fumeurs d'opium. Depuis, nous avons changé tout cela ; nous savons que l'opium a bien d'autres vertus ; non seulement il fait dormir, mais il fait rêver ; non seulement il produit le sommeil, mais il l'accompagne d'hallucinations, voire même de cauchemars ; d'un désespéré d'amour, il fait un bienheureux ; d'un amoureux, un fou (pardon du pléonasme, il paraît que l'un ne va pas sans l'autre) ; d'un indifférent, un ardent, et d'un simple journaliste, un héros. Si vous en prolongez l'usage, toujours à dose de plus en plus forte, il vous conduira dans la dyspepsie ; de la dyspepsie, dans la bradypepsie ; de la bradypepsie, dans l'apepsie ; de l'apepsie, dans l'anémie, et de l'anémie, dans la mort, où vous aura conduit votre folie.

Tout cela vous sera expliqué tout au long, si vous prenez la peine (je dis la peine comme je dirais le plaisir, puisqu'il n'y a pas de plaisir sans peine, et réciproquement quand il s'agit d'un livre intéressant) de lire le nouveau livre que vient de publier

©BIU Santé

guérison est à ce prix, mais elle est à peu près certaine. On est donc mal venu à se plaindre de ces « importuns, de ces incessants empiètements de la vérole »; il faut, au contraire, les considérer comme des progrès, puisque, grâce à eux, on peut guérir des cas qui, jusque-là, résistaient à toute thérapeutique.

Rappelons encore que la diathèse héréditaire a pu rester, dans certains cas, latente, absolument silencieuse, jusqu'à 8, 12, 15, 16, et même 24 ans; on en trouvera des observations aussi entourées que possible de garanties. Et, en effet, contractée à n'importe quel âge et de n'importe quelle façon, la syphilis est toujours la syphilis : une vérole contractée à 20 ans peut donner lieu à des accidents vingt-cinq ans et plus après son début; pourquoi donc la vérole contractée *in utero* serait-elle incapable de se comporter comme la syphilis de contagion extra-utérine? Dans d'autres faits cliniques, non moins authentiques, les manifestations de la syphilis héréditaire se sont échelonnées et ont été suivies depuis l'âge de 3 mois jusqu'à l'âge de 28 ans.

Sans doute, beaucoup de symptômes sont absolument identiques dans la vérole acquise et dans la vérole héréditaire, et ces symptômes identiques ont servi de jalons pour ainsi dire; toutefois, il faut se souvenir combien est actif le virus de la syphilis, qu'il pénètre et imprègne l'économie avant même la plus tendre enfance, au moment même de la formation des tissus et alors, en tout cas, qu'ils n'ont encore qu'une résistance insuffisante. De la fusion intime des particules virulentes et des cellules embryonnaires et de leurs réactions réciproques, il peut résulter des modifications, des arrêts de développement, des déviations du type normal; et c'est, en effet, ce qui a lieu. De là des modalités pathologiques particulières, si différentes de ce qu'on voit faire ordinairement dans la syphilis acquise, de ce qu'on la sait produire sur l'adulte, qu'il n'est pas surprenant que ces symptômes aient été longtemps méconnus dans leur spécificité.

Il est donc des signes communs à toute syphilis et d'autres qui sont spéciaux à la syphilis d'origine héréditaire. La réunion de ces signes constitue

---

M. P. Bonnetain, l'*Opium*. Vous y verrez comment on devient fumeur d'opium, comment on vit quand une fois on a contracté cette fâcheuse habitude, mille fois plus tyrannique que celle du tabac, et comment on finit par perdre, l'une après l'autre, toutes les brillantes qualités qui font un poète, jusqu'à la vie inclusivement.

La donnée du livre est très simple. Le poète Marcel Deschamps rompt avec une femme qu'il aimait; c'est un névropathe d'ailleurs; il vit beaucoup par l'imagination, il ne peut détacher sa pensée et ses désirs de l'objet aimé, et, pour oublier, il se fait envoyer au Tonkin, comme chancelier par intérim du consulat de France, à Hanoï. En chemin, il cherche vainement à oublier; son esprit lui retrace toutes les scènes les plus affectueuses de sa tendre liaison,

L'absence ni le temps ne font rien quand on aime

jusqu'au jour où il rencontre sur le paquebot une belle passagère qui accompagne son mari au Tonkin. Un clou chasse l'autre, et bientôt la photographie de Blanche efface jusqu'au dernier souvenir de Claire. Mais Blanche s'arrête en route, par suite d'un contre ordre donné au mari, et Deschamps arrive au Tonkin seul, hanté maintenant par le désir de voir et d'avoir Blanche, car sur le paquebot tout s'est passé en flirtations. Dès lors, la vie de Deschamps n'est plus qu'un combat entre la pensée de Blanche et ses efforts pour l'oublier; il appelle à son secours les distractions de la vie de garnison, l'ivresse, et, de guerre lasse, l'opium.

La vie d'un fumeur d'opium, si nous en croyons le récit très minutieusement détaillé,

la certitude clinique; mais, chacun d'eux, pris isolément, n'est ni constant ni pathognomonique. Ensemble, ils constituent la *pathologie hérédo-syphilitique*; c'est pourquoi Fournier les passe en revue les uns après les autres dans autant de chapitres qui forment la charpente même de son livre. Nous les résumerons rapidement :

1° *Constitution, habitus, facies, etc.* — Les hérédo-syphilitiques, dans la forme typique, sont en général de constitution délicate ou débile, chétive même, de teint grisâtre, presque terreux; ils ne présentent jamais le facies ni l'habitus des scrofuleux.

2° *Retard, imperfection, arrêt de développement physique.* — Ces sujets ont grandi lentement, marché, fait leurs dents, parlé tardivement. Leur croissance s'effectue péniblement, avec une lenteur frappante, comme si elle était entravée par un vice organique, par une sorte de nutrition insuffisante. Finalement, ils restent petits, étriqués, *infantiles*, et n'offrent qu'une virilité relative et tardive, ou bien, par exemple, un utérus, des seins, des régions génitales incomplètement développés; toutes choses qu'on peut résumer en disant que la syphilis produit, au total, un abâtardissement de l'individu, une dégénérescence de la race.

3° *Difformités crâniennes et nasales.* — Le front est d'une proéminence excessive en hauteur, en largeur et en avant. En France, on le qualifie d'*olympien;* en Angleterre, de *ventru*. D'autres fois, le front est bosselé; les bosselures occupent la hauteur moyenne du front, sont bilatérales, symétriques, égales entre elles. D'ailleurs, le front peut être bosselé verticalement sur la ligne médiane (front en carène). Exemple : deux frères hérédo-spécifiques ont, le premier, les bosselures latérales; l'autre, le front en carène. Les bosselures peuvent siéger sur les pariétaux (crâne natiforme de Parrot).

Mentionnons encore l'asymétrie crânienne, l'hydrocéphalie signalée dès longtemps par Fournier et plus récemment étudiée, entre autres, par Bar (thèse de Paris, 1881).

Quant au nez, il peut être de forme normale; mais, parfois aussi, il est

---

trop peut-être, de M. Bonnetain, n'a rien de bien gai; toujours rêvant, toujours à côté de la vie réelle, cherchant dans la griserie de l'opium la réalisation de ses rêves, toujours maussade, incapable d'aucun travail sérieux, d'aucun effort pour s'arracher à ses rêves ou à sa funeste habitude, tel est M. Deschamps devenu opiophile ; il faut, pour l'arracher à l'opium, l'espoir de l'arrivée de son amie; son espoir est déçu, il retombe dans sa manie; puis l'amie arrive, et adieu la manie pour quelque temps. Alors, autre déception, mais cette fois pour un motif que je n'ai jamais pu deviner, quelque acharnement que j'aie mis à me creuser la cervelle. Au grand désespoir des deux amants, leurs relations restent forcément platoniques. Marcel, qui veut savoir pourquoi, interroge, mais « éperdu, navré, incapable de réunir deux idées, plus troublé qu'elle, il comprenait mal, saisissait ça et là des allusions vagues à l'inutile maternité qui avait suivi son mariage, la laissant prédisposée au mal... A Saïgon, l'épreuve la trouvait anémiée..... Elle ne s'était pas soignée au début... » Bref, à la suite d'un avortement, il est resté une affection qui empêche Blanche d'appartenir à Marcel, celui-ci n'y comprend rien, pas plus que moi d'ailleurs, supplie le médecin de la malade, un vieil ami à lui, de trahir le secret professionnel ; le médecin cède, dans l'espoir de guérir radicalement l'amoureux de sa folie, et lui montre des gravures et lui fait lire quelques lignes d'un ouvrage de médecine. Marcel, épouvanté à la vue de quelque chose, « d'une bête monstrueuse qui le regardait la gueule ouverte », s'écrie : « Ainsi, c'est cela, docteur ! C'est vrai? Elle n'est plus femme ? »

Qu'est-ce que cela peut bien être ? Sans doute, je ne puis blâmer M. Bonnetain, puis-

enfoncé, littéralement effondré dans son étage supérieur, retroussé consécutivement par la pointe; ou bien affaissé dans son étage inférieur, déformation que Fournier caractérise exactement du nom de *nez en lorgnette*. Certains cas de cette dernière variété datent de la première enfance, quelquefois même de la vie intra-utérine, et sont peut-être le résultat de malformations atteignant le nez, comme dans d'autres cas elles atteignent les dents.

4° *Difformité osseuse du tronc et des membres.* — Là aussi, la syphilis héréditaire peut laisser son estampille ineffaçable marquée par des intumescences des os longs. Epiphyses : « extrémité supérieure des tibias, têtes du radius et du cubitus, malléoles, extrémité antérieure des côtes (nodosités pseudo-rachitiques), coudes; » — diaphyses : « dactylites, tibias, os *révélateurs par excellence* de la syphilis héréditaire, comme les appelle Fournier, qui insiste sur leur disposition en *lame de sabre de cavalerie* (courbure à convexité antérieure avec aplatissement latéral) et leur incurvation pseudo-rachitique. » Ces lésions, parfois isolées, sont plus souvent peut-être multiples et portent alors sur tous les os similaires, côtes ou vertèbres, par exemple.

Or, si ces déformations costales ou rachidiennes, par une coïncidence que la clinique rencontre souvent réalisée, se trouvent associées à ces altérations d'origine spécifique qui troublent la consistance, la forme des os et d'une manière générale leur nutrition (cuisses courbées, tibias arqués, thorax en carène, crâne natiforme ou asymétrique, gibbosités, etc.), on assiste à un tableau pathologique qui ressemble étrangement au rachitisme. Il faut lire, à la page 51, l'éloquente et énergique protestation de Fournier contre la légèreté avec laquelle ont été traitées et jugées dans ces derniers temps les nombreuses et patientes recherches de Parrot. Sans admettre les conclusions absolues du regretté professeur, Fournier réclame, pour les combattre, une série d'observations et de nécropsies et non des faits isolés ou des affirmations plus ou moins vives.

---

qu'il avait à décrire quelque chose d'horrible, d'avoir jeté un voile épais sur ces horreurs et de n'en laisser voir que de vagues contours; mais encore aurait-il dû en laisser apercevoir assez pour que les gens du métier pussent comprendre de quoi il s'agissait. Dans *Pot-Bouille*, Zola, qui pourtant ne craint pas de dépeindre la nature dans toute sa nudité, avait déjà employé cet artifice pour nous expliquer une particularité de la vie d'un de ses héros; il avait fait appel également à une affection incurable survenue chez sa femme à la suite d'un accouchement et dont la propriété était d'empêcher la malade d'être encore une femme. Je me suis encore demandé alors quelle pouvait bien être cette maladie, qui d'ailleurs permettait à la femme de vivre sans que personne en aperçut le moindre symptôme, et je n'ai pas été plus heureux dans mes recherches.

Mais, voilà : sans cette fiction, Marcel n'aurait pas été désespéré; n'étant pas désespéré, il n'aurait pas fumé l'opium; n'ayant pas fumé l'opium, il n'aurait pas eu l'occasion d'analyser ses sensations, ni M. Bonnetain celle d'écrire son livre, ce qui eût été dommage. Donc, il fallait inventer une catastrophe qui empêchât à tout jamais Blanche d'être femme.

Cette fois, c'est bien fini. Après l'écroulement de ses illusions, le poète retombe plus que jamais dans sa fumerie d'opium; il veut quitter Hanoï, faire la guerre avec le corps expéditionnaire, se faire tuer; aussi est-il d'une bravoure étonnante, d'autant plus que a griserie de l'opium se mêle à celle de la poudre, à la vue du carnage, des morts, des blessés; il charge comme un preux de l'ancien temps, à pied, en tête d'une colonne, n'ayant pour toute arme qu'un revolver qui lui sert de casse-tête, car il frappe les Chi-

Pour Fournier, le rachitisme n'est pas directement créé par la syphilis: il n'est qu'un résultat du trouble général infligé à l'organisme par la syphilis, Cette infection produit le rachitisme au même titre que la débilitation native, les dystrophies, les malformations dentaires, les arrêts de développement, etc. Et s'il n'est pas douteux que le rachitisme atteigne des sujets indemnes de syphilis, il n'est pas moins vrai que le rachitisme est incomparablement plus fréquent chez les hérédo-syphilitiques que chez les enfants sains.

5° *Cicatrices de la peau et des muqueuses.* — Des cicatrices larges, arrondies, à contours polycycliques, en arcades ou en demi-cercle, serpigineuses, ou bien petites, mais serrées et disposées en un groupe circonscrit à la façon d'un coup de grains de plomb, ayant des sièges particuliers (régions lombo-fessières, cicatrices crurales postérieures, commissures des lèvres, ailes du nez, voile du palais, pharynx); des cicatrices ayant de tels caractères, dis-je, sont, non pas pathognomoniques, mais extrêmement précieuses pour le diagnostic rétrospectif de la syphitis héréditaire.

6°-8° Viennent maintenant trois signes d'une importance capitale, signalés pour la première fois par un éminent observateur (1865), auquel Fournier rend un juste hommage en conservant la dénomination de *triade d'Hutchinson*. Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont, quoique inconstants, véritablement particuliers à la syphilis héréditaire. Quand ils existent réunis, ils sont pathognomoniques, puisque aucune maladie, et la syphilis acquise elle-même, ne produisent rien de semblable. La connaissance de la triade d'Hutchinson a d'ailleurs été déjà vulgarisée en France par les belles et retentissantes leçons que fit en 1883 Fournier sur le sujet même dont il donne aujourd'hui une étude didactique magistrale. Comme chacun sait, la triade d'Hutchinson est constituée par des *lésions de l'œil*, des *troubles de l'ouïe* et des *malformations dentaires*.

On trouvera exposés, dans le livre si sincère et si exact de Fournier, les détails de toutes ces altérations avec les importants développements qu'a

---

nois de la crosse; il entre le premier dans un fort emporté d'assaut; on le félicite, on le met à l'ordre du jour, on le décore; mais, l'excitation du combat terminée, il se rejette sur son opium, et fume tant, tant, qu'il est pris d'accidents bizarres qui le mettent à deux doigts de sa tombe. On le sauve, il refume; le temps passe; il voyage; il fume toujours, puis.... le malheur n'a pas d'histoire: de cauchemar en cauchemar, il tombe dans un réalisme dégoûtant, jusqu'au jour où un coup de pied de cheval lui casse la jambe.

Cet accident servit de prétexte à son ami le docteur pour essayer de le faire renoncer à l'opium, suivant la méthode de Lewinstein, c'est-à-dire par la privation brusque du poison. J'appris avec plaisir qu'après des accès de fureur terrible le calme était revenu; qu'au bout de trente-huit jours le malade ne songeait plus à sa pipe, et que, malgré le morphinisme chronique et une anémie extrême, la fracture avait parfaitement guéri dans le délai normal. Renvoyé à notre ami L.-H. Petit, qui a fait sur les blessures chez les morphiomanes des études restées malheureusement incomplètes, faute de sujets. Marcel pourra lui en servir. Autre parenthèse: tous les fumeurs d'opium n'ont pas aussi bien supporté la privation de leur drogue chérie, et précisément, pendant cette dernière campagne du Tonkin, des malheureux condamnés à la prison et séparés brusquement de leur habitude, sont morts des suites du traitement de Lewinstein. Je le tiens de l'ami de Marcel Deschamps lui-même, le commandant de Pontailly.

Aussi bien, la guérison de notre héros n'est pas radicale: qui a fumé fumera, aussi bien l'opium que le tabac. Après une période de guérison apparente, pendant laquelle

ajoutés à la proposition hutchinsonnienne l'observateur français beaucoup plus généralisateur (voy. p. 104) et plus synthétique, tant pour les lésions de l'œil et de l'ouïe que pour les malformations dentaires.

Nous mentionnerons seulement ici la kératite interstitielle qui, en dépit de dénégations peut-être plus passionnées que réfléchies, constitue un signe de syphilis héréditaire d'autant plus caractéristique que la vérole acquise ne porte pas atteinte à la cornée.

L'étude des altérations dentaires est particulièrement complète. Dans aucun traité, soit général, soit spécial, la question n'a été envisagée avec autant d'ampleur et de largeur d'idée.

Le retard de l'évolution dentaire, les caractères des dents dont les érosions, les malformations congéniales (microdontisme), l'amorphisme et la vulnérabilité, relèvent en somme de la défectuosité de développement imprimée par la syphilis au système dentaire, ne sont d'ailleurs que des *expressions localisées d'un fait plus général, du retard du développement physique chez les sujets affectés de syphilis héréditaire*. La dentition de lait, parfois influencée, est bien moins souvent compromise que la dentition permanente. L'amorphisme dentaire fait penser, ainsi que nous l'avons souvent entendu dire par des malades, voire par des dentistes, que les dents de lait ne sont pas tombées et n'ont jamais été remplacées par les dents de la deuxième poussée.

C'est à regret que nous ne donnons pas ici le résumé de toutes ces descriptions minutieuses. C'est pour bien fixer dans l'esprit les détails de ces altérations que sont particulièrement précieuses les belles et exactes figures exécutées par un artiste de talent, Alfred Forgeron.

9° Hutinel, en 1878, a montré la fréquence relative du sarcocèle hérédo-syphilitique. Traitée, cette lésion se résout et guérit même avec une facilité singulière. Non traitée, elle aboutit à une dégénérescence fibro-scléreuse, puis à une *atrophie testiculaire*.

Cette atrophie, observée et recherchée de longue date par Fournier, peut

---

il mène la vie de tous les officiers, ses camarades de garnison ou de voyage, il revient à ses anciennes habitudes, fume de plus en plus, mange de moins en moins, maigrit de plus en plus, s'anémie de même, et, comme il faut bien une dernière page à chaque livre, la dernière de celui de M. Bonnetain nous fait part de la mort de M. Marcel Deschamps. Le « regretté poète a succombé à une anémie arrivée à son dernier point et entretenue par l'usage de l'opium, qu'il avait contracté au Tonkin la fâcheuse habitude de fumer. »

Tout ce qui est relatif à l'action lente de l'opium sur le cerveau de Marcel est évidemment écrit de main de maître, et cette *physiologie du fumeur d'opium* pourra être lue avec profit par plus d'un médecin.

Que dirai-je maintenant du livre lui-même ? Que sa lecture m'a laissé une profonde tristesse, parce qu'il n'est pas gai ; que, d'autre part, les descriptions des hallucinations du poète sont décrites bien longuement : il lui faut 20 pages pour exprimer une idée ; c'est ciselé, fouillé avec art, il n'y a plus rien à ajouter, soit, mais c'est trop long. Est-ce parce que M. Bonnetain, comme Mme de Sévigné, n'avait pas le temps d'être court ? Alors, je lui pardonne, car, au fond, je suis sûr que ses descriptions ne porteront pas nos officiers à imiter Marcel Deschamps ni les autres camarades qui ont succombé aux tentations de l'opium. Pire que le tabac, presque plus terrible que l'alcool, l'opium, dit un des personnages du livre, anéantit le sens moral comme la volonté ; un officier, resté honnête jusque-là, reçoit un pot-de-vin d'un Chinois, s'aperçoit trop tard de son infamie et se brûle la cervelle ; un autre rend des comptes inexacts, on va l'arrêter

©BIU Santé

être un signe précieux pour le diagnostic rétrospectif de la hérédo-syphilis. Bien des fois, nous avons vu notre maître tirer grand profit de cette constatation, dont la signification jusqu'à lui n'avait pas été saisie, et il n'est que justice d'appeler cette lésion le *signe de Fournier*.

Dans d'autres cas, il n'y a pas atrophie parce que les testicules n'ont jamais été gros ; au contraire, il restent rudimentaires ; on dirait des testicules d'enfants sur des adultes. Sans doute la petitesse, le défaut de développement des testicules ou de la verge n'est pas un signe d'hérédité spécifique ; mais, on devra, en face de ce symptôme, penser à la syphilis héréditaire d'autant plus qu'il est généralement associé à d'autres lésions dystrophiques du même ordre et notamment à l'insuffisance et à la déchéance intellectuelles. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian donne lecture d'une note *Sur la persistance des mouvements volontaires chez les poissons osseux à la suite de l'ablation des lobes cérébraux.*

« M. Is. Steiner (d'Heidelberg) a publié au commencement de cette année une note très intéressante, relative aux résultats de l'ablation des lobes cérébraux chez les poissons osseux.

« D'après Flourens, l'ablation des lobes antérieurs chez les poissons ne déterminerait pas d'effets bien reconnaissables : « J'enlevai, dit-il, sur une carpe le premier « renflement (de l'encéphale). Les allures de l'animal ne parurent pas sensiblement « altérées.

« En 1854, je fus amené à m'occuper de la physiologie comparée de l'encéphale des vertébrés. Lorsque j'enlevais sur un poisson osseux les lobes considérés par la généralité des anatomistes comme les analogues des lobes cérébraux des batraciens, des reptiles, des oiseaux et des mammifères, je reconnus que la vue était manifestement conservée après l'opération. Les allures des poissons ainsi opérés me parurent tout d'abord n'avoir subi aucun changement ; mais, à la suite d'une étude plus attentive

---

quand Deschamps falsifie les comptes en sens inverse pour rétablir l'équilibre et comble le déficit de sa bourse. Si M. Bonnetain a assombri à dessein les couleurs de ces lugubres tableaux, dans le but de dégoûter nos compatriotes d'un nouveau vice qui pourrait baisser notre niveau moral, qu'il reçoive toutes nos félicitations.

J'ai laissé dans l'oubli quelques-uns de ces tableaux, qui ont trait aux mœurs du Tonkin et qui rappellent trop certaines scènes de *Charlot s'amuse :* J'espère qu'on ne m'accusera pas de pruderie ; ceux qui voudront les lire pourront le faire dans le livre, mais je ne puis les imposer à nos lecteurs habituels. Tout au plus puis-je les indiquer en un mot, qui sera le mot de la fin.

Un journal illustré représentait récemment une jeune dame couchée tout de son long à plat ventre sur son canapé (uue horizontale, par conséquent, vue de dos), accoudée et lisant un livre qui pourrait être l'*Opium*, d'après les passages auxquels je viens de faire allusion.

« Décidément, dit-elle, le naturalisme, c'est ce qui est contre nature. »

Simplissime.

©BIU Santé

des mouvements exécutés dans l'eau par ces animaux, je crus pouvoir conclure que ces mouvements avaient perdu tout caractère volontaire. « Le poisson opéré se meut en « ligne droite, ne tournant d'ordinaire d'un côté ou de l'autre que lorsqu'il rencontre un « obstacle, ne paraissant s'arrêter que sous l'influence de la fatigue. Il semble poussé à « se mouvoir par une nécessité impérieuse à laquelle il ne peut plus résister, nécessité « créée par des excitations qui naissent principalement du contact des téguments avec « l'eau...

« Les différents physiologistes qui ont fait des expériences du même genre ont interprété à peu près de la même façon les résultats qu'ils ont obtenus.

« Les faits publiés récemment par M. Steiner montrent d'une façon très nette que cette interprétation est inexacte, et il est facile de voir que les conclusions erronées qui avaient cours dans la science avant les recherches de ce physiologiste ont été tirées d'observations faites dans des conditions défectueuses.

« Dans les expériences auxquelles je fais allusion, on mettait à découvert l'encéphale d'un poisson osseux; on excisait les lobes cérébraux, puis on remettait aussitôt l'animal dans l'eau. Or, l'eau exerçait bien certainement une action nuisible, peut-être dépressive d'abord, certainement irritante dans la suite, sur les parties de l'encéphale laissées en place, à nu. Immédiatement après l'opération, le poisson, sous l'influence des troubles produits par le traumatisme, ou bien était excité, faisait des bonds dans l'eau, nageait violemment dans un sens ou dans un autre, ou bien il était affaibli, se renversait sur un des flancs, se redressant de temps en temps pour se laisser aller de nouveau sur un des côtés, puis il exécutait quelques mouvements plus ou moins vifs de locomotion et redevenait immobile. Cette première période, plus ou moins courte, suivant que l'opération avait été rapide ou lente et laborieuse, faisait place à une autre période pendant laquelle le poisson recouvrait plus ou moins complètement son équilibre, nageait plus tranquillement, et c'est pendant cette seconde période, d'une durée de deux à quatre ou cinq jours, que l'on pouvait étudier le caractère de ses mouvements. Puis survenaient de nouveau de l'agitation, de brusques mouvements qui jetaient parfois le poisson hors de l'eau, et enfin une période d'affaiblissement progressif précédait la mort. Les poissons survivaient rarement au delà de cinq à six jours. M. Steiner rappelle que M. Baudelot, en prenant la précaution de couvrir d'un peu de graisse l'encéphale des poissons qu'il opérait, avait pu les garder vivants pendant une semaine.

« La modification importante introduite dans cette expérience par M. Is. Steiner consiste dans l'occlusion de l'ouverture du crâne, avant que le poisson soit remis à l'eau,

« Il enlève avec une pince coupante une sorte de rondelle de la partie supérieure du crâne avec la peau qui la recouvre, et renverse d'avant en arrière cette rondelle sans la détacher; c'est-à-dire en la laissant suspendue pour ainsi dire au tégument de la partie intacte du crâne. Il retire le tissu adipeux qui cache l'encéphale et pratique l'ablation des lobes cérébraux; puis il rabat la rondelle crânienne sur l'ouverture, fixe par un point de suture le tégument qui la recouvre à la peau de la partie antérieure du crâne, et, quant aux bords de l'orifice, il les recouvre, après les avoir bien séchés, d'une couche de gélatine qu'il solidifie avec une solution concentrée de tannin. Le poisson est alors replacé dans l'eau courante.

« Les poissons survivent à l'opération dans ces conditions. Au moment où il publiait son travail, il avait sous les yeux trois poissons opérés depuis six semaines et pouvant être considérés comme guéris. C'est sur des chevaines (*squalius cephalus*) que ses expériences ont été faites.

« Un poisson ainsi opéré ne présente presque aucune modification de la manière d'être des poissons intacts de la même espèce, et cela presque dès les premiers moments après l'opération. Il exécute évidemment des mouvement volontaires. Si on lui jette une larve de mouche (asticot), il se précipite sur elle, la saisit avec sa bouche et l'avale; si la larve est jetée loin de lui, il la trouve facilement et s'en saisit. Si on laisse tomber dans l'eau un bout de ficelle d'une dimension à peu près semblable à celle de la larve, le poisson se précipite sur ce morceau, le prend dans sa bouche et le rejette aussitôt, ou bien il s'en détourne avant de l'avoir atteint.

©BIU Santé

« J'ai fait de nouvelles expériences sur le cerveau des poissons, en cherchant à empêcher, comme le recommande M. Is. Steiner, le contact de l'eau avec l'encéphale mis à découvert. Le procédé opératoire que j'ai employé est un peu différent de celui que cet expérimentateur a mis en usage.

« Sur des carpes vigoureuses, dont la tête était plongée de temps en temps dans l'eau pour entretenir l'hématose, j'enlève, au moyen d'une pince coupante, la région supérieure du crâne avec la peau qui recouvre cette région. Je fais sortir du crâne, avec une éponge ou un pinceau, le tissu mou, graisseux, qui remplit toute la partie de la cavité crânienne non occupée par l'encéphale, sans blesser les nerfs optiques. Avec un pinceau de blaireau, en frottant les lobes cérébraux, on parvient aisément à les détacher tous les deux, successivement ou ensemble; le pédoncule cérébral se rompt et chaque lobe cérébral est ainsi séparé tout entier du reste de l'encéphale, sans avoir subi la moindre altération; il ne tient plus qu'au lobule olfactif, par son long processus olfactif. La section de ce processus permet de faire tomber le lobe cérébral hors du crâne, et l'on peut s'assurer qu'il n'en reste pas la plus petite parcelle en avant des lobes optiques. Le passage du pinceau sur les lobes optiques et le tiraillement des pédoncules cérébraux, pendant qu'on cherche à enlever le cerveau proprement dit, provoquent des mouvements spasmodiques; la rupture des pédoncules détermine en général un fort soubresaut. On éponge un peu le fond du crâne, puis on y fait couler un mélange fondu de paraffine et de vaseline, à parties égales. Ce mélange doit être, au moment où on l'introduit dans le crâne, à une température voisine de celle de la solidification; à peine versé dans le crâne, il devient solide. On remplit ainsi la cavité crânienne jusqu'aux bords de l'ouverture faite avec la pince coupante. Il n'y a aucun signe de douleur, aucun mouvement, pendant cette partie de l'opération. Le poisson est alors remis dans l'eau.

« Il est un peu affaibli pendant quelques minutes se renversant sur l'un ou l'autre flanc; puis il se redresse, reprend son attitude normale, se met à nager régulièrement et quelquefois, dès le premier jour, il semble ne rester presque aucun trouble de locomotion. Parfois le poisson offre un peu d'excitation passagère les jours suivants; il peut même paraître assez malade au bout de cinq à six jours, mais il se rétablit rapidement et survit. J'ai eu soin de mettre les poissons dans l'eau courante, comme le recommande M. Steiner. Une des carpes que j'observe en ce moment est opérée depuis le 18 mars, c'est-à-dire depuis plus de trois mois. Le bloc obturateur, formé d'un mélange de paraffine et de vaseline, s'est détaché vers le milieu du mois de mai et l'ouverture du crâne tend à se fermer.

« Une autre carpe, opérée le 18 juin, n'a présenté que de bien faibles troubles du mouvement, pendant les quatre ou cinq premiers jours; elle paraît maintenant tout à fait bien portante. Le 21 juin, on jette à l'eau une ficelle munie d'un nœud à son extrémité libre et, en tenant l'autre extrémité, on approche le nœud du poisson. A une distance de $0^m,02$ ou $0^m,03$, il l'aperçoit, se précipite sur lui, le saisit en le humant pour ainsi dire et le tient serré entre ses mâchoires, si bien que, en tirant la ficelle, on amène la tête du poisson hors de l'eau. Un peu plus tard, le même jour, on laisse tomber dans l'eau de petits cubes d'albumine d'œuf cuite. Lorsque ces morceaux arrivent au fond de l'aquarium, à $0^m,03$ ou 0^m04 en avant de la carpe, elle se jette sur eux, les saisit et les avale.

« On a renouvelé depuis lors ces observations tous les jours. Les deux carpes, celle qui est opérée depuis trois mois comme l'autre, voient les morceaux de blanc d'œuf au moment où ils traversent l'eau de haut en bas, devant eux; elles les suivent et les saisissent, tantôt au fond de l'eau, tantôt avant qu'ils y soient parvenus. Elles exécutent, pour s'en emparer et les avaler, les mêmes mouvements que les carpes intactes qui vivent dans le même aquarium. Elles paraissent seulement voir de moins loin ces morceaux d'albumine cuite et les recherchent avec moins de vivacité et moins de persévérance dans tous les points du fond de l'aquarium; elles luttent, pour ainsi dire, quelquefois avec les carpes saines pour se saisir de ces morceaux.

« Il est certain qu'elles ne confondent pas aveuglément ces morceaux de blanc d'œuf avec d'autres corps blancs, de petits cailloux par exemple, qui sont au fond de l'eau.

La carpe qui, trois jours après l'opération, saisissait le nœud d'une ficelle, ne le happe plus avec sa bouche maintenant ; mais, quand on le fait approcher d'elle, elle s'en éloigne, en nageant à reculons, bien avant qu'il soit entré en contact avec elle.

« Ces expériences confirment donc complètement celles de M. Steiner. Elles m'autorisent à conclure avec lui que la volonté persiste chez les poissons osseux auxquels on a enlevé les lobes cérébraux ; que non seulement la volonté persiste, mais encore que les manifestations volontaires paraissent être tout à fait semblables comme forme à celle des poissons chez lesquels l'encéphale est intact.

« Ces expériences prouvent bien aussi, comme celles de M. Steiner, que la vue est conservée chez les poissons ainsi opérés ; mais j'ajoute, avec lui, que la persistance de la vue, dans ces conditions, était déjà chose démontrée. J'avais constaté ce fait dès 1864. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juin 1886. — Présidence de M. Fraignjaud, vice-président.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente.

A propos du procès-verbal, M. de Beauvais fait la rectification suivante : l'observation qui a été citée à la dernière séance, de la malade dont M. Dubuc et moi avons fait l'autopsie, a été relatée d'une façon inexacte. Après avoir trouvé le rein droit altéré, comme il a été dit, nous avons recherché avec le plus grand soin le rein gauche. Il nous a été impossible de le trouver; nous n'avons trouvé que l'uretère. Nous n'avons donc pu vérifier l'état du rein gauche; quelques années auparavant, la femme ayant eu une suppuration abondante du côté gauche, nous avons supposé que le rein avait pu disparaître dans cette suppuration. M. Reliquet pense que, puisque l'uretère existait, il y a présomption que le rein devait exister aussi. Mais alors nous aurions eu de l'urine pendant la vie, et il n'y en a pas eu. En outre, nous avons fait analyser le sang par M. Méhu, qui y a retrouvé les éléments de l'urine. J'ajouterai que, malgré les difficultés que nous avons rencontrées, nous avons fait l'autopsie avec le plus grand soin; outre M. Dubuc et moi, M. Rougon y assistait, ainsi qu'un élève en médecine.

M. Dubuc : Je me proposais de faire la même rectification que M. de Beauvais; car, en citant le cas que nous avions observé ensemble, j'ai parlé du rein droit, qui était énorme : nous n'avons rien trouvé du rein gauche, qui probablement était atrophié. J'ajouterai que le procès-verbal a rendu d'une façon inaxacte les paroles que j'ai prononcées, et il a eu le tort de réunir deux ordres d'idées qui devaient être séparées. J'avais dit d'abord combien il importe de faire un diagnostic exact avant de recourir soit à la néphrotomie, soit à la néphrectomie. Puis, dans le courant de la discussion, j'avais rappelé le fait que j'avais rencontré avec M. de Beauvais. Mais je n'avais pas établi le rapprochement que m'attribue le procès-verbal.

M. Reliquet : Dans le fait de MM. Dubuc et de Beauvais, l'état sain du bout de l'uretère ne permettait pas de croire à la disparition ou à l'atrophie du rein comme ils le croient; l'autre rein, très gros, plein de graviers, siège des douleurs et des coliques néphrétiques, peut parfaitement être seul la cause de l'anurie. Nous voyons une colique néphrétique unilatérale siégeant à gauche, par exemple, être accompagnée d'anurie complète et durer plusieurs jours, et jusqu'à douze jours et demi, ainsi que je l'ai observé. Il est très simple et très naturel de pouvoir affirmer que, si cette anurie dure plus longtemps, la mort peut arriver. Dans le fait d'anurie complète de douze jours et demi que j'ai observé, l'urine n'a reparu que pendant un véritable état éclamptique que je croyais absolument être le prélude de la mort. Le sujet a repris toute sa santé, et existe en bonne santé actuellement, dix-huit mois après son anurie.

Ce qui démontre encore qu'un rein sain, ou relativement assez sain pour satisfaire au besoin d'expulsion de l'urine, peut être annihilé par l'autre rein, c'est le fait d'anurie calculeuse que je vous ai communiqué il y a plusieurs années.Chez ce malade, la colique néphrétique était à droite; l'anurie a duré un peu plus de cinq jours; et, quinze à vingt jours après, il y a eu une légère colique néphrétique à gauche, suivie de l'éva-

©BIU Santé

cuation d'un petit gravier d'un volume très faible, comparé à ceux que ce vieux graveleux rendait habituellement.

Les faits d'affections rénales pour lesquels j'ai pratiqué la néphrotomie démontrent aussi que l'état de colique néphrétique peut survenir avec tout le cortège symptomatique de douleurs, vomissements, urines rares ou même presque nulles, etc.; que l'autre rein, quoique non altéré, peut ne pas fonctionner.

Dans un cas de cancer du rein gauche, chez un homme de 64 ans, où l'urine était de 60 c. c. à 200 c. c. pour vingt-quatre heures, aussitôt après le débridement largement fait du rein, les urines sont brusquement, le lendemain, de 1,200 c. c. et tous les accidents généraux de la colique néphrétique disparaissent.

Chez un homme de 40 ans, tout récemment avec M. le professeur Chauvel, j'ai ouvert un rein suppuré, un vrai rein chirurgical. Immédiatement les vomissements incoercibles disparaissent; le malade qui ne pouvait, et cela difficilement, supporter que de l'eau albumineuse avec un peu d'alcool ou de vin blanc, ne vomit plus, mange les aliments ordinaires, et sa fièvre disparaît. Dès le lendemain de l'opération, l'urine, qui, avant, était de 200 à 600 c. c. au maximum, et encore plus de la moitié était du pus, monte à 1,100 c. c. et reste à une moyenne de 1,300 à 1,500 c. c., et le pus, visible à l'œil nu, disparaît des urines.

Evidemment dans ces deux cas, cancer et abcès du rein, c'est l'autre rein qui fournit l'urine après l'opération; et évidemment c'est l'état douloureux du rein malade qui, avant l'opération, empêchait l'autre rein sain de fonctionner.

Dans ces deux faits, les injections faites dans les poches rénales par les plaies n'ont jamais passé par l'uretère dans la vessie. Il s'agissait d'affection du parenchyme du rein. Le contact au doigt des cavités ne donnait pas la sensation de surface dure, lisse, avec saillie dure des parois de la cavité rénale élargie par l'hydronéphrose, ainsi que je l'ai constaté sur une dame dont j'ai ouvert le rein gauche en 1880 avec M. Le Dentu. Chez cette malade, atteinte d'incrustation calcaire, par îlots, des parois de la vessie, le calcaire était du phosphate tribasique de chaux. En même temps, il y avait pyélite à gauche avec coliques néphrétiques dues à la descente, par l'uretère, de masse de plus en plus grosse de bourbillons muco-purulents chargés de graviers. Chez cette malade, après l'ouverture du rein, la quantité d'urine est remontée de 300 c. c. à 1,200, et tous les accidents généraux ont disparu.

Ainsi l'action du rein douloureux sur l'autre rein sain existe, et de ce qu'on trouve chez un sujet mort d'anurie un rein calculeux volumineux, altéré, et qui était le siège de douleurs néphrétiques, il n'est pas possible d'en conclure que l'autre rein était atrophié, malade, quand on ne l'a pas vu.

M. Dubuc: Je voudrais ramener la discussion à son point de départ. Je persiste à croire qu'il ne suffit pas qu'un rein soit malade et l'autre sain, pour qu'il puisse y avoir anurie complète et durable, suffisante pour amener la mort. Chaque fois qu'un malade meurt d'anurie calculeuse, il y a des lésions dans les deux reins: c'est ce que fait ressortir Merklen dans sa thèse. J'ajouterai que lorsque l'on fait la néphrectomie dans un cas de rein calculeux, on s'expose à trouver l'autre rein atrophié.

M. Richelot: Je voudrais simplement citer un fait qui démontre combien, quand on veut faire une néphrectomie, il importe d'avoir une notion exacte de l'état de l'autre rein. Dernièrement un de mes collègues opère une femme d'un rein flottant: elle souffrait de douleurs intolérables, et l'opération paraissait nettement indiquée. Elle fut faite. Jusque-là la femme avait été parfaitement bien portante. Aussitôt après l'opération, anurie complète, urémie, etc. A l'autopsie on constata que l'autre rein était kystique et ne pouvait fonctionner.

Après ces rectifications le procès-verbal est adopté.

La *Correspondance imprimée* comprend les journaux et revues de la quinzaine;

La *Revue des travaux scientifiques*, t. V, n° 12, du ministère de l'instruction publique;

Une circulaire du ministre de l'instruction publique au sujet du programme du Congrès des Sociétés savantes de 1887;

La *correspondance manuscrite* se compose :

D'une dépêche de M. Dehenne, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

D'une lettre de M. le docteur Millot-Carpentier, membre correspondant, accompagnant l'envoi du tome II de ses *Notes chirurgicales*, et demandant que son ouvrage devienne l'objet d'un rapport. M. Richelot est désigné comme rapporteur.

M. Gimbert (de Cannes), membre correspondant, assiste à la séance.

M. Duroziez lit un mémoire sur l'*emploi de la digitale dans les maladies du cœur*. (Voir l'*Union médicale* du 8 juillet 1886.)

La discussion de cet important travail est renvoyée à la prochaine séance.

Le Secrétaire annuel, Pellier.

COURRIER

Le monument de Ch. Robin. — Les amis et les disciples de Ch. Robin ont résolu de réunir par souscription les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui consacrât la mémoire du savant et du philosophe. Une somme importante a déjà été recueillie. En tête de la liste figurent les noms de plusieurs collègues de Ch. Robin, soit au Sénat, soit dans l'enseignement supérieur.

Les personnes qui voudront prendre part à cette souscription et recueillir des adhésions nouvelles sont priées de transmettre les fonds à M. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, qui a bien voulu se charger de les centraliser.

En tête de la liste se sont inscrits : MM. Goujon, 500 fr. Reliquet, Pouche, Albel, 100 fr. ; H. Rouen, 58 fr. ; docteurs Paulin, Delaporte, Championnière, Peter, Gimbert, 20 fr. ; Germain Casse, Hamy, 5 fr., etc...

— M. Gestin, directeur du service de santé de la marine à Toulon, passe président du conseil supérieur de la marine à Paris. — M. Dugué de Bernonville passe directeur de Paris à Cherbourg. — M. Bérenger-Féraud passe directeur de Cherbourg à Toulon.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort, au Tonkin, de M. le docteur Romanowski, médecin de la marine, âgé de trente et un ans, qui venait d'être nommé vice-résident d'une des provinces voisines d'Hanoï.

Hopitaux de Saint-Étienne. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garand, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 juillet 1886, à quatre heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des Référés: — *Ordre du jour :* 1. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — 2. Empoisonnement par l'ergot de seigle. — Rapport par M. Pouchet. — 3. Accidents toxiques dus à des pansements faits avec le sous-nitrate de bismuth. — Communication par M. Dalché. — 4. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. — Expériences par M. Valude. — 5. Sur le viol dans l'hypnotisme et les états analogues. — Communication par M. le docteur Gilles de la Tourette.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, le dimanche 11 juillet, entre Sevran et Villeparisis.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à 11 h. 20 m., pour la station de Servan.

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 Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Barthélemy : Syphilis héréditaire tardive. — II. Bibliothèque : Les herpès génitaux. — — III. Sociétés médicales des départements : Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse (1er trim. 1886). — IV. L'Epidémie cholérique de 1886. — V. Thérapeutique : De la régénération rapide des globules rouges du sang. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Syphilis héréditaire tardive (1),

Par le docteur Barthélemy.

Après les neuf principaux groupes séméiologiques précédents, Fournier signale encore quelques manifestations morbides moins constantes, plus banales, de moindre valeur par conséquent, à savoir :

a) *Des hypertrophies ganglionnaires* (cou, aines, abdomen, etc.), en chapelets multiples, parfois confluents, débutant dans l'enfance et qu'il ne faut pas croire indissolublement liées à la scrofule ou à la tuberculose.

b) *Des arthropathies chroniques*, consistant, soit en *hydarthroses* indolentes, compliquées d'épaississement chronique des tissus fibreux périarticulaires ; soit en *arthropathies déformantes* (coude, épaule, genoux, cheville) et *ostéophytes* développés sur la diaphyse ou sur les extrémités des os longs (tuméfactions épiphysaires, pseudo-tumeurs blanches syphilitiques, plastiques ou même suppurées).

c) La *polymortalité des enfants*, d'une part, dans les familles où les enfants présentent des érosions dentaires ; d'autre part, dans les familles syphilitiques, coïncidence significative. Rappelons d'ailleurs que Fournier a jadis bien démontré que la syphilis est, de toutes les maladies, celle qui produit le plus d'*avortements* et qui tue le plus d'enfants en bas-âge : 491 grossesses n'ont fourni que 109 enfants. Or, singulier rapprochement d'effets et de causes, la syphilis héréditaire a sur les grossesses et sur les naissances une même influence néfaste.

d) Enfin, voici le signe diagnostique majeur, celui qui, pour Fournier, constitue en l'espèce le *critérium par excellence*, à savoir l'*enquête sur la famille* (père et mère, frères et sœurs), pour le contrôle et pour l'authenticité du diagnostic : de là l'utilité des observations de ville, si patiemment et si consciencieusement accumulées par Fournier.

La *deuxième partie du livre* est plus instructive encore, si possible, que la première. Elle est remplie par la description de la *marche* et de l'*évolution de la syphilis héréditaire*, des éléments du diagnostic rétrospectif, par l'exposition des erreurs les plus fréquentes, par le pronostic, etc., tous enseignements fournis par les faits, et puisés dans 272 observations (251 entre 3 et 28 ans et 21 entre 28 et 65 ans, avec maximum de fréquence vers l'âge de 12 ans).

On trouvera à la page 186 un tableau des plus intéressants qui indique la nature et la fréquence relative des divers accidents auxquels est exposé tout sujet hérédo-syphilitique *non traité*. Voici le résumé de ce tableau qui constitue la table des matières pour ainsi dire de la seconde partie de ce volume :

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

Affections oculaires	101
— osseuses	82
— cutanées	53
Lésions de la gorge (voile du palais, spécialement	46
Symptômes d'ordre cérébral	42
Troubles de l'ouïe	40
Lésions nasales	26
Affections hépatiques	25
Lésions spléniques	15
Gommes sous-cutanées	14
Affections rénales	12
Lésions laryngées	10
Affections de la moelle	8
Lésions testiculaires	6
— pulmonaires	5
Arthropathies	5
Lésions des muqueuses génitales	5
— linguale	4
— des nerfs	4
Divers	15

C'est à regret que nous omettons tels et tels chapitres, à cause des nécessités même de cette analyse déjà trop longue. Toutefois, il nous est impossible de passer sous silence des symptômes tels que les suivants :

Lésions osseuses, de toutes variétés (82 sur 212 cas), qui sont si fréquemment attribuées à des douleurs de croissance, ou bien au rhumatisme, et cela d'autant plus que la plupart siègent autour des articulations, donnent des amyotrophies consécutives et s'accompagnent même parfois de lésions oculaires, conjonctivites, iritis, (*rheuma venereum* des anciens).

Lésions cutanées, si souvent rapportées à la scrofule (c'est à dessein que nous insistons encore sur ce point) et si longtemps traitées comme des scrofulides, comme des ulcérations scrofuleuses, comme des lupus, etc.

Lésions nasales, aboutissant à l'ozène, à l'effondrement du nez, à la perforation palatine, presque invariablement rattachées à la scrofule et jugées par conséquent comme peu ou très lentement curables.

Sarcocèles, *adénopathies*, mais surtout, *affections des centres nerveux*, entraînant des troubles mentaux sensitifs ou moteurs, de types variés, démences, paralysies, atrophie cérébrale, déchéance intellectuelle, névralgies, céphalées, convulsions, épilepsie, etc.

Nombre d'*états cérébraux de l'enfance* ou de l'adolescence, vaguement rapportés à des méningites ou à des encéphalites d'ordre commun, ne sont en réalité que des manifestations plus ou moins tardives d'un influence syphilitique héréditaire.

La *méningite tuberculeuse* surtout est remarquablement simulée par l'hérédo-syphilis cérébrale. Fournier en rapporte plusieurs exemples.

Toutes ces questions, que nous ne pouvons pour ainsi dire qu'énumérer, sont étudiées en détail et ont pour base des faits bien observés et capables d'entraîner la conviction.

La fin de cette importante deuxième partie est emplie par l'*étude des lésions viscérales qui relèvent de la syphilis héréditaire* et qui peuvent, c'est là le point capital à retenir, en constituer des manifestations tardives, parfois isolées, le plus souvent très prépondérantes.

©BIU Santé

La syphilis héréditaire est capable de réaliser, dans un âge plus ou moins avancé de la vie, des *pneumopathies* spécifiques (sclérose, pneumonie chronique, caverne, phthisie gommeuse hérédo-syphilitique) qu'il ne faut pas invariablement rattacher à la tuberculose, pour peu qu'on ait souci du vrai.

Sous la même influence se développent, du côté du *foie* aussi bien que du côté des *reins*, chez les enfants, chez les adolescents et même chez les adultes, des lésions scléreuses, scléro-gommeuses, amylo-gommeuses, dont les cliniciens devront à l'avenir tenir compte, au triple point de vue de l'étiologie, du pronostic et surtout du traitement; car, suivant que sera porté ou non le diagnostic étiologique, les malades guériront ou bien succomberont. Rappellerons-nous ces cas où une lésion hépatique (*foie ficelé et capitonné*) accompagnée d'ascite qui résistait à 13 ponctions, fut rapidement guérie par le traitement spécifique, ainsi que plusieurs cas d'albuminurie et de néphrites qui ne cédèrent qu'aux spécifiques.

Dans la troisième partie, Fournier établit un bien intéressant parallèle entre la *syphilis héréditaire tardive* et la *syphilis acquise de l'enfance*. C'est là la manière la plus péremptoire de combattre les objections qui s'élevaient contre des lésions dont la nature spécifique ne pouvait plus être niée. « C'est un acquêt, disait-on, et non un héritage! » Fournier en fait justice de par la clinique.

On voit quel vaste programme vient d'être rempli. Toute la pathologie, pour ainsi dire, a été envisagée, mise au point syphiligraphique et passée en revue. Par le fait de cet immense effort, il nous est donné de pouvoir jeter un coup d'œil d'ensemble sur la *syphilopathie* intégrale. On peut ainsi se rendre compte de la marche à travers l'organisme de la terrible diathèse, qui arrive à former à elle seule une véritable pathologie spéciale débordant à la fois sur la médecine et sur la chirurgie; commencée avec une érosion en apparence si bénigne, elle envahit peu à peu toute l'économie, pénètre, infiltre, imprègne le sang et tous les organes, *étendant ses ravages non seulement sur l'individu, mais sur la race!* Au point de vue de la pathologie générale, il n'y a rien de plus intéressant que d'assister à tous les désordres qu'imprime à la santé, comme par une expérience lentement réalisée, mais implacablement conduite, l'infection née de l'inoculation de quelques particules virulentes.

Voilà tout ce qu'on apprend dans le nouveau livre du professeur Fournier. Cette œuvre, par le labeur considérable qu'elle représente, par les services qu'elle rendra à la clinique, par les réels et pratiques progrès qu'elle réalise sur un sujet majeur, constitue un monument durable et de premier ordre qui fait à la médecine française le plus grand honneur.

BIBLIOTHÈQUE

LES HERPÈS GÉNITAUX, par P. DIDAY et A. DOYON. — Paris, G. Masson; 1886.

M. Diday est infatigable: en même temps que le beau *Traité pratique des maladies vénériennes*, dont nous avons tout récemment donné l'analyse, il publie avec notre éminent confrère d'Uriage cette importante monographie. On décrit sous le nom d'*herpès génitaux* des états morbides de nature très diverse. Le plus remarquable est celui que les auteurs nomment *herpès progénital vénérien récidivant;* venant après la chancrelle par ordre de fréquence, il présente un intérêt tout particulier en raison des aspects

©BIU Santé

variés sous lesquels il peut se présenter, des difficultés qu'offre souvent son diagnostic, de la complexité de ses causes et des questions de doctrine qu'il soulève. Il ne fallait pas moins, pour bien décrire cette petite affection, qu'une grande expérience des maladies vénériennes unie à des idées saines et élevées de pathologie générale; les auteurs ont su mener à bien cette tâche délicate. Leur œuvre est originale et restera classique.

Les chapitres dans lesquels sont étudiées les causes multiples et combinées de cet herpès attirent surtout l'attention. L'affection n'apparaît jamais qu'à la suite d'une des trois maladies vénériennes locales : la blennorrhagie, la chancrelle ou le chancre induré; parmi les sujets ayant cet antécédent, elle n'atteint que ceux qui sont dans certaine condition diathésique, celle que l'on dénomme (à tort) l'arthritisme; enfin, parmi les sujets qui présentent et ces antécédents et cette condition diathésique, elle ne survient que dans une certaine région, la génitale; dans une discussion pleine de faits, les auteurs établissent comment chacun de ces trois facteurs herpéto-génésiques est armé pour agir, et comment il agit.

Relativement à la nature de l'affection, ils ne craignent pas de se prononcer nettement en faveur du parasitisme; le seul fait qu'elle a tendance à se reproduire souvent chez le même sujet leur paraît impliquer l'existence d'un contage organisé; ce parasite dériverait de ceux qui représentent les principes générateurs des maladies vénériennes. Voilà, ce nous semble, un enfant qui pourrait naître de pères bien différents et nous attendrons, pour admettre cette filiation, les résultats des recherches que les microbiologistes ne peuvent manquer de faire à ce sujet.

Sous cette réserve, nous ne trouvons qu'à louer dans l'ensemble de ce travail : par le fond et par la forme, il fait honneur à ses auteurs et à la science française.

H. Hallopeau

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1886.

Les premières séances de l'année ont été consacrées à la discussion *sur le traitement de la pleurésie* et à mettre en comparaison les mérites du vésicatoire avec les avantages de la thoracentèse. M. Alix considère le premier de ces moyens thérapeutiques comme inutile, M. Jeannel rappelle les recherches de Woillez, démontrant son inefficacité au moyen de la mensuration thoracique; mais M. Guimier, toujours fidèle aux doctrines de Montpellier, défend l'emploi de la révulsion locale et de la révulsion à distance.

La thoracentèse possède un avocat convaincu dans M. Dazet. Il la proclame « le seul traitement de l'épanchement pleurétique, surtout dans les cas d'épanchements latents importants », et combat les reproches qu'on lui adresse, et, entre autres, ceux de provoquer la syncope et la bronchorrhée séreuse. A cette argumentation, M. Saint-Ange ajoute le témoignage de son expérience personnelle et déclare, avec raison, qu'à moins de dyspnée intense, on doit attendre la disparition de l'inflammation pour opérer, car la thoracentèse rend seulement service pour réduire ou faire disparaître l'épanchement que cette inflammation laisse après elle. Cet avis, il semble, est un peu celui de tout le monde.

Un cas de *dyspnée nerveuse d'origine goutteuse* a été, de la part de M. Bezy, l'objet d'intéressantes réflexions cliniques. L'accès survint après une émotion; pendant sa durée, la respiration consistait dans une expiration rapide et convulsive, en deux temps distincts, ressemblant à celle du début de la coqueluche. Peu de temps après, un accès de goutte franche vint confirmer le diagnostic de dyspnée goutteuse, que notre confrère avait fondé dès le début sur la forme même des troubles respiratoires. Au lieu d'être caractérisés par des convulsions des muscles thoraciques, ces troubles consistaient en spasmes laryngo-bronchiques pendant l'expiration seulement. Cette dyspnée serait donc de la catégorie de celles auxquelles on a donné le nom d'asthme de cause centrale.

Par sa communication relative à *dix cas d'érysipèle*, M. Jeannel fournit un document à

©BIU Santé

la doctrine aujourd'hui en faveur de la contagion de l'érysipèle. Il en démontre l'importation dans le milieu hospitalier par des malades venus du dehors; la nécessité de refuser aux cas extérieurs l'entrée des salles de chirurgie et l'efficacité de l'isolement et du traitement préventif de la contagion par le nuage phéniqué.

Ce n'est pas tout; M. Jeannel, dont le service chirurgical est très actif, démontre une fois de plus la puissance préventive du pansement antiseptique des opérés et des blessés. Sur 93 de ses opérés, 5 seulement furent pris d'érysipèle, et, dans les 5 cas, on ne pouvait mettre en doute une contagion venue de l'extérieur.

M. Jeannel adopte donc volontiers les doctrines microbiennes. Il n'est pas le seul à le faire dans la Société de médecine de Toulouse, comme on a pu en juger par un débat prolongé pendant plusieurs séances sur les *ptomaïnes* et les *microbes*. MM. Jeannel et d'Ardenne ont défendu avec talent les grandes découvertes microbiennes contemporaines contre les objections de M. Guimier.

C'est que M. Guimier est partisan de la doctrine de la spontanéité morbide et, avec un réel talent, expose des idées qui deviennent « chaque jour d'autant plus originales « que leurs défenseurs se font tous les jours de moins en moins nombreux ». Si on ne peut partager les convictions de notre éloquent confrère, on s'associe volontiers aux paroles où il rappelle le danger des esprits systématiques dans la science et la faiblesse des tentatives d'autocratie médicale dont Broussais donna l'exemple. Il en montre les dangers, car « l'orgueil de Broussais avait, écrit-il, un moment compromis la fondation « et, par suite, l'existence même de notre colonie africaine. Tout le monde y mourait, « emporté par l'impaludisme que le maître s'obstinait à traiter par les émissions san- « guines, comme une vulgaire irritation. La médication de Maillot osa s'émanciper du « règlement tyrannique de Broussais. Son tact de praticien sauva notre conquête avec « quelques grammes de quinquina ».

On le voit, le débat s'est élevé bien haut dans ce tournoi scientifique. C'est que Toulouse est toujours la ville du bien parler, M. Guimier l'a montré; elle est aussi celle du bien penser, à preuve les arguments développés par MM. d'Ardenne et Jeannel. C'est que, dans la cité de Clémence Isaure, il y aura toujours des voix éloquentes et des courages généreux pour résister aux coups d'Etat des grands et des petits Broussais, pour revendiquer la liberté de la pensée scientifique et aussi pour rendre un légitime hommage aux grandes découvertes d'un Pasteur. — C. E.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Dans l'espace de dix jours, du 30 juin au 10 juillet, le nombre des victimes du choléra italien s'est élevé au delà de 1,600 cas dont 830 environ ont été mortels. L'épidémie paraît donc s'aggraver, et cette aggravation a surtout été notée à Latiano (700 cas et 251 décès), à Francavilla (400 cas et 250 décès) et à San-Vito (170 cas et 60 décès).

A Brindisi, la mortalité reste considérable par rapport à la morbidité, l'une se chiffrant par 74 décès et l'autre par 110 cas. Dans les autres localités contaminées, Oria, Erchie Ostuni, Massagne, Cortigoro, Carovigno et Camacchio, les ravages de l'épidémie sont moins grands, autant qu'il est possible d'en juger par les dépêches et les renseignements officiels fort incomplets.

Néanmoins l'état sanitaire de Venise s'est amélioré; on a pu fermer le lazaret affecté aux cholériques, et, dans cette période, le nombre de cas a été réduit à 13 dont 9 mortels.

En Autriche, à Fiume, il ne se passe guère de jour où on ne constate 1 ou 2 cas suspects. Il en est de même à Trieste; de sorte que, dans sa marche, l'épidémie actuelle menace surtout de s'étendre sur la côte orientale de l'Adriatique. — C. L. D.

BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

De la régénération rapide des globules rouges du sang.

Le fer est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang (1).

Le sang d'un individu bien portant contient environ 3 grammes de fer, et, lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer, et pour guérir ces maladies il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2).

Le docteur Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des dragées, contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, 25 milligrammes de sel ferreux chimiquement pur.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez pour l'examen microscopique du sang (4), ont permis aux médecins d'étudier la valeur thérapeutique du Fer Rabuteau.

Parmi les observations publiées à ce sujet, nous rappellerons la suivante qui est pleine d'intérêt.

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille profondément chloro-anémique, entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, et mise en expérience le 4 décembre. Son sang, examiné au compte-globules par le professeur Potain, ne contenait que 2,919,000 globules rouges par millimètre cube, la moyenne normale étant d'environ 4,500,960.

Elle prit, matin et soir, au moment des repas, deux dragées de fer Rabuteau. Les examens successifs jusqu'au 24 décembre, jour de sa sortie, donnèrent les résultats suivants :

	Nombre de globules rouges par millimètre cube.
4 décembre (jour d'entrée).....	2.919.000
7 —	3.486.000
12 —	3.696.000
24 — (jour de sortie).....	4.578.000

La malade avait donc gagné, en vingt jours, 1,659,000 globules, soit 82,950 globules rouges en moyenne par millimètre cube de sang et par jour.

La guérison était obtenue, attendu que le nombre des globules avait atteint la normale qui est un peu inférieure à 5,000,000 par millimètre cube chez la femme. Nous devons ajouter que, pendant la durée du traitement, l'appétit fut excellent; il n'y eut ni diarrhée ni constipation.

Cette étude si précise démontre que, dans la chloro-anémie, le Fer Rabuteau régénère les globules rouges sanguins malades avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux; il leur donne plus de valeur physiologique et les rend plus riches en matière colorante.

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de Paris : *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine de Paris.*

(2) Ch. Richet : *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux.* Paris 1878.

(3) A. Rabuteau : *Traité de thérapeutique et pharmacologie.* Paris 1884.

(4) Robert Moriez : *La chlorose* (thèse d'agrégation), Paris 1880.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande pour être absorbé aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autre préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques; chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les Dragées de Rabuteau, prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves, où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées de Rabuteau sont employées avec succès dans tous les cas où le fer est indiqué. Elles doivent être prises à la dose de 2 matin et soir aux repas.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Discussion sur la pharyngotomie. — Du traitement des fractures para-articulaires par la non-immobilisation et le massage. — Rapport sur une observation de tumeur kysto-adénoïde de la parotide. — Présentation de malade : Castration chez une femme atteinte depuis quatre ans d'une périovarite très douloureuse ayant résisté à tout traitement médical; guérison complète.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. Verneuil, relative à l'ablation des tumeurs de la région pharyngienne.

M. MONOD fait remarquer que la communication de M. Verneuil soulève une double question :

1° Celle de l'existence des accidents pulmonaires à la suite des opérations graves pratiquées sur la bouche, ou du moins de la véritable cause de ces accidents;

2° Celle des meilleurs moyens à employer pour s'opposer à la septicité de ces plaies de la cavité buccale, plaies cavitaires dont personne ne conteste le danger.

Sur le premier point, M. Monod rappelle que, en Angleterre et en Allemagne, des chirurgiens autorisés ne mettent pas en doute la fréquence des lésions pulmonaires survenant dans les conditions dont il s'agit, et les attribuent à la pénétration dans les bronches des produits septiques provenant de la plaie.

A ces auteurs il faut ajouter M. Denucé (de Bordeaux), qui conseille également la trachéotomie préventive pour éviter les complications pulmonaires dont il a constaté la fréquence chez ses opérés de cancer de la langue et autres néoplasmes de la cavité buccale.

Deux nouvelles observations recueillies par M. le docteur Loumeau, dans le service de M. le professeur Lanelongue (de Bordeaux), deux autres de M. Aug. Broca, publiées dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1885), témoignent dans le même sens.

Avec M. Broca, M. Monod pense que les accidents de gangrène pulmonaire constatés à l'autopsie de ces malades doivent être attribués à l'action de micro-organismes septiques contenus dans les produits putrides sécrétés par la plaie et portés dans les voies pulmonaires par l'air qui a traversé la cavité buccale. Cette manière de voir est, d'ailleurs, conforme à ce que l'on sait aujourd'hui de la pathogénie des gangrènes pulmonaires en général et à ce qu'enseignent, en particulier, MM. Cornil et Babès dans leur bel ouvrage sur les *Bactéries*.

A titre de contre-épreuve, M. Monod rappelle les intéressantes expériences de Feld

©BIU Santé

(de Bonn, 1878). Cherchant à savoir si la présence de corps étrangers dans les voies aériennes suffit à elle seule pour provoquer l'inflammation du poumon, Feld introduit dans les petites bronches de lapins vivants, avec les précautions antiseptiques, de petites boulettes de cire préalablement désinfectées. Ces animaux étaient tués au bout d'un temps qui variait de deux à huit jours. Les lésions constatées étaient celles d'un trouble mécanique de la circulation pulmonaire, jamais de lésions inflammatoires proprement dites. Il en concluait naturellement qu'un élément septique, ou du moins phlogogène, devait s'ajouter, dans les circonstances ordinaires, aux corps étrangers pénétrant dans le poumon pour produire les lésions observées chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, la question, envisagée surtout au point de vue chirurgical, appelle de nouvelles recherches, et il semble à M. Monod que l'hypothèse dont il s'est constitué le défenseur n'est pas irrationnelle et mérite d'être prise en considération.

Sur le second point touché par M. Verneuil, à savoir le meilleur moyen de s'opposer à la septicité des plaies de la bouche, M. Monod considère la trachéotomie préventive comme un moyen à la fois simple et puissant de réaliser l'asepsie complète du champ opératoire. Combinée avec l'usage de la sonde nasale, elle permet de supprimer complètement les fonctions de la cavité buccale; les tampons de gaze iodoformée, enfoncés profondément jusque vers l'orifice supérieur du larynx, interceptent d'ailleurs complètement l'accès des voies aériennes.

Quelques-uns des collègues de M. Monod lui ont fait remarquer que sans trachéotomie, à l'aide de lavages répétés et de gaze iodoformée moins abondamment pressée, ils obtenaient d'excellents résultats. Cette opinion ne lui paraît vraie que pour les opérations portant sur la langue et sur les parties antérieures de la bouche. Pour celles qui intéressent l'arrière-gorge, il croit que la trachéotomie est mieux appropriée au but poursuivi.

Pour ces dernières, M. Verneuil condamnant cette pratique, conseille la large ouverture des parties molles et du squelette et la béance de la plaie maintenue jusqu'à complète guérison.

Ce traumatisme considérable et la longue durée de la période de réparation qui le suit ne semblent pas devoir être sans inconvénients. M. Monod serait cependant disposé à se rallier aux vues de M. Verneuil s'il lui était démontré que la trachéotomie, même chez l'adulte, présente des dangers sérieux. Cette preuve est encore à faire.

M. Verneuil ne conteste pas l'existence des accidents pulmonaires à la suite des opérations pratiquées dans la cavité buccale, mais il ne croit pas qu'ils doivent être attribués dans la majorité des cas à la septicité; de nombreux exemples lui ont prouvé que la pneumonie survient après ces opérations sans que l'on puisse invoquer l'action des matières septiques. La trachéotomie préventive n'a donc pas sa raison d'être, excepté dans un petit nombre de cas. Outre que cette opération n'est pas inoffensive, particulièrement chez l'adulte, le tamponnement de la bouche et l'obturation de l'orifice superieur du larynx pendant des semaines ne sont pas sans avoir des inconvénients sérieux. Sans compter que bien souvent les tampons de gaze iodoformée contractent au bout de quelques jours une odeur très désagréable.

M. Verneuil préfère assurer l'asepsie de la cavité buccale en pratiquant une large ouverture de la région, ce qui permet d'une part de faire des pulvérisations antiseptiques dans toute l'étendue du champ opératoire, et, d'autre part, de surveiller le point d'origine du néoplasme jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude de la non-récidive.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Lucas-Championnière relative au traitement de certaines fractures par le massage et la non-immobilisation, M. Marc Sée demande à présenter quelques observations. Il pense qu'il n'y a pas lieu de rendre les appareils responsables des inconvénients dus à leur mauvaise application. Trop souvent on voit un défaut de soins convenables ou des manipulations intempestives exercées par un charlatan, qui a pris une fracture pour une entorse, donner lieu à des tumeurs blanches des jointures ou à des ostéites suppuratives. Il ne faut donc jamais négliger le précepte essentiel du traitement des fractures : l'immobilisation des fragments.

©BIU Santé

Sans doute les appareils ne devront pas rester en place jusqu'à la consolidation parfaite de la fracture. Tout le monde sait qu'il faut imprimer aux articulations voisines des fractures des mouvements fréquents et variés en vue de prévenir les raideurs, aussitôt que la douleur et la crainte des accidents inflammatoires sont écartés, et cette seconde indication du traitement des fractures n'est pas moins importante que la première. Mais de là à pratiquer ces manipulations immédiatement ou quelques heures après la production de la lésion, il y a loin. M. Sée estime, au contraire, qu'en règle générale, il faut soustraire absolument les fractures à tout mouvement dans les premiers temps.

Il faut reconnaître, cependant, avec M. Championnière, que certaines pratiques telles que le massage, appliquées convenablement et en temps opportun peuvent être très utiles pour hâter la consolidation des fractures et prévenir les raideurs consécutives. Mais les manipulations et le massage ne devront intervenir qu'à la condition d'être associés et combinés en quelque sorte avec l'immobilisation.

Les raideurs articulaires que laissent les fractures, les adhérences tendineuses, les rigidités du tissu conjonctif interstitiel, en effet, sont dues principalement aux épanchements sanguins ou séreux qu'elles déterminent dans leur voisinage, épanchements qui, par leur seule présence, provoquent des inflammations subaiguës avec infiltrations plastiques dans les mailles du tissu conjonctif péri-articulaire. Provoquer la résorption rapide de ces épanchements, c'est donc prévenir toute raideur, toute gêne dans les mouvements. Or, on peut atteindre ce but, tout en maintenant les fragments dans l'immobilité à l'aide de la bande en caoutchouc, ainsi que M. Sée l'a démontré dans son mémoire sur l'entorse (1884). M. Sée relate de nouvelles observations montrant l'excellence de cette méthode, il ajoute en terminant qu'il a traité de la même façon plusieurs fractures du péroné, une fracture de la jambe, deux fracture de l'extrémité inférieure du radius et une fracture de la rotule. Dans ce dernier cas, l'écartement des fragments après la guérison, a été presque nul et le malade a pu marcher après un temps très court.

— M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. le docteur Cabade relative à une tumeur kysto-adénoïde de la parotide traitée par l'ablation, suivie de fistule salivaire et enfin guérie.

— M. Pozzi présente une malade à laquelle il a pratiqué la castration pour une périovarite dont elle était atteinte depuis quatre ans, qui avait résisté à tous les traitement médicaux et qui a été complètement guérie à la suite de cette opération.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, très vigoureuse, nullement hystérique ni même *nerveuse*. Depuis quatre ans, à la suite d'un deuxième accouchement pénible, elle éprouvait des douleurs persistantes dans le bas-ventre qui l'empêchaient de travailler et même de marcher. Ces douleurs offrent le caractère spécial de durer tout le mois, mais de cesser momentanément pendant deux ou trois jours à la fin des règles. Celles-ci sont très abondantes. La malade a été soignée pendant plusieurs mois dans deux services des hôpitaux inutilement. Elle a subi de nombreuses cautérisations *intus* et *extra*, des applications de sangsues, de vésicatoires, etc., etc.

Utérus en antéflexion légère, culs-de-sac libres ; la pression des ovaires par le toucher et le palper combinés est pénible. Après trois mois de traitement médical infructueux, M. Pozzi se décide à pratiquer l'opération le 13 février 1886.

Incision de 12 centimètres ; les ovaires rétrofléchis et entourés de fausses membranes sont difficilement attirés au dehors et enlevés successivement (sans les trompes). Section du pédicule au thermo-cautère. Guérison rapide : disparition immédiate des douleurs. La malade cinq mois après l'opération n'a plus eu ses règles, mais est complètement guérie. — A. T.

BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juillet 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Abus de l'homonymie avec un médecin des hôpitaux. — Disparition de l'ascite dans la cirrhose; curabilité possible de cette maladie à la période initiale.*

M. le docteur Henri Huchard signale à la Société l'abus qu'un confrère peu scrupuleux a fait d'une homonymie fâcheuse en adressant au corps médical une circulaire qui a pour but de préconiser une spécialité pharmaceutique; notre collaborateur donne lecture de la lettre qu'il a adressée à cette occasion à tous les journaux médicaux pour dégager sa responsabilité et rappeler qu'il signe toujours avec son prénom en toutes lettres.

M. Guyot donne acte à M. Henri Huchard de sa protestation, qui sera insérée au procès-verbal.

M. Troisier présente un malade qu'il croit atteint de cirrhose, et qui, après avoir présenté une ascite abondante, a vu disparaître rapidement celle-ci.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, qui était entré à l'hôpital avec de l'œdème des membres inférieurs et une ascite évaluée à quatre litres; les veines sous-cutanées abdominales étaient très apparentes. Ce malade avoue des excès de boisson (trois litres de vin par jour en moyenne), mais il n'a pas de signes d'alcoolisme portant sur le système nerveux, ni sur l'estomac; il n'a ni cauchemars, ni tremblement, ni pituite; il est amaigri. Son ascite, ayant rapidement augmenté pendant les jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, refoulait le diaphragme et pouvait être évaluée à 7 ou 8 litres, lorsque le régime lacté fut institué. Les urines étaient à ce moment de 500 grammes par jour, épaisses, briquetées ; elles montaient le lendemain à 3 litres, puis les jours suivants à 5 litres 1/2. Après huit jours de diurèse, le ventre était revenu à un volume normal qu'il a conservé depuis lors. L'examen du foie et de la rate les montre un peu hypertrophiés, le malade a le teint un peu jaune et est assez maigre. Néanmoins, on peut se demander s'il n'est pas en train de guérir de sa cirrhose.

Des faits de ce genre ont déjà été signalés par M. Leudet et M. Hanot. Cependant ils vont à l'encontre de ce qu'on lit dans les traités classiques.

M. Moutard-Martin pense que pas mal de médecins ont vu plusieurs fois dans leur carrière des malades chez lesquels disparaissait l'ascite au cours d'une cirrhose confirmée après l'administration de purgatifs drastiques, tels que les pilules de Bontius. Pour lui, il a observé deux fois le fait. Mais l'ascite se reproduit au bout d'un temps variable, et ce n'est pas la guérison.

M. Richard a vu, il y a deux ans, une femme atteinte d'ascite, et dans un état de maigreur qui ne permettait pas de douter de l'existence d'une cirrhose atrophique. Après avoir subi trois ponctions à six semaines d'intervalle, elle a vu disparaître l'ascite, qui n'a commencé à se reproduire légèrement que six mois après; deux ans plus tard, c'est-à-dire trois ans après le début de sa cirrhose, elle vaquait encore aux soins de son ménage.

M. Ferréol avait dans son service un homme atteint de cirrhose alcoolique et d'aspect cachectique. Après deux ponctions, le liquide cesse de se reproduire, mais il survient une pleurésie, dont le liquide retiré par thoracentèse était franchement hématique, d'un rouge noir, quoique translucide. On trouvait dans cet épanchement très peu d'hématies, mais beaucoup d'hématoïdine cristallisée. Depuis lors, cet homme a recouvré la santé; il n'est ni tuberculeux ni cancéreux; faut-il admettre qu'il a eu une rupture de quelques veines pleurales variqueuses?

M. Legroux a vu en 1859, dans le service de son père, un alcoolique ayant une cirrhose avec ascite considérable. Tous les deux ou trois jours il prenait pendant quelque temps quatre pilules de Bontius et son ascite disparaissait. Trois ou quatre mois plus tard, le malade revenait à l'hôpital avec une nouvelle ascite, reprenait le traitement par les

drastiques, et voyait de nouveau son ascite disparaître. Cela dura trois ans, et la cirrhose fut vérifiée à l'autopsie.

En ce moment, M. Legroux soigne à Saint-Cloud, avec son collègue le docteur Gilles, médecin de l'hospice de Garches, un homme qui a pesé 300 livres. C'est un buveur qui affirme avoir absorbé jusqu'à 50 demi-bouteilles de Bordeaux dans une nuit. Il a été diabétique et albuminurique. Il a eu une ascite qui a disparu après une ponction et l'emploi des drastiques; il a cessé d'avoir du sucre et de l'albumine dans ses urines, après avoir suivi un régime approprié. De tous ces faits, il résulte qu'il existe des cirrhoses d'une évolution très lente.

M. Labbé demande si on ne se hâte pas trop de porter le diagnostic de cirrhose dnas des cas où il s'agit peut-être d'une phlébite de la veine porte. Il a vu dans un cas, à l'autopsie, l'existence d'une phlébite de cette veine chez une malade qui avait eu assez longtemps auparavant une ascite inexpliquée.

M. Troisier se déclare incapable de diagnostiquer une phlébite de la veine porte.

M. Labbé considère comme les signes de cette affection, délicate à diagnostiquer, l'ascite survenant après une courte période fébrile chez des sujets non alcooliques.

M. Guyot dit que, depuis trente ans, il cherche une phlébite de la veine porte sans en avoir rencontré un cas. Ayant été externe de M. Leudet et ayant été frappé par le mémoire de son maître, il a vainement poursuivi la recherche de cas analogues. Quant à la longue durée de certaines cirrhoses, elle n'est pas contestable; il en a vu une durer cinq ans. — P. L. G.

FORMULAIRE

Potion contre la grippe. — Monin.

Teinture de rhubarbe.....	30 grammes.
Sirop d'ipéca.....	60 —

Mêlez. — Une cuillerée à café, deux fois par jour, dans une infusion de thé léger, pour calmer les quintes de toux de la grippe. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la Fête du 14 JUILLET, l'*Union médicale* ne paraîtra pas le Jeudi 15.

L'Association française pour l'avancement des sciences donne la liste suivante des communications qui doivent être faites pendant la durée du Congrès de Nancy :

M. Astier de Vellatu : De la protection de l'enfance.

M. Audouard : Composition du beurre de vache aux diverses époques de la lactation.

M. Bertèche (Georges) : Des substances organiques contenues dans les eaux et les boues thermo-minérales sulfureuses de Saint-Amand (Nord).

M. Bleicher : Le quaternaire de Lorraine au point de vue malacologique.

M. Cadoret (Eugène) : Sur les falsifications des corps gras (huiles, graisses, beurres, etc.).

M. Defresne : (Th.) Sur le rôle de la pancréatine dans l'économie, après son arrivée dans la circulation par la voie stomacale.

M. Deshayes : De la récidive dans la fièvre typhoïde.

M. Fauvelle : Des différences intellectuelles dans un groupe ethnique donné. — Des causes prochaines de la mort de l'individu dans les maladies.

M. Gauthier (V.) : Recherches sur l'appareil apical de quelques espèces appartenant au genre *Hemiaster*.

M. Henrot (H.) : De l'anémie pernicieuse progressive. — De la liberté individuelle dans ces rapports avec les maladies contagieuses.

©BIU Santé

M. Layet : De l'organisation de l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés, au point de vue de ses rapports intimes et nécessaires avec le fonctionnement des institutions sanitaires et de l'obligation d'établir un concours fructueux entre Paris et la province pour l'application pratique des principes de la salubrité et de la prophylaxie nationale. — Le service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux ; son organisation, son fonctionnement depuis 1881, et les résultats importants obtenus jusqu'ici, au double point de vue de la science épidémiologique et de ses applications. — Origines multiples du vaccin animal : rapport de son évolution avec le moment où l'immunité paraît acquise chez les organismes vaccinés ; de la durée de cette immunité et des variations individuelles qu'elle présente ; des manifestations indicatrices de son extinction prochaine et complète. — De quelques maladies d'origine professionnelle.

M. Mer : De quelques particularités relatives à la végétation de l'*Epicea*.

M. Mortillet (G. de) : Anthropologie criminelle : la peine de mort et les autres peines au point de vue sociologique.

M. Ollier : La chirurgie conservatrice du pied.

M. Poncet (A.) : De la rhinoplastie sur appareil prothétique.

M. Rivière (Émile) : Gisement quaternaire de Neuilly.

M. Souché (B.) : Le crâne de Salles (Deux- Sèvres).

M. Testut : Nouvelles recherches anatomiques sur les microcéphales ou *hommes-singes*, de Vogt.

M. Viennois : L'ostéotomie du nez comme opération préliminaire, pour l'extraction des tumeurs profondes des fosses nasales et du pharynx.

— Par décret en date du 6 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur E. Bouchut, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, officier du 15 octobre 1871.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Diday, doyen des chirurgiens des hôpitaux de Lyon, J.-F. Colard (d'Ornans).

— Une médaille d'argent de deuxième classe a été accordée à M. Colignon, médecin de l'Hôtel-Dieu de Monaco, et à MM. les docteurs Gueirard et Reynaud, à Monaco, pour les secours portés, le 10 mars 1886, aux victimes de la collision de deux trains, survenue au lieu dit « les Moulins » entre les gares de Monte-Carlo et de Roquebrune.

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Étienne vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garand, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort M. le docteur Henry Cotin, ancien rédacteur de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de Paris, décédé le 7 juillet 1886, à Alfortville, à l'âge de soixante-douze ans ; et de M. le docteur Rigaux père, décédé à Dun-sur-Meuse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coqueret, médecin en chef honoraire de la police municipale, officier de la Légion d'honneur, décédé le 8 juillet 1886, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Ecole de médecine de Caen. — M. Delouey, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Denis Dumont, décédé.

M. Simon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie et de médecine opératoire, en remplacement de M. Delouey, appelé à d'autres fonctions.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Sur un cas d'hystérectomie vaginale. — II. Revue des Journaux : Recherches sur l'élimination du mercure par les urines chez les syphilitiques sous l'influence des bains. — Cas de hernie ombilicale congénitale. — Des modifications que subissent les hémisphères cérébraux dans la vieillesse. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Chronique. — VII. Formulaire.

Sur un cas d'hystérectomie vaginale

(Indications et manuel opératoire)

Par L.-G. Richelot (1).

L'ablation totale de l'utérus par le vagin, mal recommandée par les résultats incertains et contradictoires de la chirurgie étrangère, a mis longtemps à faire son entrée en France. Elle y est acceptée aujourd'hui, mais un point nous divise encore, c'est la fréquence et la nature de ses indications.

Presque toujours, c'est un cancer qui a motivé l'intervention radicale. Mais tous les cancers de l'utérus ne se ressemblent pas; il en est peut-être auxquels peut suffire la résection partielle au-dessous des culs-de-sac, ou bien l'amputation sus-vaginale du col. Pour effleurer seulement une discussion dans laquelle je ne veux pas entrer en ce moment, je me borne à résumer en quelques mots, d'après l'étude que j'en ai faite, les indications de l'hystérectomie vaginale contre l'épithéliome utérin :

L'opération est légitime dans les cancers primitifs du corps de l'organe; dans ceux qui envahissent la muqueuse en totalité ou qui paraissent limités à la face interne du col, sans qu'on puisse prévoir, au moment d'opérer, si la muqueuse est malade par de là l'orifice interne; dans ceux qui ont débuté par la face externe du col, mais qui déjà confinent au cul-de-sac vaginal postérieur, de telle façon qu'il est difficile d'inciser loin du mal sans intéresser le péritoine.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 13 juillet 1886.

FEUILLETON

CHRONIQUE

Nouvelles du Congrès médical international de Washington.

A la réunion de l'Association médicale américaine à Saint-Louis, le 4 mai, un rapport fut présenté par une commission nommée pour préparer l'organisation provisoire du Congrès. Le président, M. William Brodie, fit un chaleureux discours en faveur du Congrès, et une autre commission, nommée pour faire un rapport sur ce discours, fit appel aux membres du corps médical, les priant de coopérer cordialement pour rendre le Congrès attractif et instructif pour les membres étrangers, et, dans ce but, de sacrifier leurs luttes et déceptions personnelles en vue du succès. On résolut ensuite de s'adresser au Congrès des Etats-Unis pour le prier de voter des fonds pour aider la commission à recevoir dignement les membres du Congrès de 1887. Le *New-York medical Record*, qui donne ce compte rendu, ajoute que ceci prouve au moins que, en ce qui conserne l'Ouest et le Sud-Ouest, cette partie de l'Amérique est décidée à tenir un Congrès international qui représente réellement la profession.

*
* *

La plupart de nos confrères étrangers, dit encore ce journal, se demandent ce que

©BIU Santé

Que doit-on faire, si la tumeur peut être enlevée largement par une amputation partielle, sous-péritonéale? D'après une opinion récemment émise, tout cancer débutant par la muqueuse vaginale du col atteint les culs-de-sac, le tissu cellulaire péri-utérin, les ligaments larges, le bas-fond de la vessie, avant d'envahir le fond de l'utérus; donc, ou la tumeur est opérable et l'amputation sus-vaginale suffit, ou celle-ci n'est plus possible et l'hystérectomie elle-même est frappée d'impuissance. D'autre part, la récidive se fait toujours dans les annexes ou dans la paroi vaginale, jamais dans le corps laissé en place; donc, l'ablation totale ne met pas mieux à l'abri de la récidive que la résection partielle, et d'ailleurs la statistique en fait foi.

Cette question vaut la peine d'être discutée, car elle n'est pas aussi bien tranchée qu'on a voulu le dire. Si les auteurs auxquels je fais allusion croyaient moins à la gravité extrême de l'hystérectomie vaginale, peut-être accorderaient-ils qu'on doit faire, ici comme ailleurs, une amputation aussi large que possible, et qu'en enlevant l'utérus en totalité, on détruit un bon nombre de vaisseaux lymphatiques émanés du col et rampant sur les bords de l'organe, vaisseaux qui sont respectés par une résection incomplète, cunéiforme, et qui peuvent être l'origine d'une repullulation. Les statistiques ne donnent pas une survie plus longue après l'ablation totale, je le veux bien; mais un argument qui s'appuie sur des moyennes fictives et des collections de faits disparates, est toujours bien précaire. L'avenir seul nous dira où se trouve la vérité.

Dans le fait que je vous présente aujourd'hui, il s'agit, Messieurs, d'une indication exceptionnelle de l'hystérectomie vaginale, car je ne sache pas que l'opération ait encore été faite pour un cas de *rétroflexion utérine*. Je tiens à dire que seules les formes les plus graves de cette affection peuvent légitimer une intervention aussi radicale, et qu'il n'entre pas dans ma pensée de proposer l'hystérectomie pour des déviations sinon bénignes, du moins tolérables. Mais, cette réserve faite, il faut reconnaître que certaines rétroflexions se jouent de nos efforts, rendent la vie extrêmement pénible

---

peut bien signifier la discorde qui règne au sujet du prochain Congrès international. Et dans cet état de doute et d'ignorance où ils sont de savoir s'il y aura un Congrès médical international ou seulement une querelle domestique nationale, ils ne songent naturellement guère à venir ici l'an prochain.

Nous pouvons dire à ces messieurs : « Nous avons eu dans ce pays certaines disputes, principalement sur la question de savoir si l'organisation du Congrès serait sous le contrôle de l'Association medicale américaine, société d'environ 3,000 membres, ou de la profession médicale du monde entier qui en compte soixante mille. Dans ce débat, l'Association médicale l'a emporté, mais par des moyens qui ont causé la démission et la retraite de la grande majorité des médecins américains les mieux connus chez nous et à l'étranger. Il y aura un Congrès médical international, mais, d'après l'état actuel des choses, un Congrès duquel beaucoup des meilleurs médecins américains seront absents.

« Nous dirons de plus aux délégués étrangers : « Vous rencontrerez au Congrès un grand nombre de confrères savants et hospitaliers, tous les Américains vous feront un chaleureux accueil, et vous n'entendrez aucune querelle pendant votre séjour aux Etats-Unis. Nous savons que beaucoup des médecins à New-York, Philadelphie, Boston, et autres centres médicaux, privés de recevoir leurs hôtes à titre officiel, seront heureux de recevoir officieusement tous les visiteurs étrangers et d'avoir pour eux toutes les attentions les plus empressées. »

ou la compromettent; et si, d'autre part, vous ajoutez foi aux raisons que je vous donnerai bientôt en faveur de l'innocuité relative de l'opération, vous en conclurez peut-être que ma conduite n'a pas été téméraire et qu'elle peut être imitée.

Marie M... est une femme de 26 ans, que je trouve à l'hôpital Saint-Antoine en prenant le service au mois d'avril 1886. Elle est pâle, exsangue, et demande avec instance une opération qui la débarrasse de ses douleurs et de ses pertes.

La première hémorrhagie grave est survenue à l'âge de 14 ans, la première grossesse deux ans plus tard. Elle a eu cinq enfants et les a nourris; les règles persistaient avec abondance pendant toute la durée de l'allaitement. Il y a deux ans, à la suite de sa dernière couche, elle est entrée à l'hôpital Tenon avec des vomissements, des douleurs, de l'amaigrissement et des pertes; elle a souffert pendant trois mois, sans retirer aucun bénéfice des injections sous-cutanées d'ergotine. En février 1885, nouvelle entrée à l'hôpital Tenon pour des hémorrhagies inter-menstruelles extrêmement abondantes; en mai, le sang s'arrête entre les époques, puis revient continuellement à partir du 15 juillet. En septembre, à l'hôpital Saint-Antoine, nouvelle et courte intermission; trois pertes en octobre, avec douleurs vives, insomnie et troubles urinaires. Ceux-ci vont en augmentant depuis deux années; la quantité d'urine, fort diminuée, n'atteint jamais un litre; on m'assure qu'il y a eu des jours d'anurie complète. La malade présente, à l'époque de mes premiers examens, des phénomènes d'urémie : vomissements, céphalalgie, troubles visuels. On a diagnostiqué un fibrome de la paroi postérieure; on a fait inutilement des piqûres d'ergotine et, je ne sais pourquoi, des essais de dilatation du col, après quoi les douleurs ont été plus violentes et les hémorrhagies plus graves.

Au mois d'avril 1886, je trouve Marie M... extrêmement anémiée, teint cireux, figure amaigrie; elle se traîne difficilement, les douleurs sont continuelles et s'exaspèrent à l'approche des hémorrhagies. L'examen ne laisse

***

De son côté, le *British medical Journal*, par la plume de son correspondant de Philadelphie, s'exprime ainsi : « L'assemblée annuelle de l'Association médicale américaine a eu lieu sans apporter aucun changement essentiel dans l'état des choses, et sans ramener l'harmonie professionnelle qui a été dernièrement si profondément troublée. Il serait très ennuyeux pour vous, en Angleterre, de prendre connaissance de ces dissentiments, et je ne veux pas essayer d'en analyser les causes, mais il n'est pas sans importance de vous exposer clairement l'état actuel des choses.

Dans le corps médical de chaque pays, il y a un petit nombre d'hommes très connus par leurs travaux et leurs écrits, et qui sont considérés par leurs confrères comme plus ou moins éminents dans les diverses branches de leurs études. C'était dans cette catégorie que le premier comité d'organisation du Congrès avait choisi les membres des bureaux. On n'avait tenu aucun compte des localités, et les villes de l'Est, où sont les centres médicaux les plus anciens, avaient eu une large part dans ce choix. Le comité n'avait pas toujours agi sagement, mais, en choisissant les hommes les plus éminents pour présidents et secrétaires des sections, il avait suivi la coutume des villes de l'Europe où les précédents Congrès avaient été tenus. En ne tenant pas compte de la question de code, qui divisait le corps médical dans l'état de New-York, il avait commis une faute qui pouvait être grave, mais il l'avait fait avec la meilleure intention, et pour remplir une promesse importante faite à Copenhague. (J'ai expliqué autrefois que ce code

©BIU Santé

aucun doute sur l'existence d'une rétroflexion utérine; le corps de la matrice n'est pas senti à l'hypogastre, il est modérément volumineux et forme une tumeur qui remplit le cul-de-sac vaginal postérieur; le col est à sa place et n'offre pas d'altérations importantes; l'organe, dans son ensemble, est assez mobile, et rien ne démontre qu'il soit fixé par des adhérences.

On a peine à comprendre qu'une simple déviation utérine, sans hypertrophie notable, sans fibromes, sans compression évidente des organes pelviens, puisse amener de pareils troubles fonctionnels et un état général aussi lamentable. Je devais cependant me rendre à l'évidence et chercher la meilleure conduite à tenir. Or, la situation extrême où la malade se trouvait réduite condamnait d'avance les moyens ordinaires de réduction et de contention. Je ne pouvais songer à redresser l'organe par le doigt ou la sonde, à le saisir par l'hypogastre pour le ramener en antéversion, à le maintenir à l'aide de pessaires variés et ingénieux, le tout avec manœuvres douloureuses, tentatives plusieurs fois renouvelées, rechutes inévitables, et pendant ce temps continuation des douleurs et des métrorrhagies. Le temps n'était plus à l'étude patiente, aux essais d'appareils, aux tâtonnements; il fallait laisser la malade mourir d'anémie ou tenter de la sauver par une intervention décisive.

L'opération qui se présentait d'abord à l'esprit était celle d'Alexander, le raccourcissement des ligaments ronds. Mais, jusqu'ici, mes lectures ne m'ont pas inspiré grande confiance dans son efficacité. Je ne crois ni aux dangers, ni aux difficultés extrêmes de l'acte opératoire, car la thèse de Beurnier (Paris, 1886) nous a parfaitement renseignés à cet égard; mais l'étude même de cet excellent travail, où l'avenir de l'opération n'est jugé qu'avec beaucoup de réserve, nous inspire des doutes sur la valeur de ses résultats éloignés, et nous fait souvenir qu'elle a été critiquée ou même condamnée par des auteurs graves, par des gynécologistes qui n'ont pas la réputation de reculer devant les nouveautés ou les audaces thérapeutiques (Emmet, Lawson Tait, etc.). Bref, je ne veux médire en aucune façon d'une opération dont je n'ai pas l'expérience; mais ici, je l'aurais considérée

---

défendait aux membres de l'Association toute compromission avec les homœopathes ou autres médecins non munis d'un diplôme sérieux.) L'esprit qui a guidé ensuite l'Association médicale américaine, en désavouant les actes du premier comité, peut être compris d'après l'extrait suivant d'un article récent du journal de l'Association : « Le corps médical de ce pays ne peut voir avec satisfaction quelques confrères s'arroger toute la science, tout le prestige, et tout le reste, qui fait un praticien complet. Notre pays, nos mœurs et nos institutions sont trop démocratiques pour permettre à quelques hommes de s'intituler eux-mêmes éminents. »

Cet esprit démocratique s'en est donné à cœur joie, ce qui a eu pour résultat fâcheux de froisser la grande majorité des hommes qui, pour toute personne indépendante, peuvent être regardés comme les plus éminents de la profession. Il est inutile de chercher à faire croire aux organisateurs actuels du Congrès qu'ils ont rempli les places laissées vides par les *irréconciliables* avec des personnes d'une égale valeur au point de vue du Congrès; la comparaison des bureaux des sections nommés par le premier comité avec ceux qui ont été choisis par le nouveau comité forme un contraste des plus pénibles, et l'absence remarquable, dans chaque section, des hommes les plus éminents du corps médical américain ne peut que frapper le lecteur même le plus indifférent. Les grandes villes de l'Est, Boston, Newlfork, Philadelphie et Baltimore ne sont pas représentées scientifiquement, car, à deux ou trois exceptions près, les professeurs et les écrivains n'y figurent pas. Une liste de ceux qui brillent par leur absence comprendrait les noms des médecins les plus connus en Europe comme savants et praticiens américains.

comme un essai trop incertain et peu justifié dans un cas où la chirurgie n'avait pas de faute à commettre.

J'aurais pu faire ce qu'a fait M. Kœberlé : ouvrir l'abdomen au-dessus du pubis, aller chercher l'utérus dans le petit bassin et le fixer par des points de suture à la cicatrice abdominale. Mais je ne songeai à cette intervention que pour la rejeter bien vite, car une laparotomie dans ces conditions est plus grave qu'une ovariotomie, infiniment plus grave qu'une opération d'Alexander, et nullement légitimée, comme le sont d'ordinaire les hystérectomies sus-pubiennes, par l'efficacité ou l'impossibilité d'agir autrement. J'étais sûr, en effet, de redresser l'utérus, en admettant qu'il voulût bien adhérer à la paroi, mais qui pouvait m'assurer que, dans cette position anormale, les douleurs et les congestions cesseraient?

Restait un dernier moyen, l'hystérectomie vaginale. Inutile de dire que la suppression de l'utérus était une bonne manière de supprimer la rétroflexion; voilà pour l'efficacité. Quant à l'innocuité relative, cette *ultima ratio* ne m'effrayait en aucune façon, car je savais déjà à quoi m'en tenir sur sa véritable gravité et sur le meilleur procédé pour la mener à bien. Je n'avais donc ni l'envie d'ouvrir l'abdomen autrement que par les voies naturelles, ni le regret de ne pouvoir me contenter d'une opération franchement bénigne, le raccourcissement des ligaments ronds.

Ainsi fut décidée l'ablation totale de l'utérus, que je pratiquai le 28 avril à l'hôpital Bichat, pendant l'absence de mon ami Terrier. J'étais aidé par notre excellent collègue le professeur L. Thomas (de Tours); MM. les docteurs Cassin (d'Avignon) et de Madec (de Paris) assistaient à l'opération.

L'anesthésie étant faite, la vessie est vidée par le cathétérisme et le vagin lavé par une large irrigation de sublimé au millième. Je saisis le col utérin avec une pince de Museux et l'attire facilement à la vulve; puis j'incise les culs-de-sacs vaginaux circulairement, de manière à dégager la partie inférieure du col. Avec les doigts, je sépare l'utérus de la vessie; le décollement terminé, je vais saisir le cul-de-sac antérieur du péritoine avec une pince, et j'y fais une boutonnière que mes deux index agrandissent large-

---

tels que Bigelow, Bowditch, Holmes, Warren, Chadwich, Homans (de Boston); Delafield, Draper, Dalton, Loomis, Seguin, Sands, Markoe, Jacobi, Lusk, Barker, Lefferts (de New-York); Stillé, Da Costa, Pepper, Bartholow, Goodell, Gross, Weir Mitchell, Agnew, Ashhurst, Wood (de Philadelphie). Il y a eu lutte entre l'Ouest et le Sud, d'une part, contre le Nord et l'Est, d'autre part, et l'Ouest et le Sud ont vaincu. Peut-être, entre les mains du comité actuel, le Congrès sera-t-il plus nettement américain que si les médecins de l'Est l'avaient dirigé, parce que ceux-ci sont fortement imbus des méthodes européennes, et qu'ils avaient organisé le Congrès d'après la mode conservatrice. L'affluence des membres locaux sera certainement très grande, et il y a, dans l'organisation actuelle, des hommes d'assez de poids et de crédit pour assurer le succès du Congrès dans une certaine mesure; mais, scientifiquement, l'état actuel des choses est loin d'être brillant. »

*
* *

Voici quels sont les membres actuels des divers bureaux :

Président du Congrès : M. S. Davis (de Chicago).

Vice-présidents : W. O. Baldwin (de Montgomery); William Brodie (de Détroit); W. W. Dawson (de Cincinnati); E. M. Moore (de Rochester); T. H. Richardson (de la Nouvelle-Orléans); L. A. Sayre (de New-York), le seul membre de l'ancien comité d'organisation; J. M. Toner (de Washington); J. A. Grant, d'Ottawa (Canada); le président de l'association médicale américaine; le chirurgien général de l'armée des Etats-Unis;

©BIU Santé

ment. Même recherche et ouverture facile du péritoine en arrière, après quoi l'utérus ne tient plus que par les deux ligaments larges.

J'étais arrivé au temps difficile et dangereux de l'opération, celui pour lequel ont été imaginés tant de procédés, ligatures de toutes formes, renversement de l'utérus, etc.; et je me disposais à appliquer pour la première fois le procédé d'hémostase et de section des ligaments larges que j'ai proposé il y a quelques mois à la Société de chirurgie, c'est-à-dire les pinces longues à pression continue laissées à demeure dans la cavité pelvienne.

J'attaquai d'abord le ligament du côté droit, et l'ayant accroché avec le doigt par son bord supérieur, je le pris assez commodément dans les mors d'une pince longue et courbe sur le champ. Puis, avec des ciseaux, je coupai au ras de l'utérus, qui, entièrement libéré à droite, fut attiré hors de la vulve, ne tenant plus que par le ligament du côté gauche. Il devenait facile de placer une seconde pince sur le second ligament, de le sectionner à son tour sur le bord gauche de l'organe et d'achever l'extirpation. Mais dans ce dernier temps, le ligament fut tiraillé, déchiré à sa partie moyenne, et une artère volumineuse donna du sang, puis une autre, et enfin quelques artérioles perdues sur le bord de la plaie vaginale; je dus placer sur les vaisseaux importants quatre longues pinces à mors droits et deux pinces hémostatiques ordinaires sur les artérioles. Il y avait donc en tout huit pinces : deux courbes volumineuses, quatre droites plus minces, deux petites.

Je fermai la plaie vaginale, entre les pinces, avec deux fils de soie; pratique inutile et que je n'ai pas répétée sur mes autres malades. Enfin, tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée; tampons d'ouate iodoformée à l'extérieur, ouate phéniquée, bandage en T. L'opération avait duré une heure dix minutes; sans la déchirure du second ligament large, elle eût été moins longue de moitié.

Je résume les suites en quelques mots. Le soir de l'opération, vomissements répétés, douleurs et plaintes, trois piqûres de morphine. Les douleurs et les vomissements durent encore le 29. Ablation des pinces le 30. Cessation

---

le chirurgien général de la flotte; l'inspecteur général du service des hôpitaux de la marine.

Secrétaire général : J. B. Hamilton, médecin des hôpitaux de la marine.
Trésorier : E. S. F. Arnold (de New-York).
Président de la commission des finances : Frédéric S. Dennis (de New-York.
Présidents de section :
Médecine : A. B. Arnold (de Baltimore).
Chirurgie : Williams T. Bridge (de Nashville).
Chirurgie militaire et navale : H. H. Smith (de Philadelphie).
Obstétrique : Delaskie Miller (de Chicago).
Gynécologie : James H. Harrison (de l'Université de Virginie).
Anatomie : William H. Pancoast (de Philadelphie).
Physiologie : J. H. Callender (de Nashville).
Pathologie : A. B. Palmer (de Ann Arbor).
Maladies des enfants : J. Lewis Smith (de New-York).
Ophthalmologie : E. Williams (de Cincinnati).
Otologie : S.-J. Jones (de Chicago).
Laryngologie : W.-H. Daly (de Pittsburg).
Dermatologie et syphilis : A.-R. Robinson (de New-York).
Hygiène : Joseph Jones (de la Nouvelle-Orléans).
Recherches collectives sur les causes des maladies : A.-L. Gayon.

complète des vomissements le 2 mai. Le 3, les tampons sont enlevés ; odeur légèrement fétide ; trois injections de sublimé par jour. Le 5, la malade commence à s'alimenter, le ventre est souple et indolent. Du 14 au 16, diarrhée avec élévation de température, douleurs lombaires et abdominales. Tout rentre dans l'ordre à partir du 17, et Marie M... nous quitte bien portante, le 3 juin, pour aller au Vésinet.

La température atteint 39° le jour de l'opération, oscille vers 38° jusqu'au 5 mai, vers 37° jusqu'au 14 ; puis après les deux jours de diarrhée et de malaise (39°6 et 39°8), elle retombe franchement à 37°.

La quantité d'urine, très diminuée avant l'opération, atteint 600 grammes le 29 avril et 1,000 grammes le 30 ; elle n'a pas été mesurée avant le départ de la malade pour le Vésinet.

Vous voyez, Messieurs, que je n'ai pas eu à me repentir d'avoir pratiqué l'hystérectomie vaginale pour une simple rétroflexion utérine ; mais je vous ai dit que le motif déterminant de mon intervention, à part la situation presque désespérée de la malade, était la confiance que m'inspirait l'opération bien conduite, confiance qui repose en grande partie sur l'emploi d'un certain procédé. Le moment est venu de justifier cette assertion en vous disant quelques mots du manuel opératoire. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES.

Recherches sur l'élimination du mercure par les urines chez les syphilitiques sous l'influence des bains, par le docteur Kadkin (Abas-Touman, Caucase). — L'auteur s'est servi de l'électrolyse pour déceler la présence du mercure. Les recherches ont porté sur 6 malades ayant cessé le traitement hydrargyrique depuis douze, sept, six et trois mois. Sans bains, ces malades n'éliminaient plus du tout de mercure ; après des bains à 32° R. de dix minutes, le mercure apparaissait constamment. Mais les mêmes expériences, répétées sur 5 malades en traitement, ont donné des résultats tout

Maladies nerveuses : John P. Gray (d'Utica).

Chirurgie dentaire et buccale : J. Taft (de Cincinnati).

Ainsi New-York est représenté par les docteurs J. Lewis Smith et A.-R. Robinson ; Philadelphie, par les docteurs H.-H. Smith et W.-H. Pancoast et Boston par personne.

Cette organisation, dit le journal de New-York, est définitive et nous serons heureux, pour la réputation de nos compatriotes, de voir le succès couronner leurs efforts. Mais on ne peut nier que le corps médical de ce pays s'est très imparfaitement représenté dans l'organisation des bureaux.

Nous le regrettons autant que notre confrère américain. Le grand avantage des Congrès scientifiques, nationaux ou internationaux, est de mettre en rapport des hommes qui le plus souvent ne se connaissent que par leurs écrits et qui s'apprécient mieux après s'être vus et entendus. Les médecins américains les plus connus à l'étranger faisant défaut au Congrès, le but de celui-ci sera évidemment manqué en grande partie. Sans doute l'attraction du voyage, des excursions, des visites dans les grandes villes des environs de Washington suffira pour engager les Européens à franchir l'Atlantique ; mais le côté pittoresque fera-t-il oublier le côté scientifique ? *That is the question !*

Qu'il me soit permis de rappeler la proposition que j'ai faite au Congrès de Copenhague et qui, si elle eût été adoptée, aurait probablement évité toutes les discussions qui ont eu lieu depuis deux ans entre nos confrères américains. Je demandais alors que les affaires du Congrès médical international fussent confiées à une commission permanente, composée de membres de tous les pays, et qui aurait servi d'intermédiaire entre

©BIU Santé

à fait inattendus. Avec des bains, l'élimination du mercure non seulement ne s'est pas activée, mais il apparaissait dans l'urine beaucoup plus tard que sans bains. D'après l'auteur, ce phénomène serait dû à ce que les bains quotidiens enlèvent une certaine partie d'onguent. Il n'est donc pas logique de donner des bains et des frictions en même temps.

La dernière série d'expériences avait pour but de déterminer sous quelle forme le mercure administré apparaît le plus tôt dans les urines. Or, après les injections hypodermiques de 1/2 grain (0,004^{mm}) de sublimé par jour, combinées avec des bains, le mercure apparaissait toujours plus tôt qu'après les frictions. Sans bains, le mercure n'apparaissait pas dans les urines même au bout de quatre jours.

Ainsi, en admettant la théorie de Voit sur l'élimination du virus syphilitique, il résulte que le traitement hypodermique de la syphilis, combiné avec des bains tièdes, est, d'après l'auteur, le plus rationnel, puisque le mercure, dans ces conditions, s'élimine de l'organisme plus vite (*Wratch*, 7, 1886.)

Cas de hernie ombilicale congénitale. — M. Fager décrit un cas rare de hernie ombilicale congénitale chez un enfant né à terme et bien conformé. La hernie avait 28 centimètres de circonférence et 8 centimètres de longueur. Son contenu présentait une masse formée par des anses intestinales, le cæcum avec l'appendice vermiculaire, le gros intestin, l'estomac et la rate. A l'autopsie, on trouva des traces de périhépatite, des adhérences du foie au sac herniaire et aux autres organes. C'est précisément à ce point de vue que ce cas présente de l'intérêt. Des adhérences avaient empêché le foie et une portion de l'intestin de rentrer dans l'abdomen, et ces organes, à leur tour, en ont entraîné d'autres, comme l'estomac, la rate, etc. Une autre particularité du même sujet, c'est la direction de la veine ombilicale dont le trajet, au lieu d'être ascendant, était dirigé horizontalement à gauche. (*Revue de médecine*, 2, 1886.)

Des modifications que subissent les hémisphères cérébraux dans la vieillesse. — Kostiourine. (Laboratoire d'Obersteiner, de Vienne.) — La majeure partie de cellules nerveuses des circonvolutions cérébrales subissent, dans la vieillesse, une dégénérescence graisseuse et pigmentaire plus ou moins prononcée et perdent leur noyau. Les fibres nerveuses s'atrophient en même temps qu'elles diminuent de nombre par suite de la décomposition du tissu en granulations graisseuses microscopiques. Les vaisseaux deviennent athéromateux, leurs parois s'infiltrent de sels calcaires et s'épais-

---

les comités de deux Congrès consécutifs. Nommée par élection à la fin d'un Congrès, cette commission aurait cessé de fonctionner lorsque le comité d'organisation du Congrès suivant aurait été définitivement constitué. Cette proposition n'a pas été prise en considération. Je me réserve de la développer de nouveau devant le prochain Congrès.

L.-H. Petit.

De l'hydrothérapie contre le goitre exophthalmique. — Rendu.

Dans le cas de goitre exophthalmique, les douches froides ralentissent les contractions cardiaques et calment l'éréthisme nerveux. L'hydrothérapie convient surtout, d'après le professeur Jaccoud, aux personnes chez lesquelles la névrose se complique d'anémie. En tout cas, il est indispensable de graduer la douche d'après l'impressionnabilité des sujets. Aux personnes très excitables, on commence par administrer une douche en pluie chaude de quelques secondes de durée ; puis, au bout de quelques jours, on termine par une douche froide instantanée, dont on accroît progressivement la durée sans jamais dépasser plus d'une à deux minutes. Aux personnes moins excitables, chez lesquelles l'anémie domine, on donne d'emblée la douche froide, à la lance, en évitant la région cervicale. — Les malades s'abstiendront complètement de thé, de café, de tabac et d'alcool et ne se livreront à aucun effort musculaire prolongé. — S'il y a lieu de tenter une cure minérale, on essaiera de l'une ou l'autre des eaux suivantes : Saint-Nectaire, Chatel-Guyon, Ussat, Plombières, Néris, Lamalou. — N. G.

sissent. Le pigment augmente dans les espaces adjacents aux vaisseaux. Dans les endroits où les cellules et les fibres sont atrophiées, on trouve du tissu conjonctif en quantité notable. Dans la couche périphérique des circonvolutions, au voisinage de l'arachnoïde ainsi que dans la substance cérébrale, on rencontre beaucoup de corpuscules amyloïdes. La présence des masses hyaloïdes dans les vaisseaux du cerveau n'est pas la conséquence de la vieillesse. L'intensité du processus atrophique dépend plutôt du poids de la masse cérébrale que de l'âge.

L'existence de ces modifications dans la structure du cerveau explique jusqu'à un certain point l'affaiblissement des facultés intellectuelles, la somnolence, l'inactivité, les mouvements automatiques, l'indifférence pour son entourage, phénomènes qui accompagnent habituellement la vieillesse avancée. (*Wratch*, 2, 1886.) — WINOKOUROFF.

CORRESPONDANCE

La Châtre (Indre), 6 juillet 1866.

Monsieur le rédacteur en chef,

J'espère que vous voudrez bien insérer prochainement, — petite faveur à un ancien abonné, — cette note très limitée et que je voulais vous adresser il y déjà quelques semaines : bien qu'un peu tardif, l'à-propos existe encore.

Je lisais dans l'*Union médicale* du 9 mai dernier le traitement de la méningite tuberculeuse par le docteur Emile Nilsson, médecin suédois, à l'aide d'une pommade à l'iodoforme. Il y a deux ans que j'ai fait le même essai, et trois ans que j'ai employé l'iodoforme à l'intérieur dans cette affection. J'ai toujours échoué dans la méningite tuberculeuse, et c'est à plusieurs reprises que j'ai essayé ce moyen; mais j'ai réussi dans deux cas de méningite franche, en mars 1885 (enfants Gerbaud et Lamoureux). Je n'ai pas eu occasion, depuis, d'appliquer ce traitement nouveau. J'employais, en outre, l'iodure et le bromure de potassium, les révulsifs et quelques adjuvants.

Un des cas était extrêmement grave. L'enfant resta, quelque temps après, comme hébété, et plus longtemps encore absolument sourd. Puis l'intelligence revint intacte.

Dans la méningite tuberculeuse, peut-être qu'en saisissant le début souvent si insidieux du mal il y aurait plus de chances de succès. L'issue favorable signalée par notre collègue étranger serait due à une pénétration plus complète du remède. Il faut observer cependant que les différences sont parfois bien peu tranchées avec la méningite inflammatoire; il est important de dissiper toute incertitude si l'on songe à l'incurabilité notoire de la léson dont il s'agit.

Chez la petite Gerbaud, si profondément atteinte, il y avait bien doute et ambiguité sous ce rapport, et c'est par suite de la guérison que j'ai affirmé le diagnostic d'une fièvre cérébrale sans tubercule.

J'avais eu le malheur de voir l'un des miens aux prises avec cette cruelle maladie (celle, probablement, que la présence des granulations rend la plus impitoyable); et c'est ce qui a contribué sans doute à stimuler mes recherches dans cette voie.

Dans le même sens et selon la même méthode j'ai obtenu d'autres faits non moins importants. Il y a deux ans, une pommade analogue appliquée instamment au cou et sous les mâchoires a été la base d'un traitement qui a guéri manifestement deux cas de croup des plus intenses, à la période d'asphyxie presque continue, et une angine couenneuse chez un nourrisson.

Une autre fois l'angine et la laryngite ont cessé d'être diphthéritiques, mais des ulcérations pharyngées indéfinies ont épuisé le petit être éprouvé par la scarlatine. Il était, du reste, soigné très irrégulièrement à cause surtout de la distance éloignée.

Je reviendrai sur les détails de ces observations.

L'exemple de la méningite mènerait à l'essai dans les myélites; et les propriétés anesthésiques et antizymiques du produit l'indiqueraient même dans des cas d'excitation d'un autre ordre du système cérébro-spinal, tels le tétanos, la rage, le délire aigu, certaines aliénations, en dirigeant les frictions sur toutes les parties les plus voisines des

©BIU Santé

centres nerveux. On en conclut aussi à des tentatives, selon les circonstances, dans des phlegmasies aigues, des septicémies.

J'ai employé, depuis plusieurs années, l'iodoforme en applications extérieures, surtout en pommade, dans nombre d'inflammations, parfois aiguës, plus souvent subaiguës et chroniques, viscérales ou externes; dans des engorgements divers, des tumeurs blanches, des caries, des ulcérations, etc.; contre des virus et ferments (croup — érysipèle, ici concurremment avec l'eau oxygénée à l'intérieur; cette association paraîtrait efficace).

Je l'ai employé aussi à l'intérieur, mais l'application topique m'a paru beaucoup plus féconde.

Sans en faire, bien loin de là, une panacée universelle, je crois qu'il offre les ressources d'un agent fondamental, au moins autant que le mercure en frictions et le calomel à doses réfractées; il a des effets plus multiples, entre autres son action directement ou médiatement antizymique et la sédation qu'il procure; il est plus résolutif et fondant, en restreignant la portée de ce mot.

L'adjonction du mercure est souvent utile, de même celle de la vératrine, la conicine, ou l'extrait de ciguë, de belladone, etc.

Désassimilateur violent, c'est avec circonspection qu'il faut en user dans la phthisie au moment des ramollissements et suppurations qu'il pourrait activer.

Il entrerait dans le type d'une méthode antiseptique, éliminatrice et dépuratoire au point de vue des virus et ferments.

L'action des microbes est souvent bornée à des effets d'inflammation ou d'irritation; en laissant momentanément de côté les décompositions du sang ou les modes divers d'intoxication par lesquels leur nocuité s'exerce.

Voici quelques déductions hypothétiques au milieu desquelles je ferai une courte excursion :

Dans la rage des applications intenses et répétées sur la tête, le cou, le rachis, pourraient s'ajouter au système hypercrinique du docteur Gazymala, avec des calmants énergiques et l'oxygène, l'eau oxygénée;

Dans le choléra, applications sur le ventre pour aider les différents moyens curatifs;

Dans la morve, la variole, absorption par les téguments ou à l'entrée des cavités pour modifier les virus, les ulcérations, les abcès, les pustules, et même la contagion nouvelle;

Dans la syphilis, peut-être ajouterait-il au mercure rapidité, énergie d'action et sédation, effets si désirables dans certains cas; les agents oxygénés et sudorifiques pourraient s'y joindre.

Veuillez agréer, etc.

Dr Prosper Faucher,
Ancien médecin en chef de l'hôpital de Levroux (Indre).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

M. le ministre de l'instruction publique transmet la copie d'un extrait du testament olographe, en date du 6 juin 1871, par lequel M. le docteur Jean-Baptiste Mège a légué 300 francs de rente perpétuelle à l'Académie de médecine, à laquelle il appartenait à titre de correspondant national.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Mahé (de Constantinople), récemment élu correspondant national;

2° Un pli cacheté adressé par M. Béchamp;

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur de Bonnéfoux (de Versailles), sur le *vaccin du choléra.*

M. Hippolyte Blot présente, de la part de M. le docteur Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un *Manuel pratique de vaccination animale*.

M. Tillaux offre en hommage le premier fascicule de son *Traité de chirurgie clinique : Affections chirurgicales de la tête*.

M. Dujardin-Beaumetz dépose : 1° de la part de M. le docteur Traversa, une traduction italienne de son livre *sur les médications nouvelles* ; — 2° de la part de M. le docteur Bourgeois, une note manuscrite *sur la fièvre typhoïde atténuée*.

M. Hervieux présente, de la part de M. le docteur Dacedirac, médecin consultant à Cauterets, deux mémoires sur trois sources de cette médication thermale.

M. Théophile Roussel dépose divers travaux relatifs à l'alcool.

M. Gariel offre en hommage le deuxième volume de son *Traité d'électricité*.

M. Alphonse Guérin présente un travail sur l'origine géologique des eaux de Saint-Honoré, par M. le docteur Marius Odin.

M. Hardy offre en hommage un exemplaire de son *Traité des maladies de la peau*.

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

Le rapport de la commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bouchard ; en deuxième ligne, M. Damaschino ; en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt ; en quatrième ligne, M. Duguet ; en cinquième ligne, M. Dieulafoy ; en sixième ligne, M. Sanné.

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36, M. Bouchard obtient 67 voix ; M. Damaschino, 2 ; M. Dieulafoy, 1 ; M. Cadet de Gassicourt, 1.

M. Bouchard est élu.

— M. Richelot lit un travail intitulé : *Sur un cas d'hystérectomie vaginale ; indications et manuel opératoire*. (Voir plus haut.)

M. Polaillon lit un travail intitulé : *Néphrectomie pour un rein flottant douloureux. Guérison. Observation et présentation de l'opérée*.

L'auteur fait observer que l'indication d'enlever un rein flottant est extrêmement rare. La mobilité d'un rein n'a ordinairement aucun retentissement sur la santé. Elle ne constitue qu'une gêne plus ou moins grande à laquelle une ceinture ou un bandage approprié remédie.

Pourtant cette bénignité n'est pas constante. Quelques reins flottants sont l'occasion de vives douleurs quand ils sont comprimés, quand ils subissent un déplacement pendant la station debout, la marche, les efforts. Exceptionnellement, les douleurs deviennent excessives, et les malades ne parviennent à se soulager que par le repos absolu dans le décubitus dorsal.

Lorsque la médecine et l'orthopédie sont impuissantes contre les reins flottants névralgiques, il ne reste plus d'autre ressource que l'intervention chirurgicale, qui conduit à une opération, la néphrorrhaphie et la néphrectomie.

La néphrorrhaphie consiste à aller chercher le rein mobile par une incision lombaire et à le fixer dans sa place normale à l'aide de quelques points de suture.

La néphrectomie est indiquée si les douleurs provoquées par le rein flottant sont violentes et rebelles à tous les narcotiques, si la santé s'altère, si le patient est mis, par son affection, dans l'impossibilité de gagner sa vie, si surtout le diagnostic a établi l'intégrité fonctionnelle du rein opposé.

La néphrectomie, dans le cas de rein névralgique, doit être une opération exceptionnelle en raison de sa gravité, plus exceptionnelle encore que l'ovariotomie, dans les cas de névralgie incurable de l'ovaire.

La malade qui est le sujet de l'observation de M. Polaillon avait été observée pendant deux ans par M. le docteur Audhoui. Il en était arrivé à penser qu'on ne pouvait la guérir qu'en enlevant le rein flottant.

M. Polaillon a étudié lui-même la malade pendant cinq mois dans son service. Le rein

©BIU Santé

était si mobile qu'il se rencontrait indifféremment dans toutes les régions du ventre et qu'on pouvait le saisir entre les doigts à travers les parois abdominales.

M. Polaillon pratiqua une laparotomie sur la ligne médiane. Mais au lieu de trouver un rein pédiculé, comme il s'y attendait, il reconnut que cet organe se mouvait dans le tissu cellulaire extrêmement lâche de l'espace rétro-péritonéal, et qu'il ne se comportait en aucune façon comme une tumeur pourvue d'un pédicule. Pour le mettre à découvert, il fut obligé d'attirer hors du ventre une partie de l'intestin grêle, puis de le faire glisser en dehors du côlon ascendant jusque dans le flanc droit, où il le saisit et l'énucléa après avoir déchiré le péritoine à sa surface.

Les vaisseaux du hile furent liés en masse avec deux fils de catgut superposés; puis, le rein ayant été détaché, trois gros vaisseaux furent encore liés, sur la section du pédicule, avec de la soie antiseptique.

Après quelques accidents, l'opérée était guérie en vingt-cinq jours.

— A quatre heures vingt minutes, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national (première division).

COURRIER

Par décret, en date du 24 juin 1886, M. le docteur Chalamet, vice-président du Conseil général de la Drôme, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 24 juin 1886, inséré au *Journal officiel* du 8 juillet, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Baudouin, directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Hurst, Giard, Fée, Tarneau ; M. le médecin-major de première classe Millet ; M. le pharmacien principal de première classe Marty.

Au grade de chevalier. — M. le médecin principal de deuxième classe Laveran ; MM. les médecins-majors Billet, Magdelaine, Duprey, Ribard, Granjux, Grach-Laprade, Dubarry, Bressy, Cordier, Playoust, Mazellier, Pouchet, Gresnion-Menuau ; MM. les pharmaciens-majors Burcker, Marty ; MM. les docteurs Leroux, médecin à l'hôpital mixte de Caen, de Gauljeac, médecin à l'hôpital mixte d'Agen.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 8 novembre 1886, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne seront pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

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 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

I. L.-G. Richelot : Sur un cas d'hystérectomie vaginale. — II. F. Terrier : Ovariotomie double. — Guérison. — III. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Lyon (1er trim. 1886). — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Variétés : L'antiseptie chirurgicale pendant la guerre serbo-bulgare. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Sur un cas d'hystérectomie vaginale

(Indications et manuel opératoire)

Par L.-G. Richelot (1).

La première fois que je fis l'ablation totale de l'utérus par les voies naturelles (8 août 1885), je procédai comme on le fait à l'étranger, comme le conseille notre collègue de Bordeaux, M. Demons (thèse de Jules Doche, Paris 1884) : j'appliquai péniblement des ligatures en fil de soie sur les ligaments larges. Une des ligatures, bien que serrée très vigoureusement, lâcha prise, et ma malade mourut d'hémorrhagie. Bientôt après, mon collègue Terrier, qui avait guéri sa première opérée, perdit la deuxième de la même façon. Ce double échec m'inspira l'idée d'un nouveau traitement des ligaments larges, qui fut communiqué à la Société de chirurgie le 11 novembre 1885, à peu près en ces termes : « La ligature des ligaments larges est la pierre d'achopement 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 la simplifier, sans y parvenir absolument. On trouve notés, comme cause de mort, la péritonite, l'hémorrhagie et le collapsus ; mais 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, le premier ligament accroché par son bord supérieur, il est facile 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 ?

« En second lieu, l'hémostase est assurée, car la pression des pinces pendant vingt-quatre heures suffit à oblitérer définitivement des artères même volumineuses.

« Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient qui puisse compenser les avantages des pinces longues substituées aux ligatures. Les tissus comprimés

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

©BIU Santé

par la pince se comporteront comme les tissus étranglés par le fil ; les pinces rempliront l'office de drains pendant vingt-quatre heures... »

Vous voyez, Messieurs, que ce procédé n'est qu'une application particulière de la forcipressure, méthode générale dont plusieurs chirurgiens revendiquent la paternité. J'ai lu tout récemment, dans la *Gazette des hôpitaux* du 6 juillet, une leçon clinique de M. Péan, où se trouvent énumérés les avantages des pinces à pression continue dans une foule d'opérations, entre autres l'ablation de l'utérus par le vagin ; l'auteur y parle de ses « nombreuses hystérectomies vaginales ». Il n'est dit positivement nulle part que les pinces lui aient servi, dans cette opération, à l'hémostase définitive ; mais il serait difficile au lecteur de ne pas le supposer ; et la preuve, c'est qu'on lit ce matin 13 juillet, dans le même journal, une intéressante observation de M. le docteur Buffet (d'Elbeuf), où les pinces longues ont été employées exactement comme je l'ai dit à la Société de chirurgie le 11 novembre 1885, et où la priorité n'en est pas moins attribuée à M. Péan. Or, j'ai beau chercher dans les écrits du chirurgien de Saint-Louis, je ne trouve que trois observations d'hystérectomie vaginale, pratiquées en 1882, la même année que la première de M. Demons (1) : deux fois pour des tumeurs fibreuses, une fois pour un cancer propagé au ligament large. Dans les trois cas, l'auteur a utilisé les pinces hémostatiques pendant l'opération, comme nous le faisons tous pour une amputation du sein, par exemple ; mais toujours il a retiré les pinces et placé des ligatures ; il ajoute même explicitement qu'il faut placer des ligatures, enlever les pinces et fermer le péritoine. Il dit encore n'avoir fait l'opération que deux fois pour extirper des corps fibreux, et la condamne à peu près complètement pour l'épithéliome (2). Je puis donc affirmer que nul chirurgien n'a encore mis en pratique le procédé que je conseille, pour la même opération et dans les mêmes termes, c'est-à-dire *en laissant les pinces longues à demeure dans la cavité pelvienne, en plein péritoine, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, pour simplifier l'acte opératoire, abréger la manœuvre intra-péritonéale et assurer l'hémostase définitive.*

Pour en finir avec cette question, je résumerai en quelques lignes les divers temps de l'hystérectomie vaginale ainsi perfectionnée.

a) La malade, préparée depuis quelques jours par des irrigations vaginales, est placée en travers sur son lit, le bassin légèrement élevé ; deux aides maintiennent les cuisses fléchies vers l'abdomen ; le chirurgien procède au cathétérisme et fait une injection de sublimé.

b) Deux écarteurs coudés à lame étroite étant placés latéralement, l'opérateur déprime la fourchette avec un ou deux doigts de la main gauche, et introduit une pince de Museux qui va saisir le col ; pour le tenir solidement, deux pinces placées côte à côte ne sont pas inutiles. L'utérus est abaissé doucement.

c) Avec un bistouri ordinaire, incision du cul-de-sac vaginal antérieur. Ne la faites pas trop haut, de peur de toucher la vessie. Continuez l'incision circulairement autour du col, incliné puis relevé à l'aide des pinces de Museux. Les deux écarteurs à lame étroite suivent les mouvements de l'opérateur, et sont presque toujours suffisants ; une valve de Sims, qui

(1) Péan, Leçons de clinique chirurgicale, t. IV.

(2) Derniers renseignements (16 juillet) : M. Péan a fait six nouvelles ablations totales, et s'en tient toujours au même procédé.

donne beaucoup de jour sur un point, mais qui tire sur les parties voisines et empêche de voir l'ensemble, est rarement nécessaire. Le tranchant du bistouri, toujours perpendiculaire à la surface de l'utérus, détache entièrement la paroi vaginale, sectionne les brides celluleuses et dégage le col.

d) Les doigts suffisent d'ordinaire pour décoller rapidement la vessie ; ils atteignent le fond de l'utérus et sentent le cul-de-sac péritonéal tendu au fond de la plaie. Il faut alors soulever la vessie avec l'index de la main gauche, conduire une pince au ras de l'utérus, saisir et attirer le péritoine, y faire une boutonnière avec le bistouri ou les ciseaux. Puis les deux index, introduits dans la boutonnière, le déchirent largement ; une éponge montée est placée dans l'ouverture béante.

e) En arrière, la manœuvre est beaucoup plus facile. En coupant vers l'utérus, on atteint vite le cul-de-sac péritonéal et souvent on l'ouvre sans l'avoir prévu ; en tous cas, le rectum est plus loin du bistouri que ne l'était, la vessie tout à l'heure. La boutonnière faite et largement déchirée, on place une éponge montée comme devant ; l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges.

Tous les temps qui précèdent ont pu être exécutés rapidement ; celui qui reste, long et pénible dans les anciens procédés, ne nous demandera ni plus de patience ni plus de peine.

f) Supposons d'abord que le cas est facile, c'est-à-dire que l'utérus descend volontiers. Après avoir complété, s'il y a lieu, par quelques coups de bistouri à droite et à gauche, le dégagement du col, j'introduis l'index de la main gauche en avant de l'utérus et j'accroche le bord supérieur d'un ligament large ; puis, prenant la pince longue et courbe sur le champ (1), j'introduis un mors dans la déchirure postérieure du péritoine et l'autre dans la déchirure antérieure. Le ligament se trouve ainsi embrassé ; je pousse de bas en haut, et mon doigt placé en crochet m'indique si l'extrémité de la pince a dépassé le bord supérieur ; alors je serre au dernier cran, je coupe au ras de l'utérus, et j'attire l'organe au dehors. Le pincement et la section du second ligament large se font à ciel ouvert.

Si, au contraire, l'utérus ne veut pas descendre, les premiers temps n'en sont pas notablement modifiés, mais le traitement des ligaments larges offre des difficultés nouvelles. Dans ce cas, les parties latérales du col étant bien dégagées, au lieu d'aller chercher le bord supérieur du ligament, peu accessible, je propose de saisir d'abord avec une pince droite sa moitié inférieure. Les mors de cette pince, un peu moins longue et moins puissante que la courbe, sont introduits de la même façon ; puis on coupe au ras de l'utérus dans la hauteur de la pince. L'organe ainsi libéré à droite et à gauche, dans une grande étendue, se laisse attirer avec moins d'efforts, et il devient aisé de placer d'autres pinces au niveau de ses cornes.

Quand on a procédé de la sorte, et je l'ai fait chez ma dernière opérée, on laisse dans la plaie au moins quatre pinces ; on n'en laisserait que deux si on étreignait les ligaments d'un seul coup. Mais il faut toujours s'attendre à en laisser davantage, hémostatiques ordinaires, longues, droites ou courbes, car des vaisseaux peuvent saigner, avant ou après l'ablation de

(1) *Courbe sur le champ* veut dire que, les anneaux étant placés de champ, dans la position naturelle de la main qui coupe avec des ciseaux, l'instrument regarde le chirurgien par sa concavité. Les ciseaux courbes dont nous nous servons journellement sont *courbes sur le plat*.

©BIU Santé

l'utérus, sur la section du vagin ou dans le tissu cellulaire. J'ai placé huit pinces chez Marie M..., à peu près autant chez les suivantes.

Vous remarquerez, Messieurs, que je n'ai fait mention d'aucun des appareils spéciaux, lits mécaniques, pinces de Museux modifiées, endoceps, bistouris extraordinaires que certains auteurs recommandent. Je ne refuse, bien entendu, aucun progrès de ce genre; mais je n'ai pas eu jusqu'ici à les mettre à l'épreuve, et j'ai tenu à décrire l'opération dans ses termes les plus simples.

Tout n'est pas fini. Que faire de la plaie vaginale, et quel pansement choisir? Dans mon premier cas, où j'ai fait usage des ligatures, j'ai suturé le vagin sur la ligne médiane et placé un tube à chacun des angles de la plaie; chez Marie M..., j'ai suturé entre les pinces, qui faisaient l'office de drains pendant quarante-huit heures. Mais il est difficile de manœuvrer à cette profondeur au milieu des pinces, et d'ailleurs c'est parfaitement inutile; la plaie doit rester béante, et la cavité vaginale se remplit mollement avec des tampons d'ouate iodoformée. Puis la malade est placée commodément dans son lit; les pinces sont entourées d'ouate et bien soutenues entre les jambes un peu fléchies.

J'ai toujours retiré les pinces au bout de quarante-huit heures; mais on pourrait le faire dès le second jour. D'ailleurs tout reste en place, et la malade n'est pas dérangée.

Il n'est pas question de faire, pendant les premiers jours, des irrigations qui pourraient entrer largement dans le péritoine. On les commence un peu plus tard, les tampons enlevés, quand les parties profondes se sont rétractées spontanément; au début, l'injection n'est qu'un lavage de l'entrée du vagin. L'iodoforme est ici un merveilleux antiseptique; les premiers tampons peuvent rester six à huit jours, un peu moins s'il y a quelque odeur; pendant ce temps, la malade est sondée régulièrement. Quand on a commencé les irrigations de sublimé au millième (de trois à cinq par jour), le pansement consiste en un tampon iodoformé placé mollement à l'entrée du vagin, ouate aseptique et bandage en T. Ainsi traitées, les malades ont d'abord quelques douleurs, des vomissements réflexes et une très légère élévation thermique; au bout de huit jours, elles sont bien portantes et peuvent se lever à la fin de la troisième semaine.

Telle est, Messieurs, la conduite que je recommande et qui m'a parfaitement réussi, puisqu'après avoir perdu ma première malade, opérée à l'ancienne manière, j'ai fait quatre fois l'hystérectomie vaginale et compté quatre succès. Après Marie M..., dont je vous ai rapporté l'histoire, j'ai opéré le 20 mai 1886, dans le service de M. Verneuil, une malade pour laquelle mon excellent maître m'avait appelé. Elle portait une énorme tumeur végétante du col, malheureusement propagée au ligament large du côté droit. Nous n'avions pas reconnu la propagation; la pince longue a été placée facilement à gauche, mais à droite il m'a été impossible de dépasser avec l'instrument les limites du néglasme; j'ai saisi comme j'ai pu, avec des pinces de différents modèles, le tissu cancéreux friable et saignant; les suites de l'opération, qui avait duré une heure un quart, ont été fort simples. Aujourd'hui, la malade est naturellement en pleine récidive, et je ne défendrai par l'opportunité de l'intervention; mais j'ai le droit d'enregistrer le succès opératoire.

J'ai opéré, le 11 juin 1886, une femme de 33 ans, vigoureuse et bien portante, pour laquelle mon collègue Terrier, avec son obligeance habituelle,

m'avait prêté son service de l'hôpital Bichat. C'était un cancer de la face interne du col; les deux pinces courbes sur le champ et cinq pinces droites furent laissées à demeure; l'opération dura trente-cinq minutes; la température atteignit une seule fois 38°4. La malade s'est levée après vingt et un jours, et a quitté l'hôpital au bout d'un mois dans le meilleur état de santé.

Enfin, ma dernière hystérectomie vaginale est du lundi 5 juillet. Il s'agit d'une femme de 41 ans, que j'ai fait entrer à l'hôpital Bichat après l'avoir observée dans le service de mon collègue Landrieux, à Saint-Antoine. Elle avait une sciatique double très intense et une paraplégie prononcée, souffrant toujours et faisant à peine quelques pas. L'utérus paraissait en rétroflexion, mais par le toucher rectal on reconnaissait la présence de plusieurs petits fibromes faisant saillie en arrière. Il y avait une cloison verticale du vagin, qui devait faire penser à un utérus bifide; en effet, j'ai trouvé deux cavités cervicales, deux orifices, deux cavités utérines. Au cours de l'opération, le cul-de-sac antérieur du péritoine était fort élevé, comme il arrive dans cette anomalie; l'utérus était bourré de fibromes, enclavé, adhérent à l'enceinte pelvienne; j'ai dû rompre les adhérences avec le doigt, et l'opération a duré plus d'une heure. Néanmoins, la malade a très peu souffert pendant deux jours et n'a vomi que le soir de l'opération; la température n'a jamais atteint 38°, et la guérison est maintenant acquise.

Après avoir rappelé mes observations, j'ajouterai que plusieurs de mes collègues ont fait usage du nouveau procédé. Un jour, M. Terrier dut laisser à demeure, par nécessité, deux pinces hémostatiques ordinaires sur la partie supérieure d'un ligament large où le fil de soie lâchait prise. Il n'eut pas à s'en repentir, et depuis lors adopta les pinces à demeure; ses malades ont guéri comme les miennes. MM. Trélat et Bouilly ont agi de même et ont eu des succès comparables.

Je conclus en répétant ce que j'ai dit plus haut : les pinces longues laissées à demeure dans la cavité pelvienne simplifient l'acte opératoire, abrègent la manœuvre intra-péritonéale et assurent l'hémostase définitive. Elles constituent un progrès sur tous les procédés connus.

Je conclus aussi relativement aux indications : le cancer utérin, et c'est fort heureux, n'est pas le seul motif d'intervenir par l'hystérectomie vaginale. Alors même que la terrible question des récidives sera mieux éclaircie, nous aurons toujours à compter avec des cas désespérants. Au contraire, les lésions sans récidive ne laissant après elles aucune arrière-pensée, nous devons les regarder comme les indications les plus intéressantes de l'hystérectomie vaginale. Je l'ai faite et la ferai encore pour de petits fibromes et pour une simple rétroflexion utérine à symptômes menaçants; je la ferai certainement pour des prolapsus rebelles. Et, puisqu'il semble avéré aujourd'hui qu'il est moins grave, toutes choses égales, d'enlever les tumeurs et les organes pelviens par les voies naturelles que par l'incision abdominale, je m'attacherai à saisir, au moment où on peut leur donner passage, les lésions qui déjà menacent la vie et celles dont la marche progressive annonce pour plus tard ou des troubles irrémédiables, ou la nécessité d'une intervention plus dangereuse. Ainsi comprise, et secourue par un bon outillage, l'hystérectomie vaginale est un opération d'avenir.

©BIU Santé

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

Ovariotomie double. — Guérison.

La nommée Istasse Louise, femme Simpère, âgée de 53 ans, épicière, rue de la Voûte, 36, à Paris, entre le 25 mars 1884, à la salle Chassaignac, lit n° 29. Le début de l'affection paraît remonter à une vingtaine d'années. Vers cette époque, les règles, jusqu'alors normales, sont devenues pénibles et ont même fait défaut pendant un certain temps. Cet état s'accompagnait de douleurs lombaires, périnéales et hypogastriques.

Le ventre a commencé à grossir il y a quinze ans environ, il s'est développé très lentement sans amener autre chose qu'un peu de gêne.

Depuis sept ans, il existe une douleur sourde et contusive dans le flanc et la fosse iliaque gauches. Cette douleur et le volume toujours croissant du ventre décidèrent la malade à consulter un médecin qui diagnostiqua un kyste ovarique et conseilla à la malade de se rendre à Paris. M. Péan fut alors appelé auprès d'elle, il confirma le diagnostic de kyste de l'ovaire et conseilla de remettre l'opération à plus tard.

Le kyste a continué son évolution silencieuse, la gêne est devenue très grande depuis quelques années, la marche est fort pénible, la malade s'essouffle rapidement et ressent immédiatement des douleurs dans les reins et les membres inférieurs, ces douleurs s'atténuent beaucoup dans le décubitus dorsal.

Les autres signes de compression sont peu marqués, la miction n'est pas douloureuse, mais elle est devenue très fréquente, la malade est même forcée de se lever plusieurs fois la nuit pour vider sa vessie. Il n'y a pas de constipation, pas d'œdème des membres inférieurs. L'appétit s'est toujours maintenu, les digestions sont faciles, l'état général est resté excellent, la température oscille au voisinage de 37°. Il n'y a ni sucre ni albumine dans l'urine.

Il y a dix-huit mois, M. Péan est de nouveau consulté, il conseille l'intervention.

Il y a un an la malade entre à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, qui lui fait une ponction à gauche de l'ombilic. Il retire 16 litres d'un liquide brun. La malade quitte l'hôpital quelques jours après et y rentre le 25 mars 1884. Depuis un an les règles sont devenues irrégulières et plus abondantes.

Cette femme, réglée depuis l'âge de 14 ans, a été bien menstruée jusqu'à l'âge de 33 ans. A cette date, les époques menstruelles sont devenues irrégulières, se sont même supprimées pendant un certain temps, puis elles ont repris leur cours régulier. Enfin, depuis un an, elles sont redevenues irrégulières et plus abondantes. Sur trois enfants, deux sont morts pendant l'accouchement qui s'est fait avec une extrême lenteur; le dernier enfant est venu vivant et l'accouchement a été facile. La malade n'a jamais fait de fausses couches. Elle a été soignée pour une ulcération du col de l'utérus il y a environ quatorze ans.

La mère de la malade est morte après avoir eu des pertes très abondantes pendant trois ans.

Le ventre irrégulièrement ovoïde est énorme, sa circonférence au niveau de l'ombilic mesure $1^{m},30$. Il retombe sur le pubis et les cuisses et déborde les crêtes iliaques. Il est asymétrique. Le côté gauche du ventre est plus saillant et paraît plus étroit que le droit qui est large et aplati ; pourtant la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure est de 35 centimètres à gauche, et seulement de 32 centimètre à droite. L'ombilic effacé et déplissé, reporté à gauche est à 27 centimètres de l'appendice xiphoïde, à 39 du pubis. Néanmoins, comme le ventre retombe sur les cuisses et le pubis, au premier abord l'ombilic paraît abaissé.

Sur la partie du ventre qui surplombe le pubis existe une saillie ayant la forme et le volume d'une main ouverte, étendue transversalement dans la région hypogastrique. Cette saillie n'existerait que depuis dix-huit mois.

La peau est distendue, couverte de vergetures dans la portion sous-ombilicale ; il n'y a pas de dilatations veineuses.

La palpation fait reconnaître deux poches fluctuantes, l'une occupant toute la moitié

©BIU Santé

gauche de l'abdomen, l'autre située à droite et remontant moins haut. La saillie hypogastrique est très dure et paraît solide. Il n'y a pas d'ascite.

La matité est limitée supérieurement par une ligne passant transversalement à 12 centimètres au-dessus de l'ombilic et gagnant latéralement les crêtes iliaques ; l'épigastre, les hypochondres, les flancs, les échancrures costo-iliaques sont donc sonores. La matité remonte un peu moins haut à droite qu'à gauche.

Le col peut à peine être atteint à cause de la position très élevée qu'il occupe, il est appliqué contre la symphyse pubienne.

Le 26 mars une ponction est faite à 10 centimètres à gauche de l'ombilic, elle donne issue à 14 litres d'un liquide brunâtre offrant les mêmes caractères que celui de la première ponction.

L'opération est pratiquée le 20 mai 1884 avec l'aide de MM. Berger et Périer; MM. les docteurs Brun, Jalaguier, Lediberder fils, Guiesse et Defontaine y assistent.

L'incision médiane, assez longue et sous-ombilicale, arrive très rapidement au péritoine, les parois abdominales étant fort amincies par la distension. Le péritoine ouvert, il s'écoule un peu d'ascite, et aussitôt on agrandit l'ouverture abdominale en haut et en bas à l'aide des ciseaux.

Des adhérences très intimes du kyste et de la paroi abdominale sont détachées, surtout à droite et en bas. En haut et à droite, on détache des adhérences épiploïques, l'épiploon adhérant à la fois au kyste et à la paroi abdominale. Ces diverses adhérences sont liées avec du catgut.

Le kyste est ponctionné, et on évacue 17 litres de liquide; à mesure que se vide la poche, on détache les adhérences pariétales et épiploïques, plus quelques adhérences celluleuses au côlon transverse. Deux brides celluleuses sont sectionnées entre deux pinces et liées.

La tumeur ne pouvant encore sortir, on prolonge l'incision abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic; on voit alors qu'une partie du kyste est contenue entre les deux lames du ligament large gauche; ce ligament est très hypertrophié, comme d'ailleurs l'utérus.

L'ovaire droit, kystique, est enlevé et une double ligature en X est placée sur son pédicule.

Quant à la partie inférieure de la masse kystique gauche, elle est péniblement énucléée du ligament large correspondant : tout d'abord, on fait le pédicule utéro-ovarien qu'on lie avec deux fils de soie croisés en X; puis on ouvre la paroi postérieure du ligament large et on énuclée peu à peu le kyste, soit à l'aide des doigts, soit avec des ciseaux. Cette énucléation intéresse un certain nombre de vaisseaux et nécessite le placement de cinq à six pinces hémostatiques, qui sont remplacées par des ligatures au catgut, ligatures passées sous les vaisseaux et dans les tissus avec une aiguille de Reverdin courbe.

L'angle gauche de l'utérus et toute la partie correspondante du ligament large sont saisis avec deux pinces courbes au-dessus desquelles on sectionne le kyste pour l'enlever. Ultérieurement, on applique sur ce pédicule quatre ligatures de soie en chaîne. Une ligature isolée, avec un fil de soie fin, est encore placée sur un gros vaisseau du ligament large.

Toilette minutieuse du péritoine; on étale l'épiploon en avant des viscères, sa ligature étant en bas dans le cul-de-sac utéro-vésical.

Suture de la paroi avec douze fils profonds et un superficiel.

L'opération, faite avec les précautions de la méthode de Lister, a duré une heure un quart.

Le 20 mai. — Soir : Quelques douleurs dans le bas-ventre; pas de nausées. Glace, champagne, 1 centigramme de morphine en injection hypodermique. Temp. 38°, pouls 88, resp. 28.

Le 21. — Matin : La nuit a été bonne, il n'y a pas eu de vomissements. Un peu de sang suinte par le vagin depuis ce matin; la malade avait, quelques jours avant l'opération, un léger écoulement sanguin; mais celui-ci avait complètement cessé dans la soirée du 19 mai, veille de l'opération. Temp. 38°, pouls 82, resp. 21. — Soir : Quelques douleurs abdominales assez vives; pas de vomissements. Quelques gaz sont émis

©BIU Santé

par l'anus. Quantité d'urine en vingt-quatre heures : trois quarts de litre. Temp. 39°, pouls 104, resp. 24.

Le 22. — Matin : Peu de douleurs. Gaz expulsés spontanément par l'anus. Urine seule depuis ce matin. Temp. 38°9, pouls 100, resp. 28. — Soir : La malade ne souffre plus du ventre, émet des gaz par l'anus. Temp. 39°2, pouls 102, resp. 28. Quantité d'urine : un litre.

Le 23. — Matin : L'état de la malade est très satisfaisant. Temp. 38°2, pouls 96, resp. 24. — Soir : Même état. Urine : un litre. Temp. 39°, pouls 96, resp. 28.

Le 24. — Matin : Premier pansement, réunion par première intention parfaite ; quatre fils profonds et un superfiéiel sont enlevés. Temp. 38°, pouls 88, resp. 20. — Soir : Temp. 38°8, pouls 96, resp. 28. Urine : un litre un quart.

Le 25. — Matin : Le suintement sanguin, qui persistait depuis le lendemain de l'opération, disparaît aujourd'hui. Temp. 38°4, pouls 92, resp. 24. — Soir : Temp. 39°. La malade rentre dans la salle commune.

Le 26. — Matin : Deuxième pansement ; les fils sont tous enlevés.

Depuis cette époque, la malade se plaint toujours du bas-ventre, la pression y produit de la douleur, on y sent l'utérus dont le volume égale celui des deux poings. La température est élevée, elle marque 38°4 et même 39° le soir. Du 13 juin au 16, la température présente de grandes oscillations entre 38° le matin et 39° à 39°5 le soir ; ces oscillations cèdent rapidement au sulfate de quinine.

Le malade sort le 29 juin 1884.

Le 5 mars 1885. — La cicatrice, entièrement sous-ombilicale, a 11 centimètres de longueur et est à peine visible ; il existe une hernie ombilicale et un peu d'éventration au milieu de la cicatrice.

En bas de celle-ci, on remarque un petit trajet fistuleux qui résulte d'un abcès ouvert en novembre dernier. Ce trajet paraît pénétrer profondément vers le bassin. Il gène peu la malade, dont l'état général est très bon.

Elle n'a pas revu ses règles depuis la sortie de l'hôpital.

La tumeur enlevée était un kyste uniloculaire, offrant à sa face interne de nombreuses végétations. Les parois sont fort épaisses et renferment dans leur épaisseur une certaine quantité de petites productions kystiques.

Le kyste pesait 1 kilog. 100 gr. qui, ajoutés aux 17 litres retirés par la ponction, donne un poids total de 18 kilog. 100 gr. environ.

Le second ovaire était kystique, mais peu volumineux.

En résumé, cette double ovariotomie offre un point intéressant, l'inclusion du kyste dans l'épaisseur du ligament large gauche, d'où la nécessité de faire deux pédicules de ce côté et de lier un assez grand nombre de vaisseaux entre les deux lames des ligaments larges. Notons, qu'après cette double ablation des ovaires, la malade n'a plus revu ses règles.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

C'est dans le but de confirmer une théorie proposée par M. Parinaud que M. Bouveret présentait les globes oculaires d'un individu ayant succombé à une néphrite interstitielle. Dans cette communication sur les *lésions de l'œil dans la néphrite*, notre confrère insiste sur l'étranglement des deux papilles, étranglement comparable à celui qu'on observe dans les tumeurs cérébrales ; le contour du disque a disparu ; le disque fait saillie sur le plan rétinien ; les vaisseaux sont effacés, et il existe de petits foyers hémorrhagiques. L'autopsie confirmait les altérations qu'on avait constatées à l'examen ophthalmoscopique. D'après M. Bouveret, ce fait démontre que l'œdème cérébral, si fréquent dans les cas de néoplasmes encéphaliques, « est l'intermédiaire indispensable entre le néoplasme et la papille étranglée ».

©BIU Santé

L'observation que M. Vinay présentait sous le titre d'*athérome des artères et de rétrécissement des orifices du cœur gauche* n'a certainement pas la prétention de signaler un fait nouveau. Néanmoins, elle présente et elle montre la compatibilité de telles lésions avec la vie pendant de longues années. Chez ce malade, les lésions de l'athérome artériel déterminèrent un rétrécissement aortique extrême et un rétrécissement annulaire moyen de l'orifice mitral. Restées longtemps latentes, ces lésions ne provoquèrent la dyspnée et l'asystolie que durant les deux derniers mois. M. Vinay trouve la raison de cette tolérance dans l'intégrité relative du myocarde et de l'irrigation sanguine des parois du cœur. Une autre particularité était la forme annulaire du rétrécissement qui, pendant la vie, s'accusait par un bruit de piaulement et par cette *soif d'air* caractéristique de cette lésion, d'après M. Mollière, causée par l'insuffisance de l'hématose et non pas par des altérations pulmonaires.

M. Daniel Mollière est venu, dans la même séance, déposer en faveur de l'antisepsie dans le *traitement de l'anthrax sans incision*. Ce procédé consiste à soumettre le malade au jet d'une solution de sublimé au millième et à exprimer, aussi doucement que possible, les bourbillons de l'anthrax. La surface de la plaie est recouverte d'une pâte composée d'eau et d'acide borique, et que l'on maintient par un pansement avec la tarlatane boriquée. Le lendemain, on pouvait exprimer la tumeur sans douleur, et, huit jours plus tard, la guérison était obtenue sans cicatrice difforme.

C'est aussi une affection chirurgicale, la *maladie kystique de la mamelle*, dont M. Albertin entretenait la Société lyonnaise au nom de M. Poncet. Ici, en effet, il existait des kystes multiples dans le parenchyme glandulaire, récidivant depuis douze ans, sans ganglions et sans infection générale. L'indication opératoire était l'extirpation totale de la glande mammaire. M. Poncet en a obtenu des résultats heureux et partage l'opinion de M. Reclus sur la nature et le traitement de cette maladie.

Dans ce même domaine de la chirurgie, M. Augagneur a entretenu ses collègues de *complications tardives de la blennorrhagie*. Il désigne de préférence, sous le nom de *testicule blennorrhagique*, les accidents habituellement connus sous celui d'orchite et d'épididymite. Il les a vus se développer longtemps après tout écoulement uréthral et se demande si on ne devrait pas les attribuer « à la persistance de colonies de gonococcus « dans les vésicules séminales, où elles prolifèreraient à un certain moment sous l'influence de causes occasionnelles ».

M. Poncet a traité une question également pratique à propos d'un cas de *hernie crurale étranglée sans tumeur apparente*. Il a été conduit à en conclure qu'il est nécessaire de pratiquer toujours la kélotomie contre les accidents d'occlusion intestinale, même à défaut de signes locaux et d'étranglement de la tumeur herniaire. Les insuccès de la kélotomie sont le plus souvent imputables, ajoute-il, à la date de l'étranglement ou aux lésions intestinales plutôt qu'à l'opération elle-même.

Enfin, M. Blanc a rapporté, avec les pièces anatomiques à l'appui, un cas d'*hémiplégie droite avec déviation conjuguée du côté gauche*. L'hémorrhagie avait détruit les deux tiers supérieurs de la circonvolution frontale ascendante et le pied de la deuxième circonvolution frontale. Cette observation confirmerait l'opinion de Ferrier, qui place le centre de la déviation conjuguée dans le pied de la deuxième circonvolution frontale et infirmerait l'avis de M. Landouzy localisant ce phénomène dans le pli courbe. Ne faut-il pas voir plutôt, dans ce fait, une nouvelle preuve des incertitudes sur le siège de certaines localisations motrices ?

Parmi les autres communications des membres de la Société, il faut noter enfin : la présentation par M. Albertin, interne des hôpitaux de Lyon, d'une *tumeur adénomateuse de la région sous-maxillaire gauche*, tumeur rare, à coup sûr, par son siège; l'observation de *fibrome douloureux de l'ovaire* opéré par M. Rendu; la présentation, par M. Chapotot, d'une malade atteinte d'un *kyste branchial*, de situation insolite, *au-dessus du pavillon* de l'oreille droite, et les remarques de M. Mouisset, interne des hôpitaux lyonnais, sur un *anévrysme de la crosse aortique* ayant déterminé, par la compression de l'artère pulmonaire, des lésions tuberculeuses de cet organe. — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. VULPIAN présente une note de M. S. Lewachew, intitulée : *Etudes comparatives sur l'influence des deux ordres de nerfs vaso-moteurs sur la circulation de la lymphe, sur leur mode d'action et sur le mécanisme de la production lymphatique.*

« Les recherches que j'ai faites sur la production de la lymphe dans les membres postérieurs du chien et que j'ai résumées dans ma note précédente m'ont démontré que, sous l'influence des différentes espèces de nerfs vaso-moteurs, la production lymphatique peut subir des variations dans le même sens, comme, dans certains cas, des modifications identiques de la circulation sanguine se produisent, sous l'influence des fibres vaso-motrices d'ordre différent. Il est facile, en général, de faire l'étude comparative de l'action des différentes espèces de nerfs vaso-moteurs. Il s'agit seulement de rechercher si les changements analogues, produits dans la circulation du sang, sous l'influence des nerfs vaso-constricteurs d'une part, et des nerfs vaso-dilatateurs d'autre part, déterminent, dans les mêmes conditions, des variations de même intensité ou d'intensité différente dans la production lymphatique ; dans le dernier cas, il faut encore rechercher quelles sont les fibres vaso-motrices qui exercent constamment une action plus forte et à quelle circonstance cela peut tenir. Mais il est très difficile de poursuivre cette étude sur les membres postérieurs : en effet, toutes les fibres vaso-motrices de la patte sont intimement liées au même tronc nerveux. Il s'ensuit que les différents modes ordinaires d'irritation de ce tronc produisent, dans la plupart des cas, des phénomènes dus à l'excitation des fibres les plus nombreuses et exerçant, par suite, l'action la plus forte (vaso-constrictives), tandis que les effets d'excitation des vaso-dilatateurs ne se manifestent pas. Néanmoins, nous avons quelques procédés directs et indirects qui mettent en jeu l'action des fibres vaso-dilatatrices sans produire d'effet sur les vaso-constricteurs. Ainsi, l'irritation du nerf par un courant continu produit une irritation directe des vaso-dilatateurs (Grützner) ; d'autre part, l'asphyxie, l'irritation du bout central du pneumogastrique, du grand sciatique, etc., la nicotine, déterminent une irritation réflexe des mêmes fibres (Heidenhain, Ostroumoff).

« L'application de tous ces procédés dans mes expériences a déterminé, dans la plupart des cas, une augmentation plus ou moins considérable de la production lymphatique. Si l'on cesse l'irritation, l'écoulement de la lymphe se ralentit ; si l'on excite de nouveau, l'augmentation de la production lymphatique se manifeste de nouveau, etc. On peut étudier comparativement dans chaque expérience les effets de toutes les excitations, dont on augmente l'intensité peu à peu, jusqu'au maximum possible, d'une part, et, d'autre part, les effets de la section du nerf ou de l'interruption de son irritation maxima par un courant induit. Dans tous ces cas particuliers, l'irritation des nerfs vaso-dilatateurs provoque, la plupart du temps, des modifications plus considérables du cours de la lymphe que ne le fait la suppression de l'excitation des vaso-constricteurs.

« Mais, pour étudier plus exactement cette question, j'ai fait encore une série d'expériences sur la langue. On sait, d'après les recherches classiques de M. Vulpian, que les vaisseaux de cet organe sont innervés, d'une part, par le nerf grand hypoglosse, qui contient exclusivement des fibres vaso-constrictives, d'autre part, par le nerf lingual, qui renferme des fibres vaso-dilatatrices. Par conséquent, en agissant sur l'un ou l'autre de ces nerfs, on peut produire isolément l'action propre à chaque système de nerfs vaso-moteurs. Il est donc plus facile, en appliquant le même procédé de recherches sur chacun de ces systèmes nerveux, d'étudier leur influence comparative de la manière la plus précise.

« Dans ces expériences, j'ai employé la même méthode que dans mes recherches sur les membres postérieurs. Seulement, comme il était difficile d'embrasser le cou de l'animal dans une ligature en masse pour entraver l'écoulement de la lymphe par les voies collatérales, il a fallu recourir à la ligature séparée et minutieuse de tous les lymphatiques du côté correspondant de la langue. Du reste, cette opération, étant donnée

© BIU Santé

la situation des lymphatiques linguaux, est facile à exécuter, comme me l'avaient montré des recherches anatomiques préalables. La section du nerf hypoglosse a provoqué ordinairement une augmentation considérable, et l'irritation du bout périphérique, une diminution de la production lymphatique. La section du lingual n'a pas eu d'effet constant ; par contre, l'excitation électrique ou autre de ce nerf a provoqué une accélération très accentuée du cours de la lymphe ; cet effet s'est produit même encore après la section du nerf grand hypoglosse. Au contraire, si, à l'aide d'une excitation électrique dont on augmente peu à peu l'intensité et avec beaucoup de précautions jusqu'au maximum, on porte la production lymphatique au plus haut degré possible, la section du nerf hypoglosse reste sans effet. De même si l'on compare l'action de l'excitation maxima du lingual avec l'effet de la section du nerf hypoglosse ou encore avec l'influence de la suppression de l'irritation de ce nerf, arrivée au maximum d'intensité, on observe que, dans le premier cas, surviennent des variations de l'écoulement de lymphe plus grandes que dans les autres cas. Il résulte donc de toutes ces expériences que les vaso-dilatateurs exercent en général une influence plus intense que les vaso-constricteurs. Ce résultat pouvait tenir à ce que les vaso-dilatateurs ont ordinairement une action plus considérable sur la circulation sanguine. Mais cette cause n'est pas la seule qui entre en jeu. On pouvait aussi observer le même fait dans quelques cas où sous l'influence alternative des deux ordres de vaso-moteurs se produisaient des modifications d'une intensité à peu près égale dans l'afflux du sang. Bien plus, dans quelques expériences, j'ai lié toutes les veines efférentes. Quand il ne pouvait plus se produire de modifications considérables de la circulation du sang, j'excitais le nerf lingual et ensuite je faisais la section de l'hypoglosse. Dans ces conditions, on observait encore quelquefois très nettement, en excitant le lingual, une accélération du cours de la lymphe. Il est donc évident que les nerfs vaso-dilatateurs exercent une influence particulière sur les parois mêmes des vaisseaux. Quant à la nature de cette influence, on pourrait, d'une part, la rattacher à des modifications de perméabilité des parois. D'autre part, on pourrait supposer qu'il s'agit ici d'une influence des nerfs sécréteurs. Mais nous n'avons pas encore de faits qui démontrent cette seconde hypothèse. Au contraire, les résultats que nous avons obtenus dans toutes les recherches précédentes nous démontrent jusqu'à présent la dépendance étroite qui existe entre la production de lymphe et les causes d'ordre hydrodynamique. J'ai vu aussi dans quelques expériences que des variations purement physiques de la circulation du sang ont toujours produit des modifications très considérables du cours de la lymphe. Il est donc jusqu'à présent très probable que la production lymphatique est en rapport exclusivement avec de simples conditions hydrodynamiques et que les nerfs agissent seulement indirectement sur la circulation de la lymphe, en modifiant l'afflux du sang dans la partie correspondante et, en outre, en faisant varier la perméabilité des parois des vaisseaux sanguins. »

VARIÉTÉS

L'ANTISEPSIE CHIRURGICALE PENDANT LA GUERRE SERBO-BULGARE.

Dans l'un des derniers numéros des *Archives de médecine militaire*, M. Audet a fait connaître les heureux résultats de la pratique chirurgicale de MM. Maydl, Schmidt, Grimm, Gluck, Mosetig et d'autres, dans les ambulances de Sophia et de Belgrade.

Sur trois mille blessés transportés à Belgrade, M. Maydl a enregistré 51 décès dont 22 avaient le tétanos pour cause, de sorte que la mortalité chirurgicale n'a pas excédé 0,9 pour 100, grâce à l'emploi du pansement à l'iodoforme. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'on n'observa aucun cas d'érysipèle et que les conditions sanitaires et morales des blessés étaient fort défectueuses.

Parmi deux cents blessés, M. Schmitt a compté trois décès seulement et quatre cas d'érysipèle traumatique ; par contre il n'observa ni gangrène, ni pyohémie. Ces blessés furent traités par l'iodoforme associé au sublimé.

A Sophia, MM. Grimm et Gluck recevaient des blessés dans un état septique prononcé : ils obtiennent les mêmes succès par l'antisepsie.

©BIU Santé

Malgré le défaut de soins appropriés sur le champ de bataille, M. Blum hospitalise 136 blessés, dont 116 atteints de plaies des parties molles, 12 de fractures compliquées et 10 de blessures articulaires ou de blessures de pointes. Néanmoins, aucun blessé ne succombe, et aucun n'est atteint d'infection purulente ou d'érisypèle. Les pansements étaient pratiqués avec la gaze à l'iodoforme à 50 pour 100 et les instruments étaient lavés avec l'eau phéniquée à 25 pour 1,000. Dès le premier jour, les plaies devenaient aseptiques.

En réunissant les cas observés dans cette ambulance, M. Mosetig a constaté que 252 consistaient en fractures, 270 en plaies des parties molles et 2 seulement en plaies contuses. La mortalité parmi ces 824 blessés ne dépassa pas 19 décès ou 2 ou 3 pour 100, et les décès ont été causés quatre fois par le tétanos, quatre fois par des plaies du cerveau, et deux fois parce que les blessés étaient expirants au moment de leur admission. La mortalité chirurgicale s'élevait donc à 1,24 pour 100.

La guerre serbo-bulgare contribuera, comme on le voit, à montrer la haute valeur de l'antisepsie dans la chirurgie de guerre. — C. L. D.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON, PENDANT LES MOIS DE JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL 1886.

Roque (Germain): Du retard carotidien dans l'insuffisance aortique (13 janvier 1886). — Bertrand (Abel): Des variations de forme du cristallin à l'état pathologique (3 février 1880). — Rabasse (Charles): Étude sur les abcès froids au mollet chez les enfants scrofuleux (2 mars 1886). — Ducher (A.): Des bains froids dans le traitement de l'érysipèle de la face (2 avril 1886). — Phélip (Henri): De l'uréthrotomie externe sans conducteur et de ses indications multiples dans les rétrécissements de l'urèthre (1er avril 1886). — Groth (Bernard): Étude clinique sur la valeur de l'antipyrine spécialement appliquée à la thérapeutique infantile (17 avril 1886). — Didelot (Léon): Du pouvoir amplifian du microscope, détermination théorique et expérimentale (17 avril 1886).

FORMULAIRE

VIN APÉRITIF. — Monin.

Teinture de quinquina colisaya		
Teinture de simarouba		
Teinture de gentiane	aâ	10 grammes
Teinture d'écorces d'oranges		
Teinture de fèves Saint-Ignace		2 grammes
Vin de grenache		950 —

Mêlez et filtrez. — Un verre à madère avant le repas pour stimuler l'appétit.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Josse, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Amiens et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

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.

©BIU Santé

Sommaire

I. J. Luys : Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux. — II. Bibliothèque : Contribution à l'étude de la tuberculose du rein. — De la syphilis de l'oreille. — Guide du médecin-inspecteur de la première enfance. — III. Revue des Journaux : Des anomalies congénitales et héréditaires du cœur. — Du rôle du système nerveux dans la pathogénie du vitiligo. — Du traitement de la glycosurie par l'acide salicylique. — De la cocaïne contre l'angine de poitrine. — Un cas de trépanation dans l'épilepsie. — IV. Sociétés médicales des départements : Société de médecine de Rouen (1er trim. 1886). — V. Thérapeutique : De l'emploi du phosphore dans la thérapeutique des affections nerveuses. — VI. Variétés : Le contage de la scarlatine et la scarlatine de l'espèce bovine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier — IX. Bulletin bibliographique.

Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux

Leçon d'ouverture des conférences faites à l'hôpital de la Charité

Par le docteur J. Luys.

Messieurs,

Je me propose de continuer devant vous, à l'hôpital de la Charité, l'enseignement spécial que j'ai poursuivi depuis quinze ans à la Salpêtrière, et qui a eu toujours pour objet l'étude de la structure et des maladies du système nerveux.

Les encouragements ne m'ont pas manqué de la part des nombreux auditeurs qui ont suivi mes leçons, et l'accueil bienveillant que vous m'avez adressé me permet d'espérer que je retrouverai ici, dans ce milieu nouveau, les mêmes sympathies que j'ai toujours rencontrées dans mon ancien hôpital. J'espère donc pouvoir continuer à vous exposer tous les ans le résultat de mes recherches personnelles, et à mener de front dans cet enseignement l'étude de l'anatomie, ainsi que celle de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. — Je vous montrerai aussi, chemin faisant, combien de progrès ont été accomplis dans ces dernières années, dans ce domaine spécial de nos connaissances; et comment la plupart des phénomènes névrosiques mieux appréciés, mieux suivis dans leur évolution, se trouvent rattachés d'une façon plus ou moins directe aux lois générales des actions nerveuses normales.

Le champ de la neurologie que nous aurons à parcourir est immense, et je n'ai pas la prétention d'épuiser le sujet avec vous. Mais, permettez-moi de vous le dire dès le début, c'est parmi les différents domaines qui constituent la pathologie humaine, le plus fertile en choses imprévues, le plus captivant qui puisse s'ouvrir aux esprits avides de choses nouvelles, je dirai même que c'est le chemin naturel qui vous permet de pénétrer dans l'étude des phénomènes intimes de la vie végétative et de vous rattacher ainsi à la pathologie interne. Car, partout, dans toutes les entités nosologiques quelconques, qu'il s'agisse de pneumonies, de péricardites, ou de maladies infectieuses même, vous vous trouvez partout à chaque instant en présence d'actions vaso-motrices qui vont çà et là déterminer des ischémies ou des hyperhémies localisées, et qui sont régies par ces forces nerveuses dont vous étudierez la genèse et la répartition. — Vous retrouvez, en un mot, l'action diffuse du système nerveux dans toutes les affections de l'organisme, car c'est lui qui est, en définitive, le grand maître et qui règle tout ce qui fait le bien et le mal dans le jeu des rouages de la grande machine humaine.

©BIU Santé

Engagez-vous donc, Messieurs, dans cette voie féconde (je m'adresse particulièrement à ceux qui ont déjà des connaissances spéciales en pathologie interne); si, dès le début, vous vous sentez arrêtés par l'aridité du sujet et les difficultés des études préliminaires, ne laissez pas ralentir votre zèle, car vous serez surpris de voir à mesure que vous avancerez, comment quelques-uns des problèmes réputés jusqu'ici comme insolubles se simplifieront devant vous, et comment les rapports intimes qui existent entre le substratum organique et les troubles dynamiques auxquels il donne naissance s'éclaireront d'un jour tout nouveau. — A mesure que vous vous avancerez, vous verrez se dérouler des horizons nouveaux; vous vous trouverez fatalement en présence des questions les plus ardues de la psychiatrie, et votre cercle d'études s'élargissant de plus en plus, vous aurez à vous préoccuper non seulement de l'homme physique avec ses troubles nervosiques, variés, mais encore de l'homme moral, avec toutes les questions qui touchent à sa liberté, ainsi qu'à sa responsabilité morale.

On a beaucoup étudié le système nerveux depuis qu'il y a dans le monde des anatomistes et des pathologistes et, chose étrange! dans ce domaine spécial de la pathologie humaine, plus on s'y plonge, plus on voit que c'est véritablement un monde nouveau qui se dévoile aux yeux de l'observateur.

Il y a quelques années, c'était l'étude anatomique et physiologique des cellules nerveuses qui, sorties de l'oubli où elles avaient été laissées pendant près d'un siècle, réapparaissaient et devenaient aux yeux de tous les unités ultimes du système nerveux, et les véritables ouvriers actifs et inconscients de toutes les opérations de la vie nerveuse (1).

Hier, c'était l'apparition des phénomènes si surprenants de l'hypnotisme qui, depuis les travaux de Charcot classés méthodiquement, devenaient des moyens nouveaux d'investigation scientifique et permettaient de faire sur le vivant de véritables vivisections dans les sphères les plus subtiles de la vie nerveuse, les opérations psychiques proprement dites. — Hier, c'étaient encore les phénomènes dits inhibitoires et dynamogéniques qui, savamment exposés par Brown-Séquard, permettaient de donner une nouvelle interprétation à une série d'actions nerveuses mal appréciées précédemment, et, aujourd'hui, c'est l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés, qui est la question à l'ordre du jour, qui captive tous les esprits, et vient ouvrir un nouveau champ d'études aux investigations des neurologistes.

Toutes ces questions ne font que de se poser en ce moment; car nous ne sommes qu'aux debuts de la période de lumière qui éclairera dans l'avenir notre horizon scientifique; — libre à vous de les aborder, de chercher à les résoudre et de compléter, par votre labeur personnel, les travaux de vos devanciers. — C'est un terrain fécond que nous vous livrons, et j'espère bien que ceux qui nous succéderont sauront en faire sortir la bonne semence et des applications fécondes pour la thérapeutique des maladies du système nerveux, ainsi que pour l'amoindrissement des douleurs humaines, but suprême de tous nos efforts, et objectif légitime du véritable médecin. Mais, n'oubliez pas qu'ici, comme ailleurs, c'est l'anatomie nor-

(1) Il est curieux de constater que les cellules de l'écorce, découvertes en 1682 par Malpighi, sont restées inconnues des anatomistes du XVIIIe et du commencement du XIXe siècle. — C'est Longet qui, dans son ouvrage, les a exhumées de cet oubli séculaire.

©DIU Santé

male qui doit faire l'objet de nos principales préoccupations ; car c'est dans ses révélations que vous trouverez les bases d'opérations indispensables pour asseoir vos idées et interpréter avec certitude les phénomènes physiologiques et pathologiques en présence desquelles vous allez vous trouver, — et j'entends ainsi, non pas faire seulement l'anatomie macroscopique, qui est encore, ainsi que vous le verrez plus loin, à l'état d'ébauche incomplète, mais l'anatomie fine, l'anatomie microscopique qui vous permettra, en connaissant à fond les rouages mystérieux de l'activité nerveuse, de jeter quelques lumière sur leur rôle physiologique.

L'étude nosologique des maladies du système nerveux dans laquelle nous allons nous engager, vous révélera tout d'abord des particularités propres qui vous montreront combien au point de vue de leur évolution naturelle, comme au point de vue de l'intervention du médecin, elles exigent de sa part une participation de sa personne beaucoup plus active que partout ailleurs.

Dans les cadres habituels de la pathologie interne, votre esprit se trouve uniquement concentré sur l'état somatique du malade que vous traitez; vous vous trouvez en quelque sorte dominés fatalement par la lésion anatomique que vous avez constatée. — Vous soignez une pneumonie, une endocardite, une fièvre typhoïde, etc. — Que vous soyez à l'hôpital ou dans la clientèle privée, tout cela est une affaire d'intervention immédiate et limitée. Vous faites le diagnostic de la lésion, de son siège, de son degré d'intensité, de sa forme aiguë, subaiguë ou chronique; vous examinez l'état général du sujet et faites votre prescription thérapeutique en conséquence. Vous en restez là et votre esprit rassuré reste satisfait pour le moment.

Il n'est pas sollicité par toute cette série d'indications collatérales qui viennent vous assallir quand il s'agit d'un cas pathologique où c'est la trame cérébrale même qui est en souffrance. — Ici, en effet, quand il s'agit du cerveau, c'est tout autre chose que lorsqu'il s'agit d'un simple viscère, du poumon, du foie, du cœur, etc.; votre esprit est d'emblée envahi par une foule de préoccupations spéciales qui viennent forcément se placer devant lui. — Vous êtes, en effet, non seulement appelés à envisager le malade au point de vue de son état actuel, mais encore au point de vue de l'avenir qui lui est réservé, ainsi qu'à celui de toute la famille dont le sort est socialement lié à sa destinée.

Dans ces circonstances, tout devient grave et délicat dans les décisions que vous allez prendre.

Vous n'avez plus à faire ici un diagnostic local et limité, et à vous contenter d'appliquer les remèdes appropriés. Vous devez pénétrer plus profondément dans le cœur du sujet, rechercher les conditions anatomiques originelles qui dominent chez le malade, tenir compte de certains faits insignifiants pour la famille et pour certains médecins peu experts en la matière, — tels que certaines asymétries faciales, — certains arrêts de développement, — certains vices de conformation, — des tics, du strabisme, — troubles variés de la construction de l'être et qui acquièrent pour vous une valeur séméiologique de grande importance. — Vous aurez à tenir compte de ses habitudes d'esprit et de son milieu social; car tout est là quand il s'agit d'un cas où c'est le cerveau qui est en jeu. L'activité physiologique, de même que l'activité pathologique de l'homme, n'est-elle pas le reflet de sa constitution primordiale et de son degré de culture? — Et, rappelez-vous

©BIU Santé

bien ce fait pratique : Si le poumon de l'homme riche et le poumon de l'homme pauvre sont égaux devant la fluxion inflammatoire qui engorge ses tissus; — si l'égalité pathologique est la même pour tous les viscères, qu'ils appartiennent aux grands ou aux petits de ce monde, aux riches ou aux pauvres, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du cerveau. — Le cerveau de l'homme riche, bien nourri, bien cultivé, avec ses influences héréditaires, en présence des ébranlements nocifs qui viennent incidemment le mettre en branle, ne se comporte pas de la même façon que celui de l'homme pauvre, mal nourri, et mal entraîné par l'éducation. Il y a là, dans cet appareil nerveux, des dissemblances fondamentales et des inégalités organiques inéluctables que vous devez savoir apprécier et sur lesquelles vous ne sauriez, comme médecin et comme philosophe, trop longtemps réfléchir. — Vous reconnaîtrez, par expérience, que toutes les législations du monde se heurteront toujours devant ces inégalités cérébrales héréditaires des cerveaux humains sortis de lignées dissemblables, et contenant dans leur intime texture les éléments latents bons ou mauvais reçus de leurs ancêtres.

Et, quand il s'agit du cerveau féminin, que de variétés nouvelles dans les formes morbides que vous aurez à constater et de problèmes délicats à résoudre. — Quelle différence immense entre le système nerveux de la femme du monde vivant dans un milieu surexcité, émotive à l'excès, vibrante aux moindres sollicitations extérieures, dépensant à tort et à travers l'influx nerveux dont elle est surchargée, et la fille de campagne, la mercenaire des villes pesante et lourde au physique et au moral, et dont les appétitions nerveuses ne s'élèvent qu'a la stricte nécessité des besoins naturels de la vie corporelle!

Dans le domaine des névropathies, tout varie, tout change d'aspect, suivant que votre champ d'action s'exerce dans des milieux différents, suivant que vous vous adressez à des individus plus ou moins avancés dans la vie, suivant que vous vous trouvez en présence de sujets ayant des habitudes d'esprit variées, soumis à des influences héréditaires dissemblables, suivant même que vous vous adressez à des êtres de race différente.

Tout change dans ce cadre ondoyant et divers de la pathologie humaine, et de même qu'aucun cerveau humain, étudié dans ses plis et replis, ne ressemble intégralement à un autre ; de même dans l'ordre des phénomènes névropathiques il faut compter avec les individualités humaines, — autant d'hommes, autant d'individualités nosologiques variées qui réclameront isolément une attention spéciale et des indications thérapeutiques dissemblables.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE DU REIN, par le docteur Raymond DURAND-FARDEL, ancien interne des hôpitaux, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, secrétaire de la Société anatomique. — Paris, G. Masson, 1886.

Parfaitement préparé à une étude de ce genre par un séjour de plusieurs années dans le laboratoire de M. Cornil, notre collègue a pu faire une thèse qui marquera une étape importante dans l'histoire de la tuberculose du rein.

M. Durand-Fardel nous prévient dans son introduction qu'il n'a pas voulu faire une monographie complète du rein tuberculeux. Laissant de côté, de parti pris, toutes les grosses lésions, il s'est d'abord proposé d'étudier le mécanisme et les lois suivant

lesquels le tubercule primitif se développe dans le parenchyme rénal, et de savoir lequel de ses éléments constituants était le premier centre d'évolution de la granulation tuberculeuse. Ayant eu la bonne fortune de faire l'examen d'un rein d'individu mort de tuberculose miliaire aiguë, rein dans lequel les lésions bacillaires à divers stades semblaient réaliser par leur succession le schéma complet de l'infection tuberculeuse rapide du rein, l'auteur avait dans cette observation un excellent point de départ.

Dans un premier chapitre, rapprochant les descriptions des auteurs de ses propres observations, Durand-Fardel établit que, dans la plupart des cas où l'on peut rencontrer la tuberculose rénale à un degré peu avancé, le siège de prédilection des lésions est la région corticale, et particulièrement celle où l'on trouve, à côté des tubes, les dernières ramifications vasculaires et les glomérules auxquels elles aboutissent. Les coupes histologiques dont l'analyse est relatée dans le deuxième chapitre confirment la subordination des îlots tuberculeux aux ramifications vasculaires et montrent, en outre, que la granulation initiale affecte très souvent des rapports intimes avec le glomérule. Cornil et Brault ont décrit une véritable glomérulite dans la tuberculose, Durand-Fardel a noté de plus que le glomérule commence à être envahi par sa périphérie, et qu'il s'agit d'abord d'une périglomérulite. C'est d'ailleurs un fait commun à presque toutes les maladies infectieuses : la périglomérulite suppurée secondaire décrite par Cornil et Brault, celle dont Klebs a prouvé l'existence dans la scarlatine, celle que Gallois a étudiée dans les abcès miliaires du rein au cours de la fièvre typhoïde, doivent être rapprochées de la périglomérulite tuberculeuse, qui elle-même rappelle la périartérite tuberculeuse. Ce sont là des faits dont l'interprétation découle de l'action microbienne. Or l'examen des coupes fait suivant la technique microbiologique, a montré des vaisseaux gorgés de bacilles, les uns sectionnés perpendiculairement à leurs parois et entourés d'une zone de prolifération formant une granulation arrondie, d'autres, coupés suivant l'axe de leur lumière remplis d'un caillot farci de bacilles, et entourés d'un manchon formé de cellules embryonnaires entremêlées aussi de nombreux bacilles.

Il y a là une oblitération évidente causée soit par la masse des bacilles formant embolie, soit par un thrombus résultant de l'irritation des parois vasculaires par l'agent infectieux. Tel est le prélude de la formation du nodule tuberculeux périvasculaire. On peut se demander si le bacille a ensuite pénétré par une sorte de diapédèse à travers les parois vasculaires pour s'engager dans le tissu conjonctif voisin et y provoquer des lésions irritatives, ou s'il a fait irruption au dehors après avoir causé dans la paroi un travail inflammatoire aboutissant à une perte de substance. L'auteur incline vers la première hypothèse.

La fréquence des localisations tuberculeuses dans la région glomérulaire s'explique naturellement par la structure et le rôle de cet organe. « Le glomérule constitue, en effet, dans le rein un système intermédiaire dont la constitution anatomique et le rôle physiologique doivent faire l'un des points de prédilection pour la localisation des amas bactériens. Le bouquet glomérulaire forme une sorte de tissu caverneux par un enchevêtrement de capillaires divisés et anastomosés de façon qu'il y passe une quantité de sang plus considérable, étant donné le volume de l'organe, qu'en aucun autre tissu du corps. Ce système caverneux présente des éperons, des anfractuosités, une surface énorme, toutes choses qui sont favorables à l'arrêt des bacilles et à leur prolifération. Il faut ajouter que les parois mêmes de ces capillaires sont revêtues d'une couche endothéliale spéciale, facilement traversée par les liquides, à travers laquelle, par suite, les bacilles peuvent s'engager plus facilement; la pression sanguine, très élevée, est encore une condition favorable à cette migration. Ces bacilles se fixent dans les parois glomérulaires et prolifèrent ou tombent dans la cavité. Dans les deux cas, ils doivent déterminer une inflammation du bouquet vasculaire et de la capsule de Bowmann. Leur passage dans les tubes est certain, quoiqu'il ait été rarement observé, et leur passage dans l'urine a été constaté par plusieurs auteurs; il est probable alors qu'ils déterminent des lésions épithéliales donnant lieu à une forme de néphrite infectieuse.

Quoi qu'il en soit, ajoute Durand-Fardel, un fait subsiste incontestable et riche en déductions, c'est la constatation de la présence des bacilles pathogènes dans les vaisseaux et dans les anses glomérulaires en dehors de lésions tuberculeuses appréciables :

©BIU Santé

toute l'histoire de la tuberculose miliaire du rein doit découler de là, et notre collègue termine sa remarquable étude par les quatre conclusions suivantes :

1° Dans la tuberculose miliaire aiguë du rein, les bacilles pathogènes peuvent être trouvés dans l'intérieur des vaisseaux, des glomérules, des tubes et dans les espaces interstitiels;

2° On peut trouver des bacilles dans le bouquet vasculaire du glomérule, alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas encore apparentes; il en est de même dans quelques vaisseaux;

3° Dans les altérations commençantes, les bacilles affectent de préférence la surface des anses glomérulaires; dans les lésions plus avancées, on les rencontre diffusés dans les infiltrations tuberculeuses périglomérulaires en même temps que dans le glomérule;

4° La présence des bacilles dans les artérioles afférentes, en quantité considérable, démontre nettement la généralisation de l'infection tuberculeuse aiguë par le système sanguin.

Nous sommes heureux d'adresser à notre collègue de sincères félicitations au sujet de cet excellent mémoire qui classe définitivement son auteur parmi nos meilleurs anatomo-pathologistes. — P. Le Gendre.

De la syphilis de l'oreille, par le docteur J. Baratoux. — Paris, 1886; Delahaye et Lecrosnier.

La syphilis de l'oreille n'est pas un accident spécifique exceptionnel. Dans le service d'un maître dont la science fait autorité, M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis et dans celui de M. Simonet à l'hôpital du Midi, M. Baratoux a trouvé en moyenne un malade sur quinze présentant une lésion syphilitique d'une des parties de l'organe de l'ouïe.

Dans la série des syphilitiques héréditaires, la proportion s'élève à un sur deux.

En se fondant sur ces statistiques, l'auteur passe en revue les accidents primitifs, secondaires et tertiaires de l'oreille externe, du tympan de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Puis il arrive à l'étude des lésions de l'oreille dans la syphilis héréditaire : lésion dont la connaissance plus récente date de nos contemporains et surtout de nos compatriotes : Vidal (de Cassis), Lancereaux, Parrot, Augagneur, Fournier, Brocq, Noquet, etc., etc.

Bien que moins fréquentes que les troubles oculaires, ces manifestations, qui apparaissent en même temps que les accidents cutanés, se localisent, soit à l'oreille moyenne, soit à l'oreille interne. M. Barretoux cite les cas observés par lui et démontre ainsi par l'exemple l'importance un peu trop méconnue de ces lésions. Son mémoire certainement contribuera à fixer sur elles l'attention des médecins. — Ch. E.

Guide du médecin-inspecteur de la première enfance, par le docteur E. Limouzin-Lamothe. — Paris; O. Doin, 1886.

Sous une forme familière et tout en conversant, notre confrère a voulu mettre le lecteur au courant de la loi du 28 décembre 1874 et faire apprécier ses bons effets qu'on en doit définitivement attendre.

Pour convaincre les sceptiques M. Limouzin invoque le témoignage des chiffres. Il a de bonnes raisons pour le faire, puisque dans le département où il exerce, grâce à son dévouement et à celui de ses collègues, la mortalité du premier âge est descendue de 21,64 pour 100 à 15,71 pour 100 parmi les enfants élevés dans la famille et à 13,10 pour 100 parmi les enfants inspectés. De tels résultats sont l'œuvre de l'activité des médecins inspecteurs, qui, comme le dit notre confrère, « sont l'âme du service. »

Je pourrais multiplier les citations; mais à quoi bon? Cette brochure est de celles qu'on lit et que les intéressés consulteront volontiers. Remarquons, en terminant, qu'elle donne une éloquente démonstration de l'efficacité des mesures que M. Roussel a su faire adopter par son énergie et par sa tenacité et qui lui méritent ainsi une place si élevée parmi les bienfaiteurs de l'humanité. — Ch. E.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Des anomalies congénitales et héréditaires du cœur, par J. Ledesmo. — Sous cette rubrique notre estimé confrère argentin a rapporté l'histoire d'une famille dont les membres, pour la plupart, étaient atteints d'une cardiopathie congénitale et de cyanose. Le grand-père, rhumatisant et hydropique, eut trois fils, dont l'un était cardiopathe et de son côté fut père de onze enfants. L'aîné de ceux-ci, mourait de la cyanose, au huitième jour après sa naissance ; le troisième présente un redoublement du deuxième bruit en arrière du sternum et du dicrotisme du pouls ; le quatrième présente des phénomènes cardiaques analogues; les sixième et septième enfants ont de la cyanose et du dicrotisme du pouls. Les huitième et dixième étaient des filles qui moururent subitement après leur naissance. Les neuvième et onzième enfants ont tous deux le pouls dicrote et de plus l'un d'eux présente un redoublement du second bruit vers la base. En résumé, sur onze enfants d'un père cardiopathe, fils lui-même de rhumatisant et de cardiopathe, trois moururent subitement dans les premiers jours de la vie, un second succomba à 13 ans et tous les autres présentent à des degrés divers des altérations du cœur et des modifications du pouls. (*Anales del Circulo medico*, janvier 1886). — C. L. D.

Du rôle du système nerveux dans la pathogénie du vitiligo, par A.-H. Ohmann-Dumesnil. — Par analogie avec les troubles de pigmentation qu'on observe après les émotions (décolorations des cheveux) ou sur les taches lépreuses (dépigmentation de la peau) et aussi, avec ceux qui sont dus à une pigmentation excessive (taches hépatiques ou masque de la grossesse) l'auteur attribue le vitiligo à une répartition anormale de la pigmentation. Par conséquent, à côté de la pigmentation insuffisante et de la pigmentation cutanée excessive, il existerait des modifications pathologiques de la distribution du pigment dans la peau. Le vitiligo serait l'une de ces lésions et dépendrait de perturbations nerveuses.

A l'appui de cette argumentation M. Ohmann signale la distribution des taches vitiligineuses symétriquement et non pas unilatéralement. Il note chez tous les individus affectés de cette maladie, la fréquence des affections nerveuses ou l'hérédité nerveuse ; il remarque l'efficacité thérapeutique quelquefois observée des agents modificateurs du système nerveux; enfin il rappelle l'existence, dans certaines observations, d'altérations anatomiques des éléments de ce même système. (*Saint-Louis Medical and Surgical Journal*, mars 1886). — C. L. D.

Du traitement de la glycosurie par l'acide salicylique, par Sinclari Holden. — D'après les travaux de Latham sur les rapports du diabète avec le rhumatisme, il existe deux formes de diabète : l'un causé par un trouble nerveux des fonctions hépatiques, et le passage du glucose sans changement à travers le parenchyme de l'organe ; l'autre par un trouble de la nutrition du muscle dans lequel le sucre s'accumule dans le sang. Cette dernière forme est liée au rhumatisme. Suivant le degré des oxydations, il se produit alors de l'acide lactique ou bien du glucose.

L'acide salicylique, ayant, d'après Latham, le pouvoir de modifier ces oxydations, permet d'arrêter la formation de ces produits. De là son administration aux diabétiques et les succès que M. Sinclari Holden aurait obtenus par son emploi dans les cas de diabète rhumatismal. Par contre, cette médication serait toujours impuissante contre les autres formes de glycosurie. (*Brit. med. Journal*, mai 1886, p. 816.) — C. L. D.

De la cocaïne contre l'angine de poitrine, par Lashkevitch. — Dans 4 cas d'angine de poitrine, cet observateur aurait administré avec succès trois ou quatre doses quotidiennes de un tiers à un demi-grain de cocaïne. Après deux ou trois jours les accès diminuent de durée et de violence. Chez trois malades il existait des lésions cardiaques, de la dilatation aortique et de l'artério-sclérose. Sous l'influence de la cocaïne, le pouls devenait moins rapide et plus élevé, et les urines augmentaient, M. Lashkenvitch conseille donc d'employer la cocaïne pour prévenir les accès et de combattre ces derniers par les inhalations d'oxygène pur. (*Russkaia Meditzina*, 188, n° 12, p. 203 et *the L. med. Record*, 15 juin 1886, p. 257.) — C. L. D.

©BIU Santé

Un cas de trépanation dans l'épilepsie, par Clark. — L'opération fut pratiquée au niveau de la cicatrice d'une ancienne fracture du crâne sur un enfant de 12 ans, épileptique depuis cinq ou six mois, et dont la blessure datait de dix ans. Avant l'intervention opératoire, il présentait 90 attaques mensuelles. Les suites de l'opération furent des plus simples. La plaque osseuse fut replacée et on obtint une cicatrisation par première intention. Pendant le mois il eut 33 attaques ; deux mois après, le nombre de celles-ci avait encore diminué. L'année suivante, elles disparurent. Depuis le malade n'en a plus présenté que 4 qui survinrent dans une même journée et après une indigestion. Son état mental s'est beaucoup amélioré. (*the Lancet*, février 1886, p. 243.)

C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886

Ce sont les questions de chirurgie pratique qui occupent surtout les séances de cette Société. Ainsi dans la séance du 9 janvier, M. Petel donnait lecture d'un mémoire intitulé : *Ostéo-arthrite suppurée de l'épaule droite, résection sous-périostée de l'extrémité supérieure de l'humérus*, et en même temps présentait l'opéré à ses collègues. Cette opération présentait des difficultés : en l'absence de cavité articulaire, il fallut détacher les adhérences qui unissaient les surfaces articulaires détruites par la suppuration ; de plus la dureté du tissu osseux était telle que la scie à chaîne employée à la section fut bientôt émoussée. Par contre la guérison demanda vingt-trois jours, et le retour partiel des mouvements instituait une amélioration considérable.

M. Petel admet que la lésion initiale était une ostéo-myélite épiphysaire, à forme subaiguë, de l'extrémité supérieure de l'humérus, bien que certains symptômes aient été ceux d'une tuberculose des os. Au point de vue anatomo-pathologique, même avec les pièces en main, cette incertitude subsistait : nouvelle preuve des difficultés du diagnostic.

Un autre cas chirurgical a été présenté par M. François Hue : c'était un malade ayant subi l'*amputation ostéo-plastique du pied par le procédé Pasquier-Lefort :* à la suite d'un écrasement du pied entre les roues d'un vagon et une aiguille de rail. Cette lecture a motivé une discussion sur l'utilité de la suture osseuse. M. Hue lui accorde des avantages que M. Cerné lui conteste parce que, dit-il, elle favorise la suppuration, expose à la nécrose et aux ostéophytes et est difficile à enlever.

L'*emploi de la résorcine comme topique de la diphthérie* a motivé un mémoire de M. Fidelin (d'Etretat) qui venait citer des cas où son expérience clinique a soumis ce traitement à l'épreuve. Dans 15 cas, il a badigeonné la gorge toutes les deux heures avec un pinceau imbibé d'un collutoire contenant 15 à 20 grammes de résorcine pour 100 grammes de glycérine. Les résultats de cette médication furent heureux et notre confrère d'Etretat a enregistré un total de 64 guérisons sur 68 cas. Des 4 décès, 2 furent causés par le croup.

Ces faits appartiennent sans doute à une série heureuse ; en tout cas, ils confirment une observation publiée dans la thèse de M. Callias et dans laquelle M. Dujardin-Beaumetz avait prescrit avec succès les badigeonnages avec une solution de résorcine au centième chez un adulte atteint d'angine diphthéritique.

Enfin, dans le domaine de l'otologie, voici un travail de M. Percepied. Il a pour titre : *Otite moyenne aiguë par introduction de liquide dans la caisse*, pendant une irrigation nasale. Outre l'intérêt clinique qu'elle présente, cette observation démontre la nécessité de prendre des précautions dans le manuel opératoire des irrigations nasales. M. Percepied recommande de s'assurer avant leur emploi que les fosses nasales sont libres et qu'aucun obstacle ne les obstrue ; de faire pénétrer l'olive nasale tenue horizontalement d'avant en arrière dans la narine libre, et de placer le malade dans une position telle que la tête soit penchée en avant et du côté opposé à l'olive, la bouche restant ouverte.

©BIU Santé

Par ces conclusions, la mémoire de M. Percepied appartient bien à la catégorie de ces travaux réellement cliniques qui occupent les séances de la savante Société rouennaise. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du phosphore dans la thérapeutique des affections nerveuses.

Ohne phosphor keine Gedanke. Sans phosphore il n'y a pas de pensée, a dit Moleschott, dans un axiome depuis longtemps célèbre. Si l'opinion du célèbre biologiste était hasardée il y a vingt ans, elle est aujourd'hui bien appuyée par les travaux de tous les physiologistes modernes qui ont démontré que le phosphore est un des éléments constitutifs essentiels de la substance cérébrale ; que le travail incessant de la pensée necessitait un renouvellement constant de cette matière et que, sans phosphore, il n'y avait pas de vie intellectuelle possible.

Ce n'est point ici le lieu de développer les nombreuses expériences à l'aide desquelles Michaël Foster, Maudsley et Claude Bernard ont établi que la *lecithine* ($C^{44}H^{90}NPO^9$), qui forme l'élément constitutif essentiel du cerveau et des nerfs ne peut jamais manquer dans l'organisme humain sans occasionner de sérieuses perturbations dans le fonctionnement de ces organes. Comme l'a fort bien dit le professeur Maudsley, le fonctionnement de la pensée est aussi difficile sans phosphore que l'alimentation d'un feu sans combustible.

La physiologie expérimentale nous apprend donc qu'un grand nombre d'affections nerveuses doivent être traitées en rendant à la substance cérébrale et nerveuse les éléments phosphorés qui lui font défaut. Ce premier point étant admis, il reste à savoir quelle est la meilleure manière d'administrer le phosphore. Doit-on l'employer sous forme de phosphore libre ou sous forme de phosphites ou d'hypophosphites ?

Le phosphore libre est dangereux à employer, les phosphates et les phosphites sont peu solubles et instables ; il faut donc s'adresser aux hypophosphites qui n'ont pas les mêmes inconvénients.

Les praticiens les plus autorisés ont reconnu que les hypophosphites présentent, en thérapeutique, des avantages marqués. Ils sont plus assimilables et peuvent être présentés sous une forme agréable au palais.

Il existe du reste un assez grand nombre de bonnes combinaisons d'hypophosphites. Dusart, Grimaut, Swann, Fellows et plusieurs autres ont donné leur nom à des produits excellents, dont un des principaux avantages consiste dans une grande uniformité de préparation qui inspire la confiance du médecin.

Nous avons eu recemment l'occasion d'étudier le sirop de Fellows qui est très heureusement associé à des bases telles que le fer, la chaux et la potasse qui en rendent l'action thérapeutique plus utile et plus étendue.

Cette dernière préparation déjà bien connue du public médical a été surtout employée dans le traitement des affections pulmonaires (1), mais la pratique de ces dernières années nous a démontré qu'il avait des propriétés curatives incontestables dans le traitement des affections nerveuses, surtout dans celles qui coïncident avec des troubles de la nutrition cérébrale.

Les propriétés de ce sirop sont encore augmentées par la présence des toniques nerveux les plus puissants tels que la quinine et la strychnine. Cette dernière substance est mathématiquement dosée et chaque cuillerée à café du sirop de Fellows contient un milligramme d'hypophosphite de strychnine. Le goût amer de la strychnine se trouve admirablement supporté dans le sirop de Fellows.

La débilité nerveuse, résultat d'un excès de travail ou d'abus alcooliques, le développement imparfait du système nerveux, l'alcoolisme chronique, constituent les affec-

(1) De quelques affections des organes respiratoires dans lesquelles le sirop Fellows est utile. 1 vol. Paris, 5, rue de la Paix.

©BIU Santé

tions qui sont le plus rapidement améliorées par l'emploi des hypophosphites de Fellows.

Les troubles plus graves correspondant à des lésions avancées des centres nerveux ne peuvent évidemment être guéris par le sirop de Fellows ; mais il est incontestable que ce puissant médicament est de nature à prolonger la vitalité chez un grand nombre de malades dont la mort est inévitable dans un bref délai. On a même observé des cas où l'emploi de cette préparation a pu soutenir l'organisme un temps assez long pour permettre la réparation des lésions cérébrales et donner au malade une prolongation de plusieurs années d'existence.

Ce n'est point ici le lieu de développer toutes les questions complexes qui se rattachent à la pathologie des affections nerveuses et à leur traitement par les hypophosphites. Nous apprenons que M. Fellows, continuant ses intéressantes études, doit prochainement publier un volume spécialement consacré à cette question. Nous croyons ne pas trop nous avancer en disant que cet ouvrage recevra du corps médical le même accueil que les précédents.

VARIÉTÉS

LE CONTAGE DE LA SCARLATINE ET LA SCARLATINE DE L'ESPÈCE BOVINE.

Dans ces derniers temps, l'étiologie et la propagation de la scarlatine ont été de nouveau mises en discussion par nos confrères d'outre-Manche. Les récentes observations de M. Power et d'autres médecins seraient-elles donc de nature à faire avancer la question d'un grand pas ?

Ce médecin pense avoir constaté la propagation de cette fièvre exanthématique par le lait de vaches atteintes d'une affection de nature encore mal déterminée. Il y a longtemps déjà qu'on a signalé la coïncidence du développement de la scarlatine et la distribution du lait venant d'une même ferme. En Angleterre encore, pour citer seulement les compatriotes de M. Power, la fréquence de la scarlatine a été notée chez les laitiers par Bell, Airy, Paddington, Halifax et d'autres encore. Dernièrement, M. Blyth remarquait le même fait, dans le quartier de Saint-Marylebone, sur une série de personnes qui consommaient du lait provenant d'un même établissement.

MM. Blyth, Canneron et Power conduisirent fort habilement une enquête sanitaire qui leur permit de constater la provenance du lait. D'après M. Laure, qui a relaté l'histoire de cette épidémie dans le *Lyon médical*, ces animaux étaient atteints de lésions du pis, débutant par des papules qui s'ulcéraient en augmentant d'étendue, et qui s'entouraient alors d'un bourrelet induré. Une croûte légère recouvrait ces pertes de substance et s'exfoliait plus tard.

A l'autopsie de ces animaux, on constatait des altérations viscérales : congestion des poumons et pneumonie interstitielle; œdème des espaces interlobulaires du foie et prolifération autour des vaisseaux sanguins et biliaires de cet organe ; enfin, altérations analogues du rein. Dans tous les organes, il existait, surtout autour des vaisseaux sanguins, des amas de microcoques, lésions que M. Laure a décrites dans les maladies infectieuses.

Le docteur Klein a pu, par des cultures successives, isoler un microcoque sous forme de chaîne de diplococci; puis, en inoculant à un veau le liquide de culture, il a obtenu une maladie expérimentale analogue à la scarlatine. Au témoignage de M. Laure, auquel nous empruntons ces derniers renseignements, elle est caractérisée par une exfoliation épidermique, des engorgements ganglionnaires du cou et une néphrite semblable à la néphrite scarlatineuse.

Si les recherches de contrôle justifient ces premiers travaux, la microbiologie comptera une nouvelle conquête à son actif. Elles permettraient de rectifier l'opinion d'Airy, attribuant la propagation de la maladie aux laitiers scarlatineux, quand la contagion s'exerce par le lait de vaches atteintes de cette maladie; on comprend mieux, dès lors, la transmission par les aliments chargés des écailles de desquamation, dont M. Poincaré admet la réalité dans son beau livre sur la *prophylaxie*, la *Géographie médicale des ma-*

© BIU Santé

ladies tributaires de l'hygiène, ou bien encore sa véhiculation par les habits, la scarlatine des tailleurs et la scarlatine des couturières, dont les médecins anglais signalent des exemples classiques. Reste à savoir quels sont les rapports morphologiques ou pathogéniques existant, de près ou de loin, entre le contage de M. Klein et le fameux *plax scindens* de MM. Eklund et Osterlung. — Ch. E.

FORMULAIRE

PATE CONTRE L'ECZÉMA. — Lassar.

Oxyde de zinc	ää	25 grammes.
Amidon		
Acide salicylique		2 —
Vaseline		50 —

F. s. a. une pâte qu'on applique en couches très épaisses sur la peau excoriée et rendue humide par l'eczéma. Par dessus, on dispose une couche de ouate. Tant que la sécrétion est abondante, on change le pansement tous les jours. Cependant, on peut le laisser plusieurs jours sans inconvénient. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 9 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Troost (de l'Institut), professeur à la Faculté des sciences de Paris ; Gaudry (de l'Institut), professeur au Muséum d'histoire naturelle ;

Au grade de chevalier. — MM. Armand Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Pingard, chef du secrétariat de l'Institut.

— Par decret en date du 12 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité, officier du 29 décembre 1882.

Au grade d'officier : M. le docteur Siredey, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon ; — Peyrot, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; Debove, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; — Segond, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; — Budin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; — de Montfumat, ancien interne des hôpitaux de Paris ; — Roëlandts, médecin du bureau de bienfaisance de Courbevoie ; — Cazauvieilh, président du Conseil d'arrondissement de Bordeaux ; — Lemesle, conseiller général d'Indre-et-Loire ; — Décertaine, vice-président du Conseil général de la Nièvre ; — Charbonnier, conseiller général de la Sarthe.

— Par arrêtés ministériels, en date du 12 juillet 1886, ont été nommés :

1° *Officier de l'instruction publique* : MM. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; — Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; — Auvray, professeur à l'École de médecine de Caen ; — Caubet, directeur de l'École de médecine de Toulouse ; — Chenantais, professeur à l'École de médecine de Nantes ; — Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims ; — Künckel, aide-naturaliste au Muséum ; — Madoulé, secrétaire de l'École de pharmacie de Paris.

2° *Officiers d'Académie* : MM. Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; — Soulier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; — Douet, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers ; — Fouriaux, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ; — Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges ; — Monfort, professeur à l'École de médecine de Nantes ; — Godfrin, professeur à l'École

©BIU Santé

de pharmacie de Nancy ; — E. Maurel, médecin principal de la marine ; — Ravay, pharmacien, professeur de la marine ; — le docteur Limarès, membre de Mission française au Maroc ; — Longuet, chirurgien en chef des hôpitaux de Bourges ; — le docteur Dubrisay, délégué cantonal à Paris ; — Gouault, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris ; — le docteur Arsonneaux, maire de Semillac ; — le docteur Maur, maire de Plaisance (Gers) ; — le docteur Ravary, médecin du bureau de bienfaisance d'Issy ; — le docteur Simon, maire de Ribérac ; — les docteurs Degoix, Desfossés, Didsbury, Jamain, Labone, Rey et Vaissette, à Paris ; — le docteur Tagnard, ancien maire de La Mure ; — le docteur Bartin, délégué cantonal à Chauriat ; — le docteur Lépagnole, à Saint-Ferjeux ; — Lacour, pharmacien-major à l'hôpital d'Oran ; — Nicot, pharmacien, à Paris ; — Lesourd, pharmacien à la Flèche ; — Bois, aide-naturaliste au Muséum ; — Lacroix, préparateur au Collège de France.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Verneuil est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1886-1887.

— Dans l'une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris a voté une subvention annuelle de 12,000 francs à la station physiologique du Parc des Princes, dirigée par M. Marey, professeur au Collège de France.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Copin, décédé à Escaudain, le 13 juillet, à l'âge de 53 ans.

Hôpital civil de Perpignan. — M. le docteur Fines est nommé médecin en chef en remplacement de M. le docteur Bocamy, décédé.

M. le docteur Surjus est nommé médecin adjoint.

Bulletin bibliographique.

Les admirables expériences, que vient de faire M. Pasteur, appellent en ce moment l'attention universelle sur la théorie des microbes qui a donné de si merveilleux résultats. Le livre de M. Trouessart sur les **Microbes** parait dans la *Bibliothèque scientifique internationale*, juste à point pour initier le grand public à l'ensemble de cette question, dont l'importance va en croissant tous les jours. De nombreuses figures représentent les portraits de ces organismes microscopiques qui contiennent certainement plus de races que les animaux supérieurs. 1 vol. in-8°, cart. à l'angl. — Prix : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Félix Alcan, éditeur.

Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate avec résection de la clavicule dans les cas d'arrachement du membre supérieur. 1 vol. in-8°, avec fig. — Prix : 2 fr.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Alex. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

De l'identité de la fièvre jaune et de l'impaludisme aigu, par le docteur Vieira de Mello.

Cet ouvrage se trouve, à Rio-Janeiro, chez Lombaerts et Cie, imprimeurs.

Eléments de pathologie, par Ed. Rindfleisch, professeur à l'Université de Wurzbourg ; traduit de l'allemand et annoté par le docteur J. Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8° de 400 pages. — Prix : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

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. J. Luys : Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux. — II. Bibliothèque : Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884. — Etude sur les méningo-myélites chroniques. — III. Revue des Journaux : Un cas de maladie de Graves guéri par le galvanisme. — Emploi de la brucine comme anesthésique local. — IV. Sociétés médicales des départements : Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne (1er trim. 1886). — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — VI. Variétés : L'organisation du service pharmaceutique de nuit. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier — IX. Bulletin bibliographique. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux (1)

Leçon d'ouverture des conférences faites à l'hôpital de la Charité

Par le docteur J. Luys.

Mais ce n'est pas tout. — Dans ce domaine spécial des misères humaines, votre rôle de médecin est fatalement destiné à s'élargir et à prendre, à un moment donné, un caractère médico-légal dont il est bon que par avance vous puissiez apprécier la portée. — Quand il s'agit en effet de ces délicates situations de votre carrière dans lesquelles vous vous trouvez en pleine psychiatrie, en présence d'un homme atteint des prodromes de la paralysie générale, d'hallucinations actives, d'idées de persécution, etc., vous êtes appelés d'urgence à prendre des mesures graves destinées à faire traiter, en dehors de chez lui, le malade qui vous est confié et, à le garantir non seulement contre lui-même, mais encore à éviter les actes de violence qu'il pourrait commettre vis-à-vis de son entourage.

Alors dans ces cas-là, votre rôle de médecin traitant se complique tout d'un coup, et votre responsabilité s'augmente avec le danger. — La loi a mis en vos mains un instrument actif de thérapeutique, l'isolement forcé et obligatoire du malade de son milieu familial, s'il est dangereux pour lui-même. — vous avez le droit de le placer dans un milieu spécial, de le faire traiter suivant les règles déterminées et de le priver ainsi momentanément de sa liberté, et je dirai même, — vous avez le devoir de proposer ces mesures de thérapeutique active, car, vous verrez plus tard dans nos études de pathologie mentale, que les maladies mentales guérissent d'autant plus rapidement qu'elles sont traitées à une période plus rapprochée de leur début, et, vis-à-vis de la famille à bout de force et de patience, vous devez prendre des mesures tutélaires capables de garantir passagèrement le malade de ses propres écarts.

Vous parlerai-je encore, messieurs, de ces problèmes complexes et délicats dans lesquels vous serez appelés soit en matière civile, soit en matière criminelle comme experts devant les tribunaux, pour vous prononcer sur les questions capitales qui touchent à la responsabilité morale ; sur la valeur de certains actes au moment où ils ont été conçus, sur celle des testaments contestés, sur l'interdiction, etc., — questions grosses de procès et pleines de difficultés qui sont les corollaires nécessaires et les conséquences naturelles de vos études sur le système nerveux. Vous verrez ainsi combien dans ce domaine spécial tout se tient, comment les études théoriques qui ont pour objet les éléments intimes et la structure du système

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 juillet 1886.

©BIU Santé

nerveux, finissent par se résoudre en faits pratiques, et par aboutir aux problèmes sociaux les plus élevés, à ceux qui concernent soit les intérêts de la famille, soit le libre arbitre et la responsabilité morale.

Mais, en dehors de ces questions élevées qui sont du domaine de l'aliénation mentale proprement dite et qui ont le cerveau pour théâtre, il y a toute un grand département du système nerveux qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de travaux multiples tant en France qu'à l'étranger et qui a pour substratum anatomique la moelle épinière et ses prolongements supérieurs intra-encéphaliques.

Vous n'ignorez pas combien dans ces dernières années les maladies de la moelle épinière ont pris un essor rapide, et combien le groupe des scléroses diffuses ou localisées à été nettement défini nosologiquement. — Je n'ai pas à examiner ici si on n'a pas cherché à faire des divisions et des subdivisions trop artificielles, et si, dans un certain nombre de cas, on n'a pas décrit comme des entités nosologiques spéciales, des symptômes transitoires d'un processus en évolution, et si on n'a pas ainsi, en multipliant inutilement des dénominations, jeté dans cet ordre de phénomènes une confusion regrettable.

Je me contente de vous citer ici la physionomie nouvelle de ce grand processus morbide, le *tabès dorsalis*, l'ancienne ataxie locomotrice de Duchêne (de Boulogne), qui, grâce aux progrès de toutes sortes accomplis dans ces dernières années, s'est complètement transformé, et semble vouloir à lui seul absorber presque toute la pathologie du système spinal ; — que dis-je, il semble même devoir jouer un rôle de plus en plus pénétrant dans les actes de la vie végétative, puisqu'il est démontré maintenant qu'il est constitué dans son essence par une sclérose interstitielle spéciale, implantée à des hauteurs variées de l'axe spinal, et que c'est aux différentes altitudes qu'il se fixe, qu'il faut attribuer ces troubles gastriques, vésicaux, ces arthropathies si caractéristiques, ces altérations profondes, complexes de la nutrition qui indiquent l'envahissement progressif des divers centres d'innervation d'où la vie des viscères soutire ses principes d'action.

Nous verrons dans nos conférences ultérieures, en faisant passer devant vos yeux des malades atteints de différentes manifestations du *tabès*, combien de formes multiples ce même processus morbide est susceptible de revêtir suivant les différents territoires spéciaux sur lesquels il s'implante.

Tantôt il porte tout d'abord ses coups vers les régions supérieures du système nerveux, sur les nerfs moteurs oculaires, sur le tissu de la rétine et vous verrez comment, une fois ce premier effort accompli, il peut rester silencieux pendant plusieurs années, huit à dix ans, réapparaître sous forme de troubles de nature différente, et déterminer ainsi à distance des paraplégies motrices.

Tantôt il se révèle par des douleurs dites fulgurantes d'emblée soit dans les membres, soit dans la face, soit du côté des viscères. Il sollicite alors ces irradiations douloureuses aiguës, dites crises viscérales, que l'on a pendant longtemps considérées comme des gastralgies simples, comme des accès de goutte viscérale sans lésion concomitante, et, vous reconnaîtrez ainsi, que vague et indéterminé dans ses manifestations morbides, le *tabès dorsalis*, comme la paralysie générale avec laquelle il a tant de rapports,

ne prend en un mot sa véritable physionomie caractéristique, qu'à mesure qu'il vieillit dans l'organisme et devient incurable.

Vous arriverez ainsi à reconnaître aussi, Messieurs, comment le *tabès dorsalis* remplit une place énorme dans la pathologie de la moelle, et comment, au point de vue de son évolution d'ensemble, il présente les plus grandes analogies avec cette autre sclérose interstitielle du système nerveux, diffuse et progressive aussi, qui sévit dans un autre territoire dans la trame cérébrale, et que l'on décrit sous le nom de la paralysie générale.

Le tabes est à la moelle épinière ce que la paralysie générale est au cerveau; ce sont, de part et d'autre, ces mêmes lésions fondamentales qui sont sous-jacentes à leurs manifestations. Dans l'un ou l'autre cas, il y a des types réguliers et classiques, si l'on peut dire, de même qu'il y a des cas anormaux qui varient suivant les différentes localisations du mal. — De part et d'autre, ce sont les mêmes fatalités organiques qui poursuivent leur marche, et les mêmes impuissances de la thérapeutique qui se révèlent pour l'enrayer.

Et, bien plus, vous serez amenés à constater que ces deux processus morbides sclérosiques frappant isolément l'un la moelle épinière, l'autre le cerveau, finissent quelquefois par marcher à la rencontre et se fusionner d'une manière intime dans le même organisme. Tous ceux qui ont fait avec soin les nécropsies de paralytiques savent combien fréquemment les divers faisceaux de la moelle épinière sont plus ou moins frappés par des dégénérescences scléreuses descendantes ; et réciproquement, combien on voit souvent des ataxiques qui sont inopinément pris de symptômes d'excitation cérébrale, d'agitation, d'aliénation véritable, par le simple fait de la propagation du travail sclérosique vers les régions supérieures du système nerveux.

Vous parlerai-je encore de la maladie de Parkinson?

Il s'agit encore là d'une forme morbide spéciale, mal connue il y a une trentaine d'années, et qui, en raison de sa symptomatologie propre, de son évolution fatale, présente certaines analogies avec les processus morbides précédents. C'est encore l'hyperplasie sclérosique que nous retrouvons ici, exclusivement localisée dans certaines régions du bulbe et de la protubérance.

Les auteurs les plus autorisés sont encore incertains sur le siège anatomique et la nature des lésions qui déterminent ces tremblements nerveux si caractéristiques. — Il est vraiment étrange qu'ils soient restés ainsi sur la réserve, car, dans tous les cas où jusqu'à présent j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de sujets atteints de cette maladie, j'ai toujours rencontré des lésions très nettement définies et très exactement localisées. C'est ainsi que j'ai constaté maintes fois que, si la sclérose interstitielle de la protubérance et du bulbe est l'élément fondamental de la maladie de Parkinson, il faut y adjoindre encore, comme dans tous les cas analogues où il s'agit de l'exaltation fonctionnelle de la vitalité nerveuse d'une région, des hyperémies capillaires très intenses avec des hypertrophies des cellules motrices des plus caractérisées; vous pouvez en juger du reste par l'examen des planches photographiques ci-jointes que je fais passer sous vos yeux.

Vous parlerai-je encore des progrès considérables que l'étude des an-

©BIU Santé

ciennes névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, les chorées a faits dans ces derniers temps?

Grâce à des méthodes d'étude plus précises, grâce au progrès de la physiologie, et surtout aux procédés spéciaux mis en pratique par les élèves de l'Ecole de la Salpêtrière, sous l'impulsion du maître éminent qui la dirige la science contemporaine a pu apporter une précision inattendue dans le champ de toute cette série de phénomènes hystériques, dont les caractères protéiformes échappaient, il y a encore quelques années, à toute systématisation régulière.

Dans le récit des anciens auteurs on trouve, en effet, que les manifestations de l'hytérie représentaient une série d'incertitudes et d'incohérences symptomatiques proverbiales; tout était variable, et les manifestations nerveuses les plus imprévues, les plus extra-physiologiques étaient tour à tour citées dans les descriptions courantes des auteurs contemporains. Il y avait alors dans ce cadre spécial de la pathologie, d'une part, le chapitre des névroses ordinaires, et, d'autre part, un chapitre non moins étendu, dit chapitre des névroses *extraordinaires* qui comprenaient tout ce que les conceptions de l'imagination peuvent enfanter de plus bizarre.

Actuellement tous ces désordres variés de l'ancienne hystérie sont classés et envisagés d'une façon méthodique. On décrit d'une façon suivie, on figure à l'aide de dessins les phases diverses de la maladie, l'enchaînement des attitudes, les gesticulations des sujets au milieu de leurs attaques, etc., et l'on arrive ainsi à faire voir que, sous ces aspects morbides les plus incohérents, les phénomènes de l'hystérie représentent un processus identique qui évolue d'une façon originale, et que, s'il y a des phases qui sont mal dessinées et avortées, néanmoins elles s'enchaînent d'une façon réglée et forment une unité nosologique toujours identique et fidèle à elle-même.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

Relation de l'épidémie cholérique observée a l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884, par M. P. Duflocq. — 1886, Le Mans, Drouin.

M. Duflocq a été appelé, par son service, à observer les 215 cholériques qui furent hospitalisés en 1884 dans les salles de M. Hayem, et donne dans ce mémoire inaugural le résultat de ses remarques cliniques.

Dans les premiers chapitres, il étudie les modifications des grandes fonctions pendant l'attaque du mal indien et renouvelle la description classique des phases diverses de l'affection. Puis, abordant un sujet plus original, notre distingué confrère s'étend sur les complications, et principalement sur les éruptions multiples : érythèmes, taches lenticulaires rosées, plaques cyaniques, pustules d'ecthyma et miliaires sudorales. Ce chapitre présente un intérêt de nouveauté, parce que, si ces éruptions sont bien connues, elles ont été cependant, jusqu'ici, très sommairement décrites.

Le chapitre VI a pour sujet les formes chroniques du choléra : c'est-à-dire les cas dans lesquels la maladie se distingue par sa longueur, ses manifestations cutanées, l'abattement et l'apathie du malade; enfin, par la lenteur de la convalescence. Dans cette forme, les altérations anatomiques dominantes se rapportent à la congestion des divers viscères : poumon, rein, foie, intestin. Ces caractères suffisent-ils pour créer une forme de choléra possédant une physionomie spéciale? C'est aux cliniciens de l'avenir de résoudre la question.

M. Duflocq termine par une statistique raisonnée des cas dans lesquels M. Hayem a employé la transfusion intra-veineuse d'une solution saline. Sur 90 malades soumis

à ce traitement, 63 succombèrent et 27 guérirent. Le coefficient des guérisons a donc été de 30 pour 100, et celui des décès de 70 pour 100. Il eût été instructif de rapprocher ces chiffres avec les statistiques du traitement par les autres méthodes.

Par l'abondance des renseignements qu'elle renferme, la thèse de M. Duflocq restera comme un document à consulter, utile aux épidémiologistes et aux cliniciens. La multiplicité des chiffres en rend la lecture aride, mais témoigne aussi des efforts considérables pour arriver à des conclusions exactes. Cette qualité suffit pour désarmer toute critique. — C. L. D.

ETUDE SUR LES MÉNINGO-MYÉLITES CHRONIQUES, par M. Ch. BÉHIER. — Paris, 1885. Davy.

Ce mémoire est une contribution à l'étude des leptomyélites chroniques, c'est-à-dire des myélites d'origine méningée, dont les caractères peuvent simuler l'ataxie et la sclérose en plaques. Dans ces affections, la sensibilité paraît peu atteinte, et quand il existe de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie, ces troubles se distribuent par plaques disséminées. Les réflexes sont conservés, les symptômes cérébraux manquent si la maladie reste localisée sur la moelle, et les phénomènes spastiques s'observent quand elle s'étend aux cordons latéraux.

L'auteur admet deux formes anatomiques de leptomyélites chroniques : les leptomyélites en plaques et les leptomyélites diffuses; les premières ont l'allure d'une sclérose en plaques; les secondes sont diffuses, ou bien limitées aux cordons postérieurs ou s'étendent aux cordons latéraux. D'après ces caractères et cette apparence de systématisation, ces myélites diffèrent des myélites vraiment systématiques; M. Béhier les dénomme : *myélites pseudo-systématiques*. Nonobstant l'aridité du sujet, on voit que le mémoire de M. Béhier, inspiré par M. Raymond, dont il est l'élève, ne manque ni d'intérêt, ni de réelle importance. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de maladie de Graves guéri par le galvanisme. (*British med. Journal*, 21 nov. 1885.) — Le cas suivant, reproduit par le *Practitioner*, appartient au docteur Leslie PHILLIPS. Il s'agit d'une jeune femme de constitution délicate, dont la santé, déjà faible, fut bientôt altérée après les fatigues d'un accouchement et d'un élevage. Peu à peu survinrent des céphalalgies réitérées, des vomissements, des troubles digestifs, des accès de palpitation se produisant nuit et jour, des insomnies presque complètes. Quand elle s'assoupissait, elle était bientôt réveillée par des palpitations qui duraient, sans répit, toute la journée, la plongeant dans une condition pitoyable et lui interdisant toute occupation. Elle était réduite à garder le lit ou à rester étendue sur un sofa; les moindres mouvements augmentant de suite les palpitations. Le pouls, en moyenne, battait de 160 à 180 fois à la minute. La région thyroïdienne était proéminente. On la traita alternativement avec des purgatifs, la digitale, la belladone, le bromure de potassium, le fer, mais sans aucun bénéfice. Vers le 15 du mois d'août, on commença à mettre en œuvre l'électricité sous la forme de courants constants, à la dose de 7 milliampères avec le pôle positif sous l'oreille, au niveau du ganglion sympathique moyen, et le pôle négatif sur la région cardiaque.

Le docteur Saundby, qui vit la malade le 22 du même mois, confirma le diagnostic. A ce moment, la protusion du globe oculaire s'était ajoutée au tableau symptomatique. En même temps que l'électricité, on donna à l'intérieur du bromure de potassium et du fer, qu'on cessa bientôt. Les séances de galvanisme furent répétées journellement et l'amélioration ne tarda pas à se faire immédiatement sentir.

Le 18 septembre (après un mois de traitement), les palpitations nocturnes avaient disparu, il n'y en avait plus au réveil, et seulement de temps en temps pendant la journée.

Vers le 20 septembre, le pouls était à 90. On continua les séances et on suspendit le bromure en espaçant les applications électriques tous les deux ou trois jours, jusqu'au

9 octobre, époque à laquelle la malade quitta la ville et se maria. Pendant les dernières périodes du traitement, on alterna les courants continus avec les courants interrompus.

L. Dn.

Emploi de la brucine comme anesthésique local. (*Transact. of American otological Society*, 1885.) — Le docteur Burnett conseille fortement l'emploi de la brucine comme anesthésique local. Une solution de brucine cristallisée pure à 5 pour 100 d'eau distillée, avec addition de 5 gouttes d'acide chlorhydrique par gramme de brucine, est considérée par lui comme jouissant de propriétés anesthésiques plus remarquables et donnant des résultats plus satisfaisants que ne le pourrait faire la cocaïne.

Le mieux serait d'instiller, pour l'emploi en otologie, quelques gouttes du médicament dans le conduit auditif externe, ou d'en imbiber un tampon d'ouate qu'on placerait, en l'y comprimant un peu, dans le conduit auditif externe ou à son méat.

Le docteur Zeiss, dans un travail sur la brucine, inséré dans le *Therapeutical Gazette* (janvier 1886), considère les effets de la brucine comme étant plus durables, mais moins certains que ceux de la cocaïne.

La brucine ne serait d'aucun service appliquée sur les téguments externes, pas plus, du reste, que n'importe quelle solution de cocaïne qu'on est obligé d'injecter sous la peau pour en obtenir ses effets anesthésiques ordinaires. Malheureusement, les propriétés puissantes de la brucine empêchent l'emploi de ce mode d'application. Mais la brucine en solution agirait comme un excellent anesthésique local et superficiel lorsqu'elle est en contact avec des surfaces muqueuses, et c'est spécialement dans les cas de furoncles du conduit auditif externe ou dans les otites moyennes, même suppurées, qu'elle se montrerait très utile. On l'emploie alors en instillations dans l'oreille externe, ou en pulvérisations dans l'oreille moyenne à l'aide d'un cathéter, ou en pommade dont on enduit la sonde avant l'introduction, dans les cas où elle peut être supportée, ou enfin à l'aide du procédé de Valsalva, après pulvérisation.

Dans quelques cas, après l'emploi de solutions abondantes de brucine contre le coryza, les malades se sont montrés agités et nerveux pendant plusieurs heures. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1886.

Une observation d'*anévrysme traumatique de la tibiale antérieure* à la suite d'une fracture du tibia au tiers inférieur a motivé une lecture de M. Chenieux. Notre savant confrère formule, sous forme de conclusions, la conduite à tenir dans les cas semblables. S'il y a plaie, la ligature des deux bouts de l'artère lésée est indiquée ; si la poche vasculaire est intacte, on doit pratiquer la compression indirecte, et en cas d'échec, la ligature à distance de la fémorale. La ligature à distance des tibiales antérieures et postérieures est un moyen exceptionnel. Comme dernière ressource, et avec les auteurs classiques, M. Chenieux adopte l'amputation.

Deux observations d'ovariotomie ont été communiquées par le même chirurgien. Dans l'une l'opérateur pratiqua une injection de teinture d'iode dans la cavité péritonéale pour modifier la nature du liquide qui était louche. Des ponctions répétées n'avaient donné qu'un résultat incomplet, et le traitement adopté par M. Chenieux devait avoir pour effet de faire disparaître l'ascite ou tout au moins de modifier les qualités du liquide en le rendant moins purulent et moins septique.

La première opérée guérit rapidement : son kyste était uniloculaire. La seconde portait un kyste, dermoïde très probablement, et succomba à une obstruction intestinale. De l'aveu aussi sincère qu'honorable de l'opérateur, cet insuccès serait imputable à une injection préparatoire avec la teinture d'iode.

Pour être de moindre ampleur, la question que soulevait M. Prosper Lemaitre n'était pas de moindre intérêt pratique. Elle avait pour but de démontrer *les avantages de donner le sein à l'enfant immédiatement après la naissance* et de combattre un usage

populaire d'après lequel on ne donne le sein à l'enfant que le troisième jour après la naissance. C'est au nom de l'observation clinique que notre confrère proteste contre cette pratique aussi préjudiciable à l'enfant, parce que nulle alimentation n'est plus apte à favoriser l'expulsion du méconium, qu'à la mère, ajoute notre confrère, en la préservant « de ces maladies graves que nous voyons si souvent après les couches. »

Dans la même réunion, M. Louis Bleynie exposait les résultats des *expériences entreprises avec l'ostéoclaste*. Elles ont donné des résultats dont les chirurgiens apprécieront l'utilité et qu'il formule ainsi : 1° les fractures produites par l'ostéoclaste « sont toujours périostiques malgré la force énorme qu'on emploie ; la déviation de l'os est angulaire, ce qui facilite la consolidation ; 2° cet instrument ne produit pas de fractures franchement sous-condyliennes chez l'adulte et quand on opère passé l'âge de l'adolescence, on doit employer l'ostéotomie. En même temps, l'habile chirurgien de Limoges conseillait de surveiller l'application de la pelote interne, afin que sa concavité embrasse bien le fémur et constatait que le bord interne ds la ligne de fracture correspond au centre et non pas au bord inférieur de cette pelote.

Cette dernière communication prouve, une fois encore, l'esprit qui anime nos confrères de Limoges. Non content d'observer en praticiens de talent, ils prennent volontiers l'initiative de recherches expérimentales.

C'est là un exemple de décentralisation scientifique à la bonne manière. En terminant ce compte rendu trimestriel, mentionnons une observation où M. Lemaistre signale la guérison de *crises épileptiformes avec aura ascendante et descendante*, après l'absorption accidentelle de 24 grammes de bromure de potassium. Aucun accident toxique et aucun phénomène de bromisme ne s'ensuivirent de sorte que ce fait justifie la pratique des médecins qui prescrivent le bromure à hautes doses et qui, comme les médecins américains, redoutent peu en général les phénomènes de bromisme. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

MM. Dehérain et Maquenne adressent une note sur *l'absorption de l'acide carbonique par les feuilles*.

« Quand on réflechit à l'extrême parcimonie avec laquelle l'acide carbonique est répandu dans l'atmosphère, on est étonné qu'en quelques mois de végétation les plantes annuelles puissent accumuler la masse énorme de carbone qu'elles renferment, et nous avons voulu savoir si l'acide carbonique ne serait pas absorbé par les feuilles avec une énergie qui compenserait sa rareté.

« Tandis que la décomposition de l'acide carbonique par la cellule à chlorophylle a donné lieu à un grand nombre de travaux importants, la première phase de ce phénomène, l'absorption de l'acide carbonique par les feuilles, a été, jusqu'à présent, négligée. Nous abordons aujourd'hui son étude, en déterminant la valeur de cette absorption dans le cas particulier où la pression de l'acide carbonique est égale à la pression de l'atmosphère.

« L'appareil employé consiste en un système de deux tubes verticaux, de 0m80 de longueur, divisés en millimètres et reliés par leur partie inférieure, comme ceux d'un voluménomètre ; ils communiquent, en outre, avec un réservoir à mercure que l'on peut déplacer le long de la tige d'un support spécial ; ces tubes sont entourés d'un manchon rempli d'eau, que l'on maintient à une température rigoureusement constante.

« L'un des tubes est ouvert à sa partie supérieure et joue le rôle de manomètre ; l'autre, qui sert de mesureur, porte un tube en croix dont chaque branche est munie d'un bon robinet ; l'une de ces branches est en relation constante avec une trompe à mercure.

« Enfin, le mesureur a été jaugé, et une table de correspondance permet de connaître, à quelques centièmes de centimètre cube près, le volume compris entre le robinet supérieur et un point quelconque de la graduation.

©BIU Santé

« Pour faire une expérience, on enferme dans le mesureur une certaine quantité d'air normal, saturé de vapeur d'eau, puis on mastique, à l'une des branches du tube en croix dont nous venons de parler, un tube semblable à ceux qui nous ont servi dans l'étude de la respiration, et dans lequel on a placé 10 grammes de feuilles fraîches. Ce tube est lui-même maintenu par un bain d'eau à température constante ; on y fait le vide complètement, puis, établissant la communication avec le mesureur et ramenant le gaz à la pression atmosphérique par un déplacement convenable du réservoir à mercure, on détermine le volume d'air qui est entré.

« Cela fait, on remplace le gaz du mesureur par de l'acide carbonique pur, et on répète exactement la même manœuvre. On reconnaît alors, après avoir, comme précédemment, ramené le gaz à la pression normale, que la diminution de volume de l'acide carbonique est beaucoup plus considérable que celle qu'on avait observée dans le cas de l'air ; parfois même, le niveau du mercure est plus élevé que si le tube était vide de feuilles.

« A la température ordinaire, l'absorption est instantanée : le mercure reste immobile pendant quelque temps, puis s'abaisse lentement par suite de la formation d'acide carbonique par respiration intra-cellulaire. A zéro, l'absorption est plus lente ; le mouvement ascensionnel du mercure se prolonge alors pendant cinq ou six minutes.

« Si l'on admet que l'air n'est pas absorbé par les feuilles en quantité sensible (on trouve des résultats identiques avec l'hydrogène), la différence entre les volumes observés dans ces deux expériences successives donne la mesure de l'acide carbonique absorbé, et, si l'on ramène les volumes gazeux à zéro et 760, on peut en déduire le coefficent d'absorption de l'acide carbonique pour 1 gramme de feuilles.

« Des expériences déjà exécutées découlent les conclusions suivantes :

« 1° La proportion d'acide carbonique pur que les feuilles absorbent sous la pression atmosphérique varie avec la quantité d'eau qu'elles renferment.

« 2° Le coefficient d'absorption de l'acide carbonique par l'eau des feuilles est, dans les limites ordinaires de température, supérieur au coefficient de solubilité du même gaz dans l'eau.

« 3° Cette absorption est extrêmement rapide, ce qui explique comment les feuilles arrivent à s'emparer, pour s'en nourrir, des quelques dix-millièmes d'acide carbonique que renferme l'air normal. »

A côté de ces intéressantes recherches, il serait curieux de soumettre au contrôle de l'expérience la théorie de M. le colonel du génie, V. Marchand. Ce sagace observateur pense que le sol, agissant à la façon des corps poreux, emmagasine d'énormes quantités de gaz acide carbonique provenant de l'atmosphère, et que c'est à ce réservoir inépuisable que s'alimente la végétation.

M. L. Bergeron envoie une note *Sur les injections de médicaments gazeux dans le rectum*.

« Cette méthode thérapeutique est basée :

« 1° Sur ce principe de physiologie établi par Cl. Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances même toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée ;

« 2° Sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz acide carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans provoquer de désordres si l'injection est faite avec les précautions voulues.

« Nous nous sommes servi de cette méthode dans plusieurs maladies ; nous donnons aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus dans la phthisie pulmonaire.

« Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques parasiticides ou antiseptiques, nous avons fini par donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses. Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse (Eaux-Bonnes, Allevard, Saint-Honoré, Challes) est introduit par le rectum deux fois par vingt-quatre heures. Après peu de jours d'emploi, nous avons constaté une diminution parvenant jusqu'à la suppression totale de la toux ; modification profonde, comme qualité et comme quantité, de l'expectoration ; suppression des

sueurs ; relèvement de l'état général et cela non seulement dans la phthisie au début, mais dans la phthisie confirmée. Notre observation quotidienne de l'auscultation nous a permis de constater la disparition progressive des râles humides. Les résultats nous ont paru suffisamment encourageants pour demander à ce qu'il soient contrôlés. Dans une prochaine note nous donnerons les résultats que nous avons obtenus dans d'autres maladies. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet. — 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. Bouchard comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Bouchard prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend un travail manuscrit de M. le docteur Amat, médecin-major, sur l'emploi de l'eau bouillie dans la prophylaxie de certaines épidémies.

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le 13e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale.*

M. Larrey présente, de la part de M. le marquis de Nadaillac, une brochure sur l'affaiblissement de la natalité en France, ses causes et les moyens d'y remédier.

L'Académie procède, par la voix du scrutin, à l'élection d'un correspondant national (première division).

Le nombre des votants étant de 50, majorité 26, M. Grasset (de Montpellier) obtient 39 voix; M. Tillot (de Luxeuil), 5; M. Mauricet (de Vannes), 3; M. Curlet (de Grenoble), 2.

M. Grasset est élu.

M. Roy, pharmacien de 1re classe, lit une note sur une préparation qu'il désigne sous le nom d'extrait normal de quinquina granulé. Il l'obtient en traitant la poudre de quinquina par l'eau pour en extraire la partie taunante et ensuite par l'alcool bouillant et la chaux pour en retirer tous les alcaloïdes. Ces deux extraits réunis et granulés doivent représenter poids pour poids une écorce contenant 3 p. 100 d'alcaloïdes.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Planchon, Méhu et Bourgeois, rapporteur.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'alcool.

M. Gallard prononce un discours dont voici les conclusions :

1° Le simple mélange de plusieurs vins naturels ou *coupage;* l'addition à un vin naturel d'une plus ou moins grande quantité d'eau pure ou *mouillage;* l'addition à ce même vin naturel d'une quantité quelconque d'alcool de bonne qualité ou *vinage*, ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la santé des consommateurs, et l'Académie n'a pas de raisons de les proscrire au nom de l'hygiène.

2° L'emploi, pour le vinage, des alcools supérieurs (propylique, butylique ou amylique) peut, en raison des principes toxiques qu'ils renferment, communiquer au vin des propriétés nuisibles pour la santé. Leur emploi doit donc être interdit au même titre et pour les mêmes raisons que celui de l'acide salicylique, que celui du bisulfate de potasse ajouté au vin par la pratique du plâtrage, que celui des *matières colorantes*, quelles qu'elles soient, ou des préparations connues sous le nom de *bouquet artificiel*, qui toutes ajoutent au vin des matériaux étrangers à sa composition naturelle et le plus souvent dangereux.

3° Les boissons qui ne sont pas préparées exclusivement avec le jus du raisin fermenté aussitôt après la vendange ne doivent pas être vendues sous le nom de *vin.*

Elles ne peuvent, alors même que leur salubrité est parfaitement établie, être livrées à la consommation que sous un nom indiquant leur composition et leur provenance.

4° Afin d'encourager la consommation des vins naturels les moins alcoolisés et celle des autres boissons fermentées qui renferment peu d'alcool, il serait à désirer que les droits fiscaux pesant sur l'alcool fussent établis en raison même de la quantité contenue dans chacune de ces boissons. Ces droits devront être calculés de telle sorte que la taxe portant sur une même quantité d'alcool, devint de plus en plus forte à mesure que cet alcool serait dilué dans un moindre volume de liquide.

M. Dujardin-Beaumetz demande la parole pour combattre les conclusions du discours de M. Gallard.

Il pense que l'on ne doit pas s'écarter de la définition du vin, si bien rappelée par M. Gallard et d'après laquelle on ne doit désigner sous le nom de vin que le jus de raisin fermenté. En partant de cette définition, le mouillage et le vinage doivent être considérés comme des sophistications du vin. Tout ce que l'on ajoute au jus du raisin fermenté le détruit, lui enlève la vie spéciale dont il jouit pendant un temps plus ou moins long, grâce à sa fermentation.

Dès que l'on introduit quelque chose dans le vin, soit de l'eau, soit de l'alcool, on en change tous les éléments, on le tue.

M. Dujardin-Beaumetz n'accepte pas l'argument par lequel M. Gallard cherche à dissuader l'Académie d'adopter les conclusions de la commission, en lui disant que si elle les adopte, elle aura changé d'opinion, puisque, il y a quinze ans, elle adoptait les conclusions du rapport de M. Bergeron contraires à celles du rapport actuel de M. Rochard. Si la commission nouvelle a présenté des conclusions différentes, c'est que des travaux nouveaux ont été publiés qui ont changé la face de la question. Les études, les recherches nouvelles auxquelles M. Dujardin-Beaumetz a pris une large part, ont montré que plus l'alcool est élevé dans la série, plus il est toxique.

L'observation clinique montre en outre que l'alcoolisme avec ses dégénérescences organiques se développe avec une intensité croissante. Autrefois on était simplement ivrogne, aujourd'hui on est alcoolique. Cette progression croissante de l'alcoolisme est due à ce que l'on ne consomme plus ou presque plus de vin naturel, mais du vin alcoolisé, et cela non plus avec de l'alcool de vin, devenu introuvable, mais avec de l'alcool de betteraves, de pommes de terre, de grains, etc.

Il convient donc de revenir à une meilleure hygiène et de proscrire le vinage grâce auquel nous subissons en France l'invasion d'un nombre incalculable d'hectolitres d'un iquide qui n'est plus du vin, mais un simple mélange d'eau et d'alcool.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

L'ORGANISATION DU SERVICE PHARMACEUTIQUE DE NUIT

Après des péripéties diverses, le projet de créer un service pharmaceutique de nuit vient enfin d'aboutir et d'obtenir les suffrages du Conseil municipal. Il faut espérer que par sa diligence, l'administration le mettra prochainement à exécution, et donnera enfin satisfaction à de nombreuses réclamations.

Aux termes des articles I et II, les indigents, inscrits dans les bureaux de bienfaisance, recevront les médicaments dans les maisons de secours et dans le cas de médicaments étrangers à leur formulaire, dans les pharmacies de nuit.

Les malades non indigents obtiendront, dans ces dernières, l'exécution de leur ordonnance, sous la conduite d'un agent de police et sur la présentation d'un bon signé par le médecin de nuit. Est-ce à dire que de toute nécessité le malade doit avoir recours au médecin de nuit pour profiter de cette avantage ? Le règlement municipal ne semble pas prévoir le cas où l'ordonnance viendrait d'un médecin étranger au service médical de nuit : auquel cas, ces dispositions seraient peu libérales.

Les articles III et IV prescrivent le remboursement des médicaments délivrés aux malades non indigents, suivant le tarif des maisons de secours et celui de la chambre syndicale. De plus, ils allouent au pharmacien de nuit, une indemnité de dérangement fixée à 1 fr. 50 par ordonnance. C'est peu, et, par un petit effort de générosité, la commission aurait pu l'élever à un moins faible taux !

Quel que soit l'avenir de ce nouveau service, il faut espérer qu'il complètera utilement l'heureuse institution du service médical de nuit et l'œuvre dont notre estimé confrère, M. Passant, a été, il me semble, l'initiateur bien inspiré. — C. L. D.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA THROMBOSE VEINEUSE. — N. Gueneau de Mussy.

Extrait thébaïque.....		
Extrait de belladone.....		
Extrait de jusquiame.....	âà	3 grammes
Extrait de semences de ciguë.....		
Axonge purifiée.....		30 grammes

F. s. a. une pommade, que l'on étend sur le trajet ds la veine obstruée douloureuse, chez les malades atteints de fièvre typhoïde. — Chaque onction est suivie de l'application d'un cataplasme. — 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.

— L'Association française pour l'avancement des sciences communique la seconde liste suivante des communications qui doivent être faites pendant la durée du Congrès de Nancy :

M. Apostoli (G.). — Sur un nouveau tra tement de l'endométrite par la galvano-caustique chimique.

M. Assaky. — Sur le développement de l'ovaire.

M. Boucheron. — Sur quelques scrofulides bénignes micrococciennes impétigo, conjonctivite phlycténulaire, acné pilaire, nasale et palpébrale (blépharite).

M. Charpentier (A.) — Méthodes et instruments pour explorer les fonctions visuelles. — Recherches sur la photométrie.

MM. Clermont (de) et Chautard. — Sur les combinaisons de la quinone avec les phénols.

M. Colson. — Sur les méthylbenzines. — Relations entre les propriétés physiques et chimiques de certains composés organiques.

M. Debierre. — De la trompe de Fallope ; situation de l'oviducte dans le ligament large, sa structure, ses altérations pathologiques comme cause de stérilité.

M. Dehérain. — Sur la respiration des feuilles à l'obscurité. — Sur l'absorption de l'acide carbonique par les feuilles.

M. Demangeon. — Climatologie des Vosges. — L'hiver 1879-1880 à Épinal avec carte des minima de température dans les Vosges.

M. Franchimont (A.-P.-M.). — Sur l'acide azotique et son action sur les corps organiques.

M. Hénocque. — Présentation d'hématoscopes et d'hématospectroscopes. — Des applications de l'hématoscopie à la physiologie et à la clinique.

M. Henry (L.) — Sur la volatilité dans les composés carbonés renfermant la chaîne normale $\equiv C - (CH^2)^v - C \equiv$.

©BIU Santé

M. Lorin. — Sur le carbonate de méthyle. — Les ammoniaques composées. — Une expérience de synthèse.

M. Manouvrier (L.). — Études de quelques points relatifs à la délimitation de l'anthropologie. — Contribution à l'anthropologie artistique. — Étude sur le profil grec.

M. Rochard. — Traitement des fièvres intermittentes rebelles.

M. Topinard (P.). De la carte de la couleur des yeux et des cheveux en France.

M. Vincent (Camille). — Sur les diétripropylamines normales.

M. Vincent (E.) et Chapuis. — Sur les températures et pressions critiques de quelques composés homologues.

Souscription pour un monument commémoratif A.-P.-L. Panum. — Une souscription est ouverte depuis l'année dernière à Copenhague pour élever un monument à l'illustre physiologiste danois. *La Revue internationale des sciences médicales* pense qu'il est du devoir de la presse médicale française de s'associer à cet hommage rendu à un savant. Les médecins français qui se souviennent du Congrès médical de Copenhague doivent profiter de cette occasion pour témoigner une fois de plus de leur sympathie à leurs confrères du Danemark. Les souscriptions sont reçues chez M. le professeur Carl Lange, 22, Kronprinssessegrade, à Copenhague. *La Revue internationale des sciences médicales* se charge de transmettre au comité de Copenhague les souscriptions qui pourraient lui être adressées, 21, boulevard Saint-Germain. (*Progrès médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 juillet 1886. — *Ordre du jour* : 1. M. Perrin : Vœu à l'occasion de la communication de M. Gimbert (de Cannes), sur les lazarets terrestres. — 2. M. Dubuc : Cystite survenue au 7e mois de la grossesse et ayant persisté avec aggravation à la suite de l'accouchement. Guérison par les instillations de nitrate d'argent. — 3. M. Lanoque : De la variole chez les aliénés. — 4. Vote sur la candidature de M. Pintaud-Désallées au titre de membre correspondant. — 5. Fixation des vacances.

Bulletin bibliographique.

De la splénalgie dans les fièvres intermittentes, par le docteur Paul Fabre (de Commentry), médecin de mines de Commentry, etc. Une brochure grand in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Etude expérimentale sur la phonation, par le docteur M. Lermoyez, membre de la Société clinique. 1 vol. in-8° de 200 pages avec 15 figures dans le texte. — Prix : 4 francs.

Pathogénie des néphrites, par le docteur Gaucher, chef du laboratoire de clinique médicale de la Charité. 1 vol. in-8° de 135 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables. Essai de localisation du processus morbide dans les névroses, par le docteur René Grenier. 1 vol. in-8° de 75 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Paralysies, contractures, affections douloureuses de causes psychiques, par le docteur Lober, chef du laboratoire des cliniques à la faculté de médecine de Lille, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 115 pages. — Prix : 3 francs.

Guide du médecin-inspecteur de la première enfance (explication de la loi du 23 décembre 1874), son mécanisme, les bons effets qu'on en a obtenus et ceux qu'on est en droit d'en attendre encore, par le docteur Limouzin-Lamothe (de Mormant). 1 vol. in-18 de 85 pages. — Prix : 1 fr. 50.

La tuberculose. Pathogénie et traitement, par le docteur Em. Fleurot (du Val-d'Ajol). 1 vol. in-8° de 75 pages. — Prix : 3 francs.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. J. Luys : Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — III. Variétés : La statistique des suicides au Mexique. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux (1)

Leçon d'ouverture des conférences faites à l'hôpital de la Charité

Par le docteur J. Luys.

Si maintenant nous quittons l'examen des manifestations morbides qui ont pour siège le névraxe et la moelle épinière pour remonter plus haut et concentrer notre attention sur la masse du cerveau proprement dit, vous allez voir combien encore, dans ce département spécial, les hommes de notre génération sont arrivés à constater des faits du plus haut intérêt, et qui sont l'honneur de ceux qui vivent et de ceux qui les ont précédés dans la carrière.

Je ne pourrai faire autrement que de vous parler de cette question si intéressante des localisations cérébrales acceptée pour vraie par beaucoup de bons esprits, et qui cependant, quoique assise sur des données suffisamment démonstratives, ne paraît pas encore avoir entraîné la conviction de tous les observateurs.

J'aborderai ensuite avec vous la valeur de cette autre question fondamentale mise en avant par Broca, celle de la localisation de la faculté du langage articulé dans la troisième circonvolution frontale gauche; question complexe, beaucoup plus obscure qu'on se l'imagine, et qui touche directement à celle de la genèse de la parole et à son expression phonétique. — J'espère vous montrer que cette localisation, en apparence si précise dans la

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 et 22 juillet 1886.

FEUILLETON

CAUSERIE

Pauvres petits!

Quand on revient de la campagne par certains trains du matin, les voitures se remplissent à toutes les gares d'une population remuante et inquiète, qui ne songe guère à humer une dernière bouffée d'air pur, ni à reposer ses yeux sur un dernier rideau de verdure avant de rentrer dans Paris; ce sont des écoliers et des écolières, qui tout à l'heure vont prendre leurs petites jambes à leur cou pour ne pas manquer l'heure de la classe, et qui repassent fièvreusement leurs leçons entre Bellevue et Montparnasse, sous l'œil vigilant du père ou du précepteur. Pas de distractions permises, point de babillage avec les camarades; à peine installés dans le wagon, fillettes et bambins, un livre sur les genoux, les yeux au ciel, le front plissé, se redisent avec des mouvements de lèvres et des chuchotements de confessionnal, la page qu'il faudra réciter dans un instant au professeur ou à *mademoiselle*.

J'observais dernièrement une bande de ces laborieux voyageurs qui me rappelaient tout ce qu'on a écrit sur les maladies scolaires. Une petite fille de 12 à 13 ans avait aperçu dans un jardin, près de la voie, une rangée de superbes groseilliers couverts de fruits, et elle voulait les compter. C'était, à la rigueur, un exercice d'arithmétique;

troisième frontale, a besoin d'une étude d'ensemble pour être convenablement interprétée, et qu'elle n'a pas la valeur absolue qu'on veut bien lui donner. Vous devez savoir, en effet, que, s'il existe des exemples indubitables dans lesquels la lésion de la troisième frontale a entraîné l'abolition du langage, il existe aussi des exemples dans lesquels la perte de la parole a coïncidé avec des lésions destructives de régions autres de l'écorce, et j'espère arriver à vous montrer que les opérations de l'élocution verbale, sont des phénomènes d'ensemble, des phénomènes d'émission volontaire qui ont besoin pour s'exécuter physiologiquement du concours de toutes les activités cérébrales, et qu'en définitive l'action d'émettre des sons articulés voulus n'est qu'une des modalités multiples de l'action de la volonté. A ce point de vue, le rôle de la troisième frontale doit être considéré comme l'instrument somatique de l'expression verbale et, en quelque sorte, comme la porte de sortie de la parole intérieure engendrée dans les régions de l'activité psychique.

C'est encore en concentrant leurs efforts sur le domaine spécial du système nerveux que les médecins aliénistes du milieu de ce siècle sont arrivés, pièce par pièce, morceau par morceau, à créer cette immense unité nosologique dont on trouve à chaque instant la présence dans le domaine de la pathologie mentale et qui constitue la *paralysie générale*.

La connaissance de la paralysie générale avec ses formes expansives ou dépressives, avec ses formes variées est, en effet, une conquête légitime de la génération contemporaine. Il est vraiment étrange qu'une unité nosologique aussi nettement caractérisée ait échappé au génie de Pinel, à la sagacité profonde d'Esquirol, et qu'il faille arriver à notre époque pour reconnaître une maladie aussi commune et aussi répandue.

Cette étude nouvelle de la paralysie générale a permis de rétrécir encore de plus en plus le cadre des vésanies proprement dites, et de faire considérer un grand nombre de symptômes autrefois vésaniques comme les expressions directes des lésions organiques du substratum organique, en

---

mais il ne figurait pas sans doute dans le programme de la journée, car une voix sévère vint arracher ma voisine à ses exclamations sur les groseilliers, en lui rappelant qu'elle avait à finir ses devoirs. Elle se rassit alors un peu confuse, tira de sa poche un cahier et un crayon, et commença des griffonnages qui n'allaient pas tout seuls. Oh, ce crayon! que de fois il est resté suspendu au-dessus du cahier, que de fois sa pointe, après un plongeon, a reparu copieusement humectée de salive! Un vrai sucre d'orge, ce crayon, à en juger par la frénésie avec laquelle sa propriétaire en suçait l'extrémité, en la tournant dans sa bouche. Malgré ces invites à l'inspiration, l'inspiration ne venait pas, et il fallut demander du secours aux assistants, auxquels fut soumis à la ronde, et d'une voix suppliante, ce grave problème : Comment dit-on, en allemand, cette pauvre femme n'a plus d'enfants? — Chacun donna son avis; puis, de toutes les opinions exprimées, la petite fille fit une moyenne et composa sa phrase allemande.

Etait-elle correcte? Je n'en répondrais pas. Mais je savais maintenant pourquoi mon écolière avait les traits tirés, la figure fatiguée; la veille, au lieu de courir dans l'herbe et de compter les groseilliers, elle avait pensé à son thème allemand; la nuit, elle en avait rêvé; c'était le thème allemand qui prenait, dans cette frêle existence, la place de la poupée, du croquet, du cerceau, de l'insouciance et de la liberté.

***

Du côté des garçons, on se s'amusait pas davantage. Un gros joufflu venait d'ouvrir un immense cartable, bourré de livres, parmi lesquels il avait choisi une grammaire

cours d'évolution. — J'espère vous montrer, à l'aide de pièces anatomiques et de préparations photographiques, les désordres profonds qui constituent l'élément caractéristique de la maladie; et vous verrez que, là encore, vous retrouverez comme facteur pathogénique essentiel, une hyperplasie diffuse ou localisée de la névroglie, dont les éléments en période de prolifération progressive enserrent les tissus actifs, oblitèrent les vaisseaux, détruisent les cellules nerveuses, et finissent par amener, dans un temps déterminé, la destruction lente et progressive de tous les éléments de l'activité cérébrale et parallèlement l'usure des facultés.

A côté de ces acquisitions fécondes, qui ont créé pour l'étude des maladies cérébrales des classifications nosologiques régulières et nettement définies, je considère comme un progrès considérable accompli parallèlement, la connaissance plus nette et plus précise de l'anatomie des plis et replis de l'écorce.

L'étude de la topographie cérébrale si peu connue il y a environ une vingtaine d'années non seulement par les anatomistes, mais encore par les médecins, faute d'une carte topographique usuelle des différents territoires de l'écorce, était véritablement un monde anatomique ignoré. — C'était l'époque où on séparait à peine les circonvolutions les unes des autres, où il n'y avait pas de routes tracées pour suivre leur description; chacun confondant les plis et les replis entre eux, et donnant même des noms différents à la même circonvolution. — A mesure qu'une synonymie a été donnée et que des procédés descriptifs ont permis de mieux reconnaître les lois générales qui président à la disposition des différents plis et sillons de l'écorce cérébrale, il en est résulté un véritable bienfait pour la connaissance de la topographie de l'écorce, et en particulier pour l'appréciation rapide des variétés corticales qui apparaissent dans la morphologie du cerveau des aliénés.

Pour quiconque, en effet, possède dans l'œil, et par suite dans l'esprit, l'image de la topographie du cerveau à l'état normal, il est la plupart du

---

grecque, et voilà mon helléniste en culotte courte aux prises avec les verbes irréguliers. Il avait à peine l'âge de la première communion, et la moindre chasse aux papillons aurait mieux fait son affaire que les supins et les aoristes.

Au terme du voyage, quand il eut bouclé son cartable, il le mit sur son dos, comme un sac de soldat, de sorte que la grammaire grecque, qu'il lui avait fallu d'abord se faire entrer dans la tête, lui entrait maintenant dans les côtes. Cette manière de faire porter leurs livres aux collégiens, très répandue aujourd'hui, me paraît une innovation fâcheuse; même quand la charge n'est pas lourde, elle est mal placée ainsi; le sac et ses courroies compriment la poitrine, gênent la respiration et la circulation centrale, prédisposent aux attitudes vicieuses; les médecins militaires savent combien ces causes, chez les soldats et surtout les fantassins, ont d'influence sur le développement de la tuberculose pulmonaire; c'est une grave erreur que de soumettre la thorax fragile des enfants à cette compression que supportent si mal des organismes beaucoup plus formés. Je demande donc la suppression des courroies qui permettent aux écoliers de porter leur bagage sur leur dos, et je crois qu'il y aurait aurait avantage à introduire cette recommandation dans les manuels ou instructions d'hygiène scolaire. C'est peu de chose en apparence, c'est très important au fond, toute gêne apportée aux mouvements du thorax pouvant prédisposer à la phthisie. Les écoliers en seront quittes pour tenir leurs serviettes ou leurs cartables sous le bras; s'ils y perdent la satisfaction de ressembler à des soldats, ou au moins aux jeunes guerriers des bataillons scolaires, ils pourront se consoler en pensant qu'ils ressemblent à des avocats en gestation de plai-

©BIU Santé

temps possible de reconnaître d'emblée une série d'imperfections corticales, tels que les arrêts de développement, les hypertrophies localisées qui donnent au cerveau de l'aliéné une physionomie spéciale et permettent de reconnaître avec une certaine précision combien les anomalies organiques sont intimement liées aux anomalies des fonctions mentales.

Je n'insiste pas, Messieurs, plus qu'il ne convient sur l'étendue des horizons nouveaux que je vous convie à connaître, en vous montrant comment, dans ce domaine immense de la neurologie, l'étude de l'anatomie, celle de la physiologie et de la pathologie, ne doivent faire qu'une véritable trilogie destinée chacune à prêter à sa congénère son appui spécial, et je ne saurais trop vous le dire : — si vous voulez faire des études sérieuses, non seulement en neurologie générale, mais encore en pathologie mentale, faites de l'anatomie et toujours de l'anatomie, car, je vous le répète, plus vous en ferez, et plus vous descendrez dans les profondeurs de la vie intime du système nerveux, plus vous aurez des découvertes intéressantes à enregistrer; et, pénétrez-vous bien de ceci : Malgré toutes les acquisitions dont ce domaine spécial de la pathologie humaine vient de s'enrichir, il y a encore bien des chapitres nouveaux à fouiller, et je dirai même à créer; ceux de l'anatomie comparée du système nerveux sont encore à perfectionner; — celui de la morphologie cérébrale, au point de vue anthropologique, est à peine indiqué, et enfin — celui du développement embryogénique de l'encéphale humain, malgré les travaux importants dont il a été l'objet, laisse encore une vaste réserve aux recherches des investigateurs.

Tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, pourrait bien vous suffire comme programme d'étude neurologique, mais il est de fait dans ce domaine spécial de la science humaine que le mouvement ne s'exerce pas petit à petit, mais à grande vitesse, sollicité en quelque sorte par les forces mystérieuses neurologiques dont il est le théâtre.

Je viens de vous parler d'une série de découvertes récemment enregis-

---

doirie ou à des ministres en mal d'expulsion. Les passants gagneront aussi à ce que les écoliers aient les mains prises; quand ils ont les bras libres, après avoir chargé dictionnaires et grammaires grecques sur leurs épaules, ils en profitent pour se livrer des combats terribles sur les trottoirs à la sortie des classes, joignant au pugilat l'envoi de tous les projectiles qu'ils trouvent à leur portée, ce qui rend la circulation malaisée à certaines heures.

Il y a une autre catégorie de combattants qui abuse aussi de la liberté de ses mouvements : ce sont les jeunes télégraphistes qui nous apportent nos dépêches à domicile. Il est regrettable qu'on ne puisse pas introduire dans leur uniforme une modification qui les rende moins volages et moins impétueux; sans leur lier bras et jambes, si on trouvait quelque chose d'un peu encombrant à leur faire porter, on abrégerait peut-être les interminables parties de barres et de saute-mouton auxquelles ils se livrent en y faisant participer généreusement les dépêches qu'on leur a confiées. Dans cette saison, par exemple, un marron d'Inde tombé d'un marronnier du Luxembourg ne reste pas cinq minutes par terre sans qu'un télégraphiste le ramasse et le décoche au premier gamin qu'il aperçoit, et la bataille, une fois engagée, ne se termine qu'après épuisement des marrons. Voilà pourquoi le télégraphe, à Paris, va un peu moins vite que la poste; je soumets humblement ces doléances au ministre compétent, en lui proposant de faire porter les télégrammes à ses jeunes employés dans un grand portefeuille à dessin, ou dans une corbeille en équilibre sur la tête, comme celle des patronnets. La rapidité des correspondances s'en ressentirait tout de suite; car, aujourd'hui, quand on envoie un

trées et de vous exposer brièvement l'état actuel de nos connaissances, et voilà que ce qui était nouveau hier est déjà dépassé aujourd'hui,— voilà que la mise en lumière des phénomènes de l'hypnotisme vient inopinément de révéler une série de phénomènes aussi imprévus qu'étranges, et qui sont destinés tôt ou tard à avoir un retentissement considérable non seulement dans le domaine des choses de la psychologie normale, mais encore dans celui de la pathologie mentale.

Avec ces procédés d'hypnotisation dont les travaux de Charcot ont si magistralement indiqué l'enchaînement, nous pouvons, en quelque sorte à volonté, faire, chez l'homme vivant, de véritables vivisections psychologiques, éteindre et annihiler passagèrement les phénomènes de la conscience, développer les émotivités latentes de la sensibilité humaine et inculquer chez les sujets hypnotisés ces incitations mystérieuses, et terribles qui, à un moment donné, iront éclater à un jour, à une heure donnée, sous forme de suggestions impulsives.

C'est encore avec ces merveilleux procédés d'étude que l'on peut développer artificiellement chez les sujets prédisposés ces phénomènes transitoires si caractéristiques que l'on trouve dans la pathologie mentale, des hallucinations de tel ou tel sens, des délires spéciaux appropriés, des transformations de la personnalité, et cette série de suggestions à distance que les travaux de Bernheim et de Liégeois (de Nancy) ont si nettement exposés; phénomènes remplis d'intérêts qui représentent, sous une forme transitoire, les reproductions artificielles des actes impulsifs accomplis par les aliénés.

Ce sont là, Messieurs, des voies nouvelles d'investigation nées seulement d'hier, qui s'offrent aujourd'hui à vous, et que je vous convie à mettre prudemment en œuvre (1).

Vous trouverez, dans ces voïes nouvelles, des attractions invincibles, et ces satisfactions si captivantes qui s'emparent de l'esprit lorsqu'on s'avance

(1) Je dis prudence, car j'exposerai plus loin les dangers que l'on peut faire courir à certains sujets hypnotisés.

télégramme à quelqu'un, ce n'est pas dans l'espoir qu'il lui arrivera promptement; c'est par acquit de conscience, pour montrer de l'empressement; c'est une manière de dire aux gens à qui l'on écrit : Voyez comme j'ai hâte que vous me lisiez! Si mon espoir est trompé, ce n'est vraiment pas de ma faute.

***

Le thème allemand, la grammaire grecque et le cartable de mes compagnons de voyage sont autant de symptômes du régime qui pèse sur la jeunesse d'aujourd'hui, et qu'on pourrait appeler la scolarité à outrance. C'est un des fléaux de notre époque; le mal nous a été inoculé par l'homme qui a lancé, après 1870, cet aphorisme célèbre : « C'est le maître d'école allemand qui a battu le maître d'école français. » Je ne puis me défendre d'une rancune secrète contre l'auteur de cette maxime. Voilà une bourde qui a fait un joli chemin dans le monde! Elle nous a valu le débordement de pédagogie qui nous étouffe à présent. Si le maître d'école français fut jadis en retard sur le maître d'école allemand, il est en train de prendre une fameuse revanche; il n'y en a plus que pour lui. On s'aperçoit maintenant qu'on a dépassé le but, qu'à force d'instruire les enfants, on les abrutit et on les rend malades; à côté de l'hygiène scolaire, on commence à se préoccuper des maladies scolaires; le seul fait qu'il ait fallu créer cette locution pour désigner tout une branche nouvelle de la pathologie n'est-il pas la condamnation de notre enthousiasme pédagogique? Il suffira de rappeler, pour ne citer que quelques pièces du procès, les documents produits à l'Académie de médecine et au

©BIU Santé

vers les régions de l'inconnu. Et ceux d'entre vous qui prendront pour objectif de leur vie l'étude de la psychiatrie, seront tous surpris des ressources nouvelles que les pratiques de l'hypnotisme apportent à leurs travaux. Ils pourront ainsi créer artificiellement des états psychiques transitoires, étudier à l'aise le mécanisme et les phases d'un certain nombre d'opérations mentales, et apporter à ce département de la pathologie humaine un tribut d'observaiions sérieuses assises sur les bases d'une physiologie méthodique; et je ne doute pas, comme conséquence de leurs labeurs, qu'ils ne rencontrent sur leur route des aperçus imprévus et des données utilisables par la thérapeutique des maladies mentales.

En traçant devant vous, Messieurs, le résumé des principales questions que vous aurez à étudier dans le domaine de la pathologie du système nerveux, vous voyez combien cette étude spéciale se caractérise nettement, et combien elle touche l'homme par des contacts multiples. — Elle l'envisage non seulement au point de vue de lui-même, mais encore au point de vue des influences héréditaires qu'il tient de ses ancêtres et de celles qu'il transmet à sa descendance. — Elle le suit dans son milieu social, à ses différents âges, ainsi qu'aux différentes étapes qu'il parcourt. — Elle touche aux questions les plus intimes de la vie organique et s'élève aux problèmes les plus compliqués de la vie sociale : ceux que soulèvent la liberté et la responsabilité morale et la criminalité. Et, entre ces deux extrêmes de la route, que de problèmes intermédiaires sur lesquels vous serez appelés à méditer et à formuler vos avis!

Je vous garantis donc, Messieurs, que, dans cette voie d'étude, ce ne seront pas les matériaux qui vous feront défaut; et, si vous avez une forte dose d'activité cérébrale à mettre au service de la science; si vous voulez suivre la carrière non pas en touriste qui se fait nonchalamment traîner sur les grandes routes battues, mais en pionnier qui creuse et pioche lui-même son sillon, croyez-moi, engagez-vous hardiment dans la voie qui vous est onverte, c'est le bon moment, et vous y trouverez sûrement quelque filon abandonné par vos devanciers.

Conseil municipal sur les maladies scolaires; Simplissime en a instruit nos lecteurs dans une de ses dernières *Causeries*, et, par la force de l'actualité, le même sujet revient de lui-même sous ma plume.

C'est le gavage du cerveau appliqué à l'enfance ; les petites filles, épargnées autrefois, n'ont plus rien à envier aux garçons ; c'est une course aux diplômes et aux brevets, où les trois quarts des coureurs tombent harassés et fourbus bien avant le poteau. Les résultats de ce surmenage, aussi anormal dans l'ordre intellectuel que la fécondation artificielle dans l'ordre physique, on les connaît maintenant : la myopie s'abat sur les écoliers dans des proportions effrayantes : l'anémie, les maladies nerveuses, et enfin la tuberculose, voilà les fruits les plus certains de cette culture en serre chaude. Et comme rendement utile, encombrement de toutes les carrières, profusion de déclassés, de mécontents ; je parlais tout à l'heure des fruits que donne ce système ; son triomphe, c'est le fruit sec.

*
* *

L'enfant est naturellement curieux ; son cerveau est une ruche dont chaque alvéole est prête à loger une idée, une notion, pourvu que celles-ci soient présentées en temps utile et sous une forme acceptable. Si l'on appuie, si l'on force, si l'on veut remplir le vase tout d'un coup et y verser plus qu'il ne peut contenir, alors il se fêle, il éclate, et voilà sa solidité compromise pour toute la vie.

Jusqu'aux environs de 14 ans, les enfants devraient apprendre seulement à lire et à

Si vous avez la peine, vous aurez par contre le plaisir de voir des objets nouveaux, de pénétrer au fond des choses, et en vous avançant ainsi tous les jours, de faire pour votre esprit, pour vous-mêmes des acquisitions nouvelles qui enrichiront vos réserves et donneront satisfaction à ces appétitions intimes pour l'inconnu, que tout homme qui aime vraiment la science doit, à tout âge de la vie, n'abandonner jamais et porter continuellement en lui comme le véritable *pabulum vitæ* de sa vie intellectuelle et sociale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 juillet 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

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

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

Le numéro de juin du *Pacific med. and Surg. Journal de San Francisco;*

Le numéro 1 de la *Revue de l'hypnotisme*, nouveau journal fondé par une Société de médecins parmi lesquels figure notre ancien président M. de Beauvais ; le rédacteur en chef est le docteur Bérillon;

Une brochure intitulée : De *l'Eléphantiasis des Arabes chez les enfants*, par le docteur de Moncorvo ;

Du ministère de l'instruction publique : le discours prononcé par M. Goblet le samedi 1er mai 1886 à la séance de clôture du Congrès des Sociétés savantes;

Une circulaire demandant l'avis de la Société sur l'opportunité qu'il y aurait à reculer jusqu'à la Pentecôte le moment de la réunion annuelle des Sociétés savantes. La date de la Pentecôte est adoptée à l'unanimité.

M. Thévenot donne lecture d'un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant, de M. le docteur Pintaud-Désallées, de la Rochefoucauld (Charente).

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées, le vote est renvoyé à la prochaine séance.

M. Ant. Martin : En écoutant le rapport de M. Thévenot, il m'a semblé comprendre que notre savant maître M. Polaillon propose de préférer l'opération césarienne à la

---

écrire, et ne pas recevoir d'autres leçons que ces *leçons de choses*, avec lesquelles il y a encore moyen de leur donner une large et solide instruction. Par dessus tout, le grand air, le mouvement, l'équilibre du corps et de l'esprit, peu de classes, beaucoup de récréations, au lieu de cette confection de petits prodiges où les parents et les maîtres mettent un amour-propre si funeste. Il serait toujours temps ensuite d'aborder les carrières qui exigent les plus fortes études ; ce qui demande à l'enfant des années de travail ingrat pour un très mince bénéfice, se ferait plus tard en dix fois moins de temps et avec un profit réel.

Voilà mon plan pour l'instruction des enfants, pour l'amélioration de l'espèce humaine, pour le retour vers la nature des petits savants précoces qui meurent de la pédagogie, et des pédants qui en vivent; voilà pourquoi, quand je vois nos bambins s'étioler par le thème allemand et la grammaire grecque, je ne puis m'empêcher de m'écrier à part moi : Pauvres petits !

P. Dubray.

Pommade contre les angelures. — Bartholow.

Acide phénique	1 gramme.
Teinture d'iode	2 grammes.
Acide tannique	2 —
Cérat simple	32 —

F. s. a. une pommade pour onctions le soir, sur les angelures. — N. G.

©BIU Santé

la céphalotripsie, et en outre, que dans cette opération il recommande de porter une ligature élastique sur le col. Mais comment cette ligature peut-elle être portée sur le col dilaté ?

M. Polaillon : Je ne voudrais pas qu'on me fît dire que l'opération césarienne doit être préférée dans tous les cas. Je pense qu'il ne faut y recourir que lorsque l'enfant est vivant, et qu'il serait nécessaire de faire des applications répétées du céphalotribe. Quant à la ligature élastique, elle ne doit être placée qu'après l'ouverture de l'abdomen. Alors, après avoir mis l'utérus à nu, et avant de l'inciser, on porte au niveau du col une ligature en cordon de caoutchouc, qui met presque complètement à l'abri d'une hémorrhagie redoutable. Puis on fait une injection sous-cutanée d'ergotine, et on incise la paroi antérieure de l'utérus. Lorsque l'enfant est retiré, les fibres musculaires de l'utérus reviennent énergiquement sur elles-mêmes en raison de l'injection d'ergotine. On suture l'utérus et on enlève la ligature de caoutchouc. Puis on ferme la plaie abdominale. Dans ces conditions l'opération césarienne a de nombreux succès.

M. Dehenne lit la note suivante sur le *manuel opératoire de l'avancement musculaire* :

Messieurs,

Dans toutes les opérations que nous pratiquons, nous devons nous efforcer de simplifier autant que possible le manuel opératoire, de réduire le traumatisme au minimum, et d'atténuer, sinon de faire disparaître complètement, l'élément douleur. La seconde proposition est généralement en raison directe de la première. Et les résultats de l'opération sont d'autant plus certains que celle-ci a été plus simplifiée. C'est dans ce but que j'ai parlé, au Congrès d'ophthalmologie, d'une modification apportée par moi au manuel opératoire de l'opération du strabisme.

Ayant remarqué que, malgré l'anesthésie cocaïnique, une douleur plus ou moins vive était ressentie par le patient au moment du passage du crochet sous le muscle, j'ai supprimé ce temps de l'opération en saisissant le tendon au niveau de son insertion sclérotícale avec la même pince qui a servi à faire la boutonnière conjonctivale, et en détachant très exactement le tendon de la sclérotique, sans me servir du crochet conducteur. Le crochet n'est employé que pour s'assurer que toutes les fibres tendineuses ont été bien sectionnées, et alors il n'est plus douloureux ; les douleurs proviennent de ce fait que le crochet doit être placé entre la sclérotique et le muscle fortement tendu, d'autant plus tendu que l'œil est plus fortement porté du côté opposé à celui où l'on opère.

La suppression du crochet, dans l'opération de l'avancement musculaire, était alors tout indiquée.

J'ai décrit cette opération tout au long dans l'*Union médicale* (avril 1885) avec les modifications que j'y ai apportées : passage des points de suture avant le détachement du tendon (Schweiger et Abadie); conservation d'un lambeau médian, *dit de soutien*, et résection, dans certains cas, de l'extrémité du tendon, afin d'augmenter l'effet correcteur. Depuis cette époque, je ne me sers plus du crochet conducteur, de telle sorte que l'on peut actuellement pratiquer un *avancement musculaire* aussi considérable que l'on voudra, sans que le malade ressente la moindre douleur, et sans autres instruments qu'une paire de ciseaux, une pince à griffes, deux aiguilles courbes et un bout de fil. Notez, Messieurs, que la simplification opératoire n'exclut en rien la perfection du résultat.

En deux mots, voici comment je procède : Les paupières étant écartées, après instillation de 10 à 12 gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100, j'enlève au devant du muscle à avancer (généralement le droit externe) un lambeau conjonctival triangulaire dont la base se trouve à 2 millimètres du bord de la cornée, le sommet se dirigeant vers l'angle externe, de façon à avoir directement sous les yeux le muscle à avancer. Je passe mes fils dans le muscle, à 2 millimètres environ en arrière de l'insertion sclérotícale, et, les tenant moi-même de la main gauche, je détache très exactement les fibres du tendon. Je passe ensuite mes fils dans la conjonctive, en arrière et en avant, et *diagonalement*, avec ou sans résection de l'extrémité tendineuse, suivant les cas. Pour obtenir l'hypercorrection nécessaire les premiers jours, un troisième fil est

souvent passé directement du sommet à la base du triangle conjonctival, à travers le lambeau de *soutien*.

L'opération est donc très simple, facile même à exécuter, et bien différente en cela de celle qui est encore en honneur.

J'ai tenu à exposer devant vous ces quelques considérations, parce que l'opération du strabisme, si discréditée il y a quelques années, est devenue une opération banale, courante, et donnant, 99 fois sur 100, des résultats parfaits. De même l'*avancement musculaire* tend à se généraliser en chirurgie oculaire, et il n'était pas inutile que vous fussiez tenus au courant des progrès apportés à cette branche de la chirurgie.

M. Gimbert (de Cannes), membre correspondant, lit un mémoire intitulé : *Etude des lazarets du Pian de Latte et de Nice pendant l'épidémie de choléra de* 1884. (Sera publié.)

M. Dubrisay : L'opinion de M. Gimbert est celle de tous les médecins, mais l'opinion populaire, à Nice et en Italie, n'est-elle pas en faveur des quarantaines ?

M. Gimbert : Les autorités avaient tout de suite proposé des mesures radicales, auxquelles je me suis opposé. J'ai simplement demandé que l'on fît l'examen des voyageurs à leur arrivée dans la gare. Les voyageurs passaient dans une salle où on leur faisait des fumigations (uniquement pour leur faire prendre patience). Pendant ce temps on les examinait ; on prenait note de ceux qui avaient mauvaise mine, qui paraissaient malades, et on prenait sur eux tous les renseignements possibles.

Nice a une population mixte, moitié française, moitié italienne. Il est possible que les mesures prises par l'autorité municipale aient eu pour but surtout de donner satisfaction aux craintes de l'élément italien.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Pellier.

VARIÉTÉS

LA STATISTIQUE DES SUICIDES AU MEXIQUE.

Dans un temps où les documents humains sont en faveur sur l'un et l'autre continent, la statistique du suicide, au Mexique, a quelque valeur assurément, et doit satisfaire la curiosité des médecins et des moralistes. De 1860 à 1884, le rédacteur de la *Escuela de medicina de Mexico*, que cite notre confrère de la *Revue internationale des sciences médicales*, a relevé 487 suicides : les plus nombreux au printemps, les moins fréquents pendant l'hiver.

L'influence des saisons est moindre cependant que celle du sexe, puisque, parmi ces suicides, 64 seulement appartenaient au sexe féminin. Le plus jeune avait 9 ans, et les trois plus âgés, de 61 à 80 ans.

Les militaires occupent le premier rang dans cette sinistre énumération ; viennent ensuite les artisans, les employés, les étudiants, les domestiques et les propriétaires. Les médecins sont au dixième rang, et la liste se termine par les députés, les journalistes et les... prostituées. Dans ces trois groupes d'individus, singulière coïncidence, les tendances sont égales !

Les antécédents pathologiques de ces suicidés consistaient le plus souvent dans l'aliénation mentale ; 4 fois seulement dans l'alcoolisme. Par contre, l'amour en a été 65 fois la cause immédiate. Les peines morales, les chagrins de famille et la misère venaient après, tandis que l'existence d'une maladie incurable n'a été notée que dans 5 cas.

Les armes à feu et le poison sont les moyens de destruction que les suicidés préfèrent ; ils ont été employés 288 fois. La pendaison paraît moins en faveur, ainsi que l'écrasement par une locomotive et la submersion. Enfin, quand on examine la nationalité des suicidés dans la République mexicaine, on voit que, si les Mexicains sont les plus nombreux, les Français tiennent la seconde place, venant ainsi avant les Anglais. Il est vrai, ajouterons-nous, que nos compatriotes habitent le Mexique en nombre relativement élevé. — C. L. D.

©BIU Santé

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1886.

Jeudi 1er juillet. — M. Dumas : Transformation de la personnalité; erreurs de personnes chez les aliénés. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Larroque : Rémissions dans le cours de la paralysie générale. Monographie. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 2 et samedi 3. — Pas de thèses.

Lundi 5. — M. Lainé (Jacques) : Contribution à l'étude des causes aggravantes de la syphilis. Des principaux facteurs de gravité. (Président : M. Fournier.) — M. Lacroix : Contribution à l'étude du vomissement chez les tuberculeux. (Président, M. Damaschino.)

Mardi 6. — M. Gorron : Sulfate de quinine et fièvre bilieuse hématurique à la Guadeloupe. (Président, M. Jaccoud.) — M. Suquet : Iodol. Son emploi externe, spécialement en oculistique. (Président, M. Hardy.) — M. Calmette : Etude critique sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filiaire du sang humain (Président, M. Peter.). — M. Le Dentec : Recherches sur la fièvre jaune (critique des théories microbiennes émises en Amérique au sujet de cette maladie). (Président, M. Proust.)

Mercredi 7. — Pas de thèses.

Jeudi 8. — M. Mouktar : Du diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début. (Président, M. Peter.) — M. Pflimlin : Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage. (Président, M. Peter.) — M. Pichon : Contribution à l'étude des abcès froids périostiques du thorax. (Président, M. Lannelongue.)

Vendredi 9. — Pas de thèses.

Samedi 10. — M. Chabot : De l'étoxycaféine dans le traitement de la migraine. (Président, M. Peter.) — M. Devicq : De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente, ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné. (Président, M. Brouardel.)

Lundi 12, mardi 13 et mercredi 14. — Pas de thèses.

Jeudi 15. — M. Maechler : Du mode de délivrance le plus rationnel dans les conditions normales. (Président, M. Pajot.) — M. Fleury : De l'ostémyélite de l'os iliaque. (Président, M. Lannelongue.) — M. Juan J. Garcia : Contribution au traitement de la tumeur blanche ou ostéoarthrite tuberculeuse du coude. (Président, M. Lannelongue.) — M. Bourdon : Contribution à l'étude des fistules broncho-cutanées. (Président, M. Le Fort.) — M. Campos : Etude de la marche de la température dans l'érysipèle. (Président, M. Jaccoud.)

Vendredi 16. — M. Vivant : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte; forme apoplectique. (Président, M. Hayem.) — M. Siotis : Des déformations de la main dans la maladie de Parkinson. (Président, M. Damaschino.)

Du samedi 17 au mercredi 21. — Pas de thèses.

Jeudi 22. — M. Payen : Quelques considérations sur l'influence des mouvements dans la circulation veineuse des membres. (Président, M. Vulpian.) — M. Duron : Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme. Président, M. Bouchard.) — M. Nagaty : Contribution à l'étude des différentes formes de la folie religieuse. (Président, M. Ball.) — M. Roi : De la névrite optique rhumatismale. (Président, M. Peter.) — M. Raval : De l'évolution de la syphilis chez les albuminuriques. (Président, M. Peter.) — M. Mondon : Souvenirs et observations de chirurgie (campagne du Tonkin 1883-1885). (Président, M. Le Fort.) — M. Lemarignier : De l'évolution des hématomes traumatiques (à l'exclusion de ceux des grandes cavités séreuses). (Président, M. Le Fort.) — M. Orgeas : Etude sur la pathologie comparée des races humaines à la Guyane française. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Gaucheraud : Des éruptions cutanées causées par l'administration interne du mercure (et en particulier de la forme scarlatineuse). (Président, M. Fournier.) — M. Arnaud : De l'influence réciproque du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète. (Président, M. Fournier.) — M. Combes : Des suites de couches chez les syphilitiques. (Président, M. Fournier.) — M. Claude : Etude sur la syphilis du sein. (Président, M. Fournier.) — M. Helme : Contribution à l'étude des pneumonies infectieuses. (Président, M. G. Sée.) — M. Dandieu : De la pyridine et de la collydine

comme médicaments respiratoires. (Président, M. G. Sée.) — M. Fournier : Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse. (Président, M. G. Sée.) — M. Gilles : Contribution à l'étude des néphrites infectieuses, leur passage à l'état chronique. (Président, M. G. Sée.) — M. Ricordeau : Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie ; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée. (Président, M. Laboulbène.) — M. Jaubert : Du parasitisme microbien latent. (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi 23. — M. Roche : Des hémorrhagies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors de l'utérus. (Président, M. Tarnier.) — M. Baylin : De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures. (Président, M. Tarnier.)

Samedi 24. — M. Jaille : Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines. (Président, M. Pajot.) — M. Deschamps : De l'artérite aiguë dans le cours de la fièvre typhoïde (artérite pariétale). (Président, M. Peter.) — M. Barral : Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage. (Président, M. Peter.) — M. Giroud : Le crétin : Essai anatomique et physiologique. (Président, M. Brouardel.) — M. Jossic : Contusions du thorax ; des complications consécutives (essai médico-légal). (Président, M. Brouardel.) — M. Georges : Etude sur la peptonurie et sa pathogénie. (Président, M. Gautier.) — M. Godard : De la chrysarobine ou acide chrysophanique du commerce. (Président, M. Fournier.) — M. Coculet : Contribution à l'étude du lupus éléphantiasique. (Président, M. Fournier.)

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en or et en argent ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bernard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier ; Michel (d'Annecy) ; Salvan, aux Mées ; Fabre, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier ; Barthes, à Marseille ; Boulian, à Salon ; Corsy, à Aubagne ; Eyriès, à Marseille ; Fauré, à Marseille ; Félix, à Mallemort ; Flaissières, à Marseille ; Giraud fils, à Marseille ; Honorat, à Marseille ; Mascle, à Chateaurenard ; Maurin, à Marseille ; Rouquette, à Marseille ; Sicre, à Saint-Marcel ; Charrin, chef du laboratoire de pathologie à la Faculté de médecine de Paris ; Galzain, à Concarneau ; Hébert, à Audierne ; Le Tersec, médecin de la marine ; Charvet, à Rochesadoule ; Hermautier (du Gard) ; Camino, à Hendaye.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rouquette, à Olonzac ; Adoul, à Saint-Louis, près Marseille ; Amic, André, Aurigo, Balata, Bastide, Batigne, Baudoin, Benet, Blitz, Bouisson, Burlot, Cambon, De Capdeville, Cassins, Cavaillié, Chabert, Chancol, Chatelain, Chevillon, Clément, Coulonne, Courbassier, Courrau, Cousin, Dalmas, Ferrand, Fioupe, Flavart, Froment, Gallerand, Garnier, Giraud, Gourrier, Goy, Graugnard, Inglessi, Jauffret, Lachaux, Larche, Marnac, Maunier, Maurel, Mérentié, Payan, Pourrière, Raynaud, Robiolis, Roméo, E. Rossi, J.-B. Rossi, Rostan, Roubaud, Rouit, Savornin, Sicard, Sollier, à Marseille ; Roque, Valérion, à Salon ; Roudart, à Grans ; Bizien, à Douarnenez ; Coffec, à Quimper ; Gosmao, à Pont-Labbé ; Gouzien, médecin-major ; L'Helgouac'h, médecin de la marine ; Néis, à Pont-Croix ; Nicolas, à Douarnenez ; MM. Aubin, Cotte, Dalmas, Galibert, Imbert, Jacques, Laplane, Pagliano, Rossano, Schenel, Wallich, internes des hôpitaux de Marseille ; Archigoni, Augias, Bar, Battini, Bonnefoi, Costa, Gil, Icard, Swende, Tassot, externes des hôpitaux de Marseille ; Delpech, interne à l'asile d'aliénés de Saint-Lizier ; Noguès, interne à l'asile d'aliénés d'Aix ; Lange, Rancourel, étudiants en médecine ; Capdeville, pharmacien à Aix ; Maurin, pharmacien à Marseille ; Bec, élève en pharmacie à Marseille ; Borel, étudiant en pharmacie à Salon.

— Par suite d'une erreur inconcevable, le docteur Demeaux, médecin à Aix-les-Bains, a été porté, dans l'Annuaire de l'Association des médecins de France pour 1885, au nombre

©BIU Santé

des membres décédés. La Société médicale d'Aix-les-Bains se fait un devoir de démentir cette nouvelle, qui pourrait être préjudiciable au sympathique et distingué confrère qu'elle s'honore de compter parmi ses membres.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Hirtz (Edgard) et Gaucher.

Institut Pasteur. — La 45e liste a produit réunie avec les précédentes 1,085,968 fr. 61.

Hospice national des Quinze-Vingts. — *Clinique nationale ophthalmologique.* — Par décision ministérielle en date du 16 juillet 1886, un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin en second de la clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Ils remettront à l'appui de leur demande leur diplôme de docteur

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 16 août 1886 inclusivement.

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le docteur Cayrade, ancien député, maire de Decazeville.

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, n° 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. Lancereaux : Endocardite ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme. — II. Thèses d'agrégation en médecine — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — — IV. Variétés : Le service de santé dans le nouveau projet de loi sur l'armée. — V. Courrier — VI. Bulletin bibliographique.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Endocardite ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

Messieurs,

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans nos salles deux hommes qui ont succombé l'un et l'autre, à six semaines d'intervalle, à des phénomènes d'infection septico-pyémique. Chez ces deux malades, l'autopsie nous a révélé l'existence d'une endocardite ulcéreuse ou septique; chez tous les deux, nous avons constaté, en outre, une suppuration des voies génitales.

Il importe de vous faire connaître la relation qui nous paraît exister entre ces deux ordres de lésions, car ce sera vous mettre à même de comprendre la pathogénie de l'endocardite ulcéreuse; mais, auparavant, il faut que vous soyez renseignés sur les symptômes qu'ont présentés ces malades, sur les résultats de leur autopsie, et sur les indications fournies par l'examen microbiologique. L'histoire clinique de ces deux cas vous fera également ressortir les difficultés du diagnostic, et l'inefficacité trop réelle du traitement.

Notre premier malade, S... (Jacques), employé à la préfecture de police, est un homme de 33 ans, vigoureux, de bonne santé antérieure. Le 12 décembre dernier, il est pris de fièvre et de vomissements; le 15, il se présente à la consultation du Bureau central, d'où on l'envoie dans le service de chirurgie de M. Polaillon, notre collègue, à cause d'une sorte de furoncle qu'il porte à la main droite. Il passe en médecine le 20 décembre, et quelques-uns d'entre vous ont pu le voir couché au n° 14 de notre salle Piorry. A son entrée, il a le visage animé, les lèvres sèches et fendillées, la peau brûlante; sa température est de 39°8. Il se plaint d'un violent mal de tête, mais les vomissements ont disparu.

Quand on le découvre, on voit qu'il porte une éruption polymorphe d'aspect insolite. Sur le bord cubital de la main droite, croûte noirâtre superficielle, entourée d'une zone rouge inflammatoire, le tout de l'étendue d'une pièce de 2 francs; dans la paume de la main et au niveau de la pulpe des doigts, éruption pustuleuse simulant celle d'une variole; sur la face externe du bras, trois nouures assez rapprochées et du volume d'un gros pois, siégeant vraisemblablement sur le trajet des troncs lymphatiques. Ces nouures ne sont pas sous-cutanées; elles ressemblent à de petits abcès dermiques en voie de formation. Le ganglion épitrochléen correspondant est douloureux et très tuméfié. Au membre supérieur gauche, même éruption pustuleuse des doigts; une nouure à la face externe du bras; engorgement douloureux du ganglion épitrochléen. Au visage, quelques petites pustules; sur le tronc, quelques pustules disséminées et trois grosses bulles remplies de sérosité lactescente. A la pointe de la langue, traces de deux bulles récemment écartées. Rien dans la gorge.

©BIU Santé

L'appétit est nul, la langue saburrale; il n'y a point de diarrhée, et le ventre est souple, sans météorisme et sans gargouillement. L'examen clinique des viscères ne dénote aucune lésion appréciable. La respiration est un peu précipitée, mais régulière; elle s'entend bien partout, et l'auscultation ne révèle pas de bruits adventices. Les bruits du cœur sont nets, bien rhythmés, *sans souffles*. Le foie n'est pas douloureux, ne déborde pas les fausses côtes, et la percussion de la rate montre à peine une légère augmentation de la matité normale. L'urine n'est pas albumineuse. Les réflexes patellaires sont conservés. Ce n'est que du côté des organes génitaux que nous pouvons constater une altération organique. L'épididyme du côté droit est, en effet, bosselé, manifestement augmenté de volume, la tunique vaginale correspondante est le siège d'un léger épanchement, mais il n'y a pas d'écoulement uréthral.

Si l'on pique avec une épingle une pustule du doigt, on donne issue à une gouttelette d'un pus brunâtre, mélangé de sang. L'examen de ce pus (immersion homog. 10 ▼erick) montre une quantité énorme de micro-organismes en points isolés ou en couples (monococci, diplococci), quelques-uns en chaînettes (streptococci), doués de mouvements actifs, et fixant énergiquement les couleurs d'aniline; il n'y en a qu'un petit nombre à l'intérieur des leucocytes. L'examen direct du sang y montre des microbes en points, analogues à ceux du pus.

Vous voyez quelle était, en présence de ce malade, la difficulté d'un diagnostic précis: nous étions devant un état infectieux, avec éruption multiforme, sans détermination viscérale apparente; diverses raisons nous faisaient rejeter les hypothèses d'une variole ou d'une fièvre typhoïde anormales, d'une éruption farcineuse, ou d'une maladie de Hébra. Si nous avions pu constater un souffle au cœur, ou seulement des battements irréguliers, sourds ou tumultueux, nous aurions dès le début affirmé sans hésiter l'endocardite ulcéreuse. Mais, comme je l'ai dit, l'examen du cœur était resté négatif, et l'exposé des lésions anatomiques vous montrera tout à l'heure pourquoi ses altérations demeuraient silencieuses. Nous étions donc incertains sur la porte d'entrée du mal, et la constatation de bosselures au niveau d'un épididyme nous permettait à peine de soupçonner que là pouvait être le point de départ de l'infection.

L'évolution de la maladie ne devait pas nous renseigner davantage. Les trois jours que le malade passa dans notre salle furent marqués par l'apparition d'un délire bruyant avec invectives et agitation et d'une diarrhée jaune ocreuse abondante.

Le traitement employé (sulfate de quinine et chloral) resta à peu près sans effet, et le malade succomba le 24 décembre, avec une température fort élevée, sans avoir présenté un seul instant des symptômes appréciables du côté du cœur.

Voici les principaux résultats de l'autopsie.

A l'ouverture du thorax, on constate un abcès intra-musculaire dans le petit pectoral gauche. Cet abcès ne communique pas avec l'espace sous-pleural. Les côtes à ce niveau sont intactes. A l'examen d'une des nouures du bras droit, on reconnaît qu'il s'agit d'un petit abcès intra-dermique.

Le *cœur* est de dimensions normales; le myocarde est mou et un peu jaunâtre. Dans la cavité du ventricule gauche, il existe des caillots récents qui adhèrent aux productions que nous allons décrire. L'orifice mitral, examiné par la face auriculaire, est ridé et rétréci; on constate sur son pourtour des saillies verruqueuses recouvertes par

l'endocarde normal. Il semble que les lèvres de l'orifice aux deux extrémités se soient rapprochées comme pour réparer une perte de substance. Vue du côté du ventricule, la grande valve mitrale est intacte. Au niveau du bord libre de la petite valve, on voit quelques végétations irrégulières, insérées sur les cordages, et de la dimension d'un grain de chènevis. En suivant le gros pilier, on trouve une *grosse végétation globuleuse*, large de 1 centimètre, haute de 15 millimètres; elle est dirigée vers le sinus mitro-sigmoïdien, et présente un petit étranglement au niveau de son point d'implantation. A sa base, le pilier offre une coloration violette ecchymotique. Il existe une autre végétation globuleuse immédiatement au-dessus de la pointe du pilier, insérée sur un cordage tendineux. Au cœur droit, intégrité de l'oreillette; quelques végétations au niveau du bord libre de la tricuspide. Au point d'implantation des cordages tendineux sur les piliers, deux petites végétations globuleuses. Dans l'infundibulum, petite tache jaune sous-endocardique correspondant à un abcès miliaire du myocarde.

Rien à *l'aorte*, ni aux valvules sigmoïdes.

Les *poumons*, uniformément congestionnés, ne présentent à la surface ni dans l'intérieur aucune trace d'infarctus ou d'abcès métastatiques. A la partie inférieure du poumon droit, plaque récente de pleurésie fibrineuse. A ce niveau, l'exsudat s'enlève par lambeaux; ni liquide ni pus.

Le *foie* est volumineux. La capsule a gardé sa transparence et sa minceur. Au-dessous, on voit, parsemant la surface du viscère une dizaine de petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle, quelques-uns entourés d'une zone rouge vif. A la coupe, ont voit qu'il s'agit de petits abcès miliaires très nettement limités, siégeant immédiatemen au-dessous de la capsule. Il en existe également un certain nombre au centre du parenchyme, et ceux-là sont entourés d'une zone rouge diffuse encore plus étendue. Le tissu hépatique offre l'aspect du foie infectieux. Les vaisseaux sont béants, dilatés, et il s'en écoule une grande quantité de sang. Le parenchyme est mou et conserve l'impression du doigt. Outre les abcès miliaires, on observe à la surface de l'organe et dans son intérieur un certain nombre de taches ecchymotiques arrondies, nettement limitées, sans point blanc à leur centre.

La *vésicule biliaire* est moyennement distendue par une bile très fluide, et noire.

La *rate* est le siège de plusieurs infarctus arrondis de la grosseur d'une cerise. L'organe est volumineux, mou, diffluent; il pèse 265 grammes. A la coupe, quelques abcès miliaires.

Le *pancréas* est volumineux, mou, congestionné.

L'*estomac* est légèrement dilaté. Sa surface interne présente plusieurs taches ecchymotiques et un petit abcès miliaire faisant saillie et entouré d'une zone rouge sombre. Rien sur la surface de l'intestin grêle. Sur la *muqueuse rectale*, un abcès miliaire entouré d'une auréole violacée.

Les *reins* sont volumineux, parsemés à leur surface d'une grande quantité de petits abcès miliaires avec ecchymose périphérique. Sur beaucoup de points il n'y a qu'une ecchymose sans pus. A la coupe, congestion généralisée; distribution à peu près égale dans les deux substances des abcès miliaires.

Les *bassinets*, les *uretères* et la *vessie* sont normaux.

La *muqueuse uréthrale* est intacte, et n'offre aucune trace d'inflammation ancienne ou récente.

La *prostate* est légèrement augmentée de volume. A la pression, on fait sourdre des orifices glandulaires distendus un liquide jaunâtre, s'éloignant par son caractère franchement purulent, déterminé par l'examen microscopique, de la sécrétion prostatique normale.

Les *deux canaux déférents et les deux vésicules séminales* sont remplis d'un pus épais et brunâtre.

Le testicule droit est sain, ainsi que l'épididyme correspondant. Mais l'*épididyme gauche* est transformé en un foyer purulent évidemment ancien, à parois épaisses. Le contenu n'en est pas caséeux, mais constitué par un pus brunâtre.

Plusieurs abcès miliaires dans le *cerveau*.

©BIU Santé

En résumé, les lésions constatées à l'autopsie se réduisent à ceci : suppuration ancienne des voies génitales, endocardite ulcéreuse, abcès métastatiques multiples dans presque tous les organes.

L'examen microbiologique de ces lésions a donné les résultats suivants : dans le pus des abcès miliaires se rencontraient les mêmes microbes pathogènes qui avaient déjà été trouvés pendant la vie dans le sang du malade et dans le liquide de ses pustules. Un fragment d'une végétation endocardique, écrasé entre deux lamelles et coloré au violet de méthyle, a prouvé à notre interne, M. Besançon, que cette production était presque uniquement constituée par des amas énormes de micro-organismes disposés en traînées compactes, et de la variété morphologique appelée *staphylocoques*. Ce sont toujours les mêmes microbes, groupés seulement d'une façon différente et réunis en colonnes. Le pus du foyer épididymaire était particulièrement riche en points isolés ou agglomérés, diplocoques, monocoques, etc. Des cultures du sang et du pus ont été établies par M. Netter, chef de clinique de la Faculté, qui a, sur ce sujet, une compétence spéciale. Elles ont donné lieu au développement du *staphylococcus pyogenes aureus*, l'une des variétés des microbes de la suppuration.

Si, pendant la vie, l'auscultation du cœur est restée négative, c'est, comme vous avez pu le comprendre, à cause de la localisation des végétations qui ne gênaient pas le fonctionnement des valvules.

Le second malade dont je veux vous parler est un homme de 64 ans, journalier, entré le 28 janvier 1886 à la salle Piorry, où il est apporté presque mourant, et dans l'impossibilité absolue de fournir aucun renseignement sur l'évolution antérieure de sa maladie. Nous trouvons cet homme très amaigri, avec les traits tirés, le nez pincé, la peau terreuse, la langue sèche et noirâtre. Sa température oscille entre 37°8 et 38°5, le pouls est à 96. Les artères sont dures, et l'on constate à la base du cœur un double souffle qui paraît se rattacher à une artéro-sclérose généralisée, avec localisation aux valvules sigmoïdes de l'aorte. Râles muqueux dans la poitrine; expectoration muco-purulente assez abondante; respiration suspirieuse, intermittente. Les urines, ammoniacales et troubles, donnent un dépôt purulent.

Nous diagnostiquons une fièvre urineuse. Le cathétérisme, essayé en vue de laver la vessie, reste impraticable; la sonde étant arrêtée par un rétrécissement. Le malade meurt le 5 février, sept jours après son entrée, dans l'état adynamique le plus absolu, étendu sur le dos, les paupières closes, la bouche entr'ouverte et dans l'impossibilité, pour ainsi dire, de se mouvoir.

Il existe bien, à l'examen nécroscopique, de l'athérome artériel avec incrustation calcaire d'une des valvules sigmoïdes; mais nous constatons, en outre, au niveau de l'orifice aortique, la présence de végétations friables, ulcérées, d'origine récente. Les trois sigmoïdes sont altérées : deux sont simplement indurées; la troisième est tuméfiée, boursouflée et comme remplacée par de grosses végétations blanchâtres, irrégulières, échancrées et détruites en partie. Sous cette valvule, il existe une petite cavité semblant indiquer l'existence d'un foyer qui se serait vidé pendant la vie.

Les autres valvules du cœur ne sont pas touchées.

La rate est le seul organe qui contienne des infarctus. Quant à l'appareil génito-urinaire, il est le siège d'altérations multiples. L'urèthre porte deux rétrécissements, l'un, peu accusé, dans la portion spongieuse, l'autre, très prononcé, avec une bride fibreuse saillante, au collet du bulbe. La vessie,

fort dilatée, contient un liquide lactescent. La muqueuse, pâle, injectée par places, est peu altérée. La tunique musculeuse, très épaissie, est pourvue de colonnes saillantes. Une coupe pratiquée au niveau du col permet de constater l'existence d'une suppuration péri-vésicale localisée; la prostate est volumineuse et son lobe droit est en état de transformation purulente.

Dans ce second cas, l'examen microbiologique a fourni des résultats semblables à ceux donnés par notre premier malade. Il s'agissait encore ici, comme vous pouvez le voir, d'une endocardite infectieuse à staphylocoques; des micro-organismes de même nature se montraient en grand nombre dans l'urine, dans le pus prostatique et péri-vésical et dans la végétation endocardique.

Ainsi, ce fait présente une grande analogie avec le précédent. On pourrait même dire qu'il en est la reproduction avec cette différence que le foyer initial était dans un cas la prostate, dans l'autre l'épididyme, et que la suppuration d'abord localisée aux organes génitaux provenait chez un malade d'un rétrécissement de l'urèthre, chez l'autre d'une blennorrhagie. Les abcès, dans la sphère génito-urinaire, s'observent du reste quelquefois dans la blennorrhagie, et moi-même j'ai vu une fois une suppuration des reins avec phlébite de la veine rénale (1). (*A suivre.*)

Thèses d'agrégation en médecine

DE LA MÉDICATION ABORTIVE, par L. DE BEURMANN, médecin des hôpitaux.

« La médication abortive, dit M. de Beurmann, est celle qui se propose d'interrompre la maladie à un moment de son évolution naturelle. Son nom implique une comparaison nécessaire avec l'interruption d'une grossesse, terminée par l'expulsion du fœtus avant que celui-ci ne soit viable. » L'auteur ajoute qu'il prendra le mot de médication dans son acception la plus large; tout procédé capable de faire avorter telle ou telle maladie, même sans l'emploi de médicaments proprement dits, les moyens chirurgicaux eux-mêmes entrent dans le cadre de la médication abortive. La médication abortive « se place entre la prophylaxie et la médecine des symptômes. La première, aidée de l'hygiène, cherche à défendre l'organisme contre la maladie, soit en augmentant les forces et la résistance du sujet, soit en détruisant ou en éloignant les causes morbifiques qui pourraient agir sur lui. La seconde, avouant son impuissance contre le fond même de la maladie, n'essaye pas d'en arrêter la marche et se borne à en combattre ou à en pallier les diverses manifestations. La première prévient, la seconde répare, elle seule guérit.

Cette médication est, sans conteste, l'idéal de la thérapeutique. Trouver un moyen d'attaquer la maladie elle-même, de la dominer, de la trancher, est évidemment une idée simple, nette et séduissante. Si elle était réalisée, elle permettrait à la fois de se consoler des imperfections de la prophylaxie et de se passer des services de la médication symptômatique.

Toute médication qui n'est pas préservatrice doit être curative, ou au moins palliative. La médication abortive n'est pas toute la médication curative, mais elle en est la meilleure partie. » Nous avons tenu à citer ce passage, qui délimite avec une grande netteté le sujet. Puis M. de Beurmann, après avoir passé rapidement en revue les origines historiques et les vicissitudes de la médication abortive, montre que ses progrès sont indissolublement liés à ceux de la pathogénie. Le jour où on saura avec certitude sous l'influence de quel agent perturbateur se developpe une affection déterminée, quelles sont les conditions nécessaires pour qu'il puisse agir sur l'économie, quelles sont celles qui favorisent, entravent ou arrêtent son action, on pourra porter un juge-

(1) Lancereaux : *Gazette médicale de Paris*, 1860.

©BIU Santé

ment sur la valeur de la médication abortive, et ce jugement sera certainement favorable. » Or, les progrès incontestables réalisés de notre temps dans la connaissance de la pathogénie des maladies infectieuses ont déjà porté des fruits et engendré de si heureuses conséquences dans la prophylaxie qu'il paraît légitime d'en attendre d'aussi avantageuses au point de vue de la médication abortive.

Le premier exemple de médication abortive qu'ait choisi l'auteur est le traitement de la conjonctivite purulente par les cautérisations au nitrate d'argent, aussi rapide qu'efficace, et dont l'action est évidemment due à l'action microbicide des sels d'argent. Le traitement abortif de la blennorhagie n'est pas aussi satisfaisant; le gonococcus de Neisser n'est pas tué par les solutions argentiques, d'ailleurs sa pénétration rapide et profonde dans les cellules épithéliales, puis dans les lymphatiques le soustrait plus facilement à l'action des antiseptiques; c'est encore le sublimé et le permanganate de potasse, dont on a le plus à se louer; car si les solutions de ces substances manquent leur effet abortif, elles modèrent du moins la suppuration et n'aggravent pas la situation du patient.

Un chapitre est consacré aux médications abortives du furoncle, de l'anthrax, du phlegmon diffus, du bubon.

La pustule maligne est un bon exemple de médication abortive. On sait qu'il est possible d'empêcher la généralisation du charbon, chez l'homme, en cautérisant au fer rouge l'œdème charbonneux assez tôt, ou en faisant des applications de bichlorure de mercure et en pratiquant des injections iodées autour de la pustule; la bactéridie anéantie avec les tissus où elle était déposée, la cause de la maladie a disparu.

A propos de la syphilis se trouve discutée avec détails l'utilité de l'éradication du chancre comme moyen abortif. En admettant qu'elle n'ait donné que de très rares succès, l'auteur la conseille surtout quand le chancre est diagnostiqué de bonne heure et que sa situation rend facile une très large excision; l'ablation simultanée des ganglions, dans les cas où ils sont déjà atteints, lui paraît également indiquée.

La tuberculose tient naturellement une large place dans cette étude « Si la doctrine des tuberculoses primitivement locales triomphe, il y aura une médication abortive de la tuberculose. Si c'est la doctrine de la tuberculose, maladie virulente, comparable à la syphilis, généralisée immédiatement après l'inoculation, la médication abortive semble très compromise. »

L'infection puerpérale peut très certainement être enrayée par les injections intra-utérines, surtout par la méthode des irrigations continues préconisée par MM. Pinard et Varnier.

La méthode de prophylaxie de la rage après morsure rentre dans la médication abortive. Les chapitres suivants sont consacrés à l'érysipèle, à la pneumonie (injections interstitielles antiseptiques), fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, fièvre intermittente, variole. Nous ne pouvons même esquisser l'analyse des faits si nombreux réunis par l'auteur, et nous arrivons aux quelques pages de conclusions dans lesquelles il a résumé la question avec une hauteur de vues et une impartialité très honorables pour lui.

Il montre, d'après les expériences de M. Charrin sur le microbe de la pyocyanine, comment les règles posées par M. Bouchard, relativement aux recherches sur l'antisepsie médicale, doivent être comprises. Si celle-ci est difficile à réaliser, et si elle ne peut encore être introduite que timidement dans la pratique, il est permis de croire qu'il en sera autrement dans l'avenir. La lecture de la thèse d'agrégation de M. de Beurmann sera très profitable aux médecins désireux de connaître les derniers progrès de la science dont peut bénéficier leur art, et c'est pour nous, qui l'avons eu quelque temps pour chef, un devoir de déclarer que c'est sans contredit l'un des travaux les plus utiles auxquels a donné lieu le dernier concours. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Présentations. — Sur le traitement des fractures par la mobilisation et le massage. Rapport sur une observation intitulée : Bec-de-lièvre double, opération en deux parties à deux ans d'intervalle, guérison. — Rapport sur deux observations de tumeurs des os maxillaires supérieurs. — Réduction de deux luxations du coude datant l'une de 143, l'autre de 158 jours. — Opération de pneumotomie pour un kyste hydatique du poumon ouvert anciennement dans les bronches et accompagné de suppuration abondante et fétide.

M. DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant, assiste à la séance.

M. ROBERT offre en hommage le livre qu'il vient de publier sur le *service des ambulances en campagne*.

A l'occasion du procès-verbal et de la communication de M. Championnière sur le traitement des fractures par le massage, M. LARGER s'exprime ainsi : J'applaudis aux conclusions du mémoire de M. Championnière dont on peut dire qu'il est une réhabilitation des rebouteurs. Le fait est que, par le massage, il s'obtient de très beaux résultats, mais la pratique en est douloureuse pour le malade d'une part, longue et fastidieuse pour le chirurgien, de l'autre. Depuis plusieurs années, je remplace avantageusement le massage par la méthode suivante :

On applique l'appareil d'Esmarch jusqu'à la racine du membre. Laissant en place le lien supérieur, on déroule ensuite la bande de caoutchouc, de la racine du membre à l'extrémité, jusqu'au niveau du gonflement déterminé par le traumatisme.

Les choses restent ainsi en place pendant 10, 15, 20 minutes au maximum, selon l'intensité du gonflement. De cette manière le sang et la sérosité de l'épanchement sont chassés dans le tissu cellulaire du membre ischémié où ils disparaissent à vue d'œil pour ainsi dire.

La bande de caoutchouc est alors entièrement retirée et remplacée par un bandage ouaté compressif. Ce n'est qu'après l'application de ce dernier qu'on défait le lien constricteur de la racine du membre.

Le lendemain, le surlendemain ou trois jours après, le bandage ouaté est défait. Généralement alors il n'existe plus traces du gonflement et il suffit d'appliquer une chaussette lacée, en cas de fracture du péroné, ou une mitaine, en cas de fracture du radius, pour que les mouvements s'accomplissent facilement et presque sans douleur. La guérison est rapide.

Dans les cas où l'épanchement n'a pas entièrement disparu à la levée du bandage ouaté, on répète au besoin l'application de l'appareil d'Esmarch et l'on procède comme la première fois.

En résumé, moins de douleurs pour le malade, plus de facilités pour le chirurgien qui, tout en peinant infiniment peu, n'a pas à faire son éducation de masseur, moins de perte de temps pour les deux, et en fin de compte, résultat tout aussi satisfaisant sinon plus : tels sont les avantages que me paraît présenter cette nouvelle méthode, que l'on pourrait appeler le *massage ischémique*, sur le massage ordinaire ou des rebouteurs.

M. TERRIER a fait, dans son service de l'hôpital Bichat, l'application de la méthode du massage à deux malades atteints de fracture du péroné sans déplacement. Il a vu disparaître rapidement sous l'influence du massage l'œdème et la douleur, si bien qu'au bout de vingt-un jours les malades pouvaient se lever et marcher sans autre appareil qu'un bas élastique.

M. BERGER a employé le massage, chez les vieillards de son service, non pour le traitement des fractures, mais pour les raideurs consécutives à des fractures ou autres accidents des articulations, et il a vu les mouvements se rétablir généralement après quelques séances de massage.

BIU Santé

M. Terrillon s'est également bien trouvé de l'emploi du massage dans le traitement des fractures du péroné.

M. Championnière dit que le massage devra désormais jouer un grand rôle dans le traitement des fractures para-articulaires, surtout chez les vieillards. Le séjour au lit et l'immobilisation exercent chez eux l'influence la plus désastreuse par les raideurs et les ankyloses souvent irrémédiables qui en sont la conséquence.

— M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. de Valcourt (de Cannes) intitulé : Bec-de-lièvre double, opération en deux parties à deux ans d'intervalle, guérison.

Il s'agit d'une petite fille née en décembre 1882 avec un bec-de-lièvre double. La lèvre supérieure n'existe pour ainsi dire pas : à partir des commissures et des deux côtés la lèvre remonte jusque dans l'une ou l'autre narine ; au-dessus de la cloison nasale, on voit un tout petit pédicule, de la grandeur de la luette d'un enfant nouveau-né. Lorsque la petite fille crie, ce petit pédicule se redresse de façon à rendre la physionomie tout particulièrement hideuse ; les narines sont évasées par le fait de la traction de ce qui devrait être les lèvres. La gencive et le maxillaire en avant sont tout à fait à découverts. En résumé la lèvre supérieure présente exactement la forme et l'évasement des piliers pharyngiens et de la luette. Aucune malformation du tissu osseux.

Dans une première opération, le 27 avril 1883, M. de Valcourt réunit la division du côté gauche en faisant une incision en V renversé, par le procédé de Mirault (d'Angers), modifié par Nélaton. La réunion, obtenue assez rapidement par première intention, devint très solide et fort peu apparente.

Dans une seconde séance, le 21 mai suivant, la division du côté droit fut réunie par le même procédé.

Par cette opération en deux séances rapprochées, le pédicule se trouvait faire corps avec les parties voisines. Le bec-de-lièvre était donc guéri dans sa partie nasale et supérieure, mais le maxillaire restait encore à découvert en grande partie. L'enfant fut laissée en cet état pendant deux ans.

Cette période permit au pédicule, originairement si grêle, d'acquérir en largeur une étendue quadruple, grâce à la tension des parties voisines, chose digne d'attention, et non seulement la réunion du lobule et des parties voisines à droite et à gauche était obtenue, mais le tiers de la lèvre supérieure était reconstitué et l'écartement des deux tiers inférieurs se trouvait diminué.

C'est dans ces conditions qu'une troisième séance, constituant la seconde phase de l'opération, eut lieu le 28 avril 1885. Elle comporta l'avivement du bord libre du pédicule et une autoplastie à droite et à gauche. La réunion par première intention fut obtenue et le résultat, rendu évident par la photographie de l'enfant tirée en janvier 1886, a été aussi satisfaisant que possible.

M. le rapporteur fait ressortir la particularité intéressante du cas dont il s'agit, et qui se résume dans les trois conclusions suivantes : 1° conservation du lobule malgré sa ténuité ; 2° accroissement considérable de ce lobule après la première phase de l'opération ; 3° autoplastie effectuée *deux ans après* amenant la restauration parfaite de la lèvre.

— M. Berger fait un rapport sur deux observations de M. Jeannel, l'une de tumeur cartilagineuse, l'autre de kyste dermoïde du maxillaire supérieur.

M. le rapporteur rappelle que, cette année même, à l'occasion d'une observation communiquée par M. Kirmisson, il a réuni la plupart des faits publiés de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur et présenté le résultat auquel l'avait conduit l'étude de ces observations. Il est arrivé à conclure que ces tumeurs, celles mêmes que l'examen histologique devait faire ranger parmi les vrais chondromes, présentaient quelques-uns des attributs d'une malignité relative, entre autres une grande tendance à la repullulation après leur ablation. La raison de ces récidives fréquentes pouvait être révélée par quelques-uns des caractères anatomiques des tumeurs récidivées, tandis que leur cause immédiate était le plus souvent dans l'opération trop ménagée à laquelle on avait tout

d'abord recours, et, à ce point de vue, la résection totale du maxillaire supérieur devait être préférée aux résections partielles ou aux tentatives d'énucléation de la tumeur.

La première observation de M. Jeannel confirme complètement la manière de voir de M. Berger; elle est un nouvel exemple de chondrome vrai se comportant comme une néoplasie maligne, et comme l'examen histologique ne permet pas de faire sortir cette sorte de produit de la catégorie des chondromes pour la placer dans celle des sarcomes, il faut reconnaître qu'au maxillaire supérieur il existe des chondromes malins, du moins au point de vue de leur évolution et de leur histoire clinique. Le précepte le plus important qui s'en dégage est celui d'extirper, dès le début, le plus largement possible les tumeurs suspectes et de préférer même une résection totale d'emblée à des opérations partielles qui, si souvent, se sont montrées insuffisantes à enrayer la marche de la maladie.

La seconde observation de M. Jeannel, encore plus rare et plus intéressante que la première, est intitulée par lui : *Kyste dermoïde développé dans le rebord alvéolaire des incisives de la mâchoire supérieure.* M. le rapporteur discute les éléments du diagnostic de la tumeur d'après les indications de M. Jeannel et, après avoir montré les difficultés qui font hésiter le diagnostic entre un kyste dermoïde et une tumeur épithéliale du rebord alvéolaire, il termine en déclarant qu'il lui paraît impossible de conclure et qu'il y a lieu d'espérer que des faits nouveaux viendront éclairer la nature de cette tumeur à peu près unique dans son genre. Toutefois, d'après les résultats de l'examen histologique fait par M. Laulanié et par M. Malassez, il aurait quelque tendance à accepter le diagnostic de M. Jeannel.

MM. Terrier, Tillaux et Kirmisson sont d'accord pour demander à l'auteur de cette observation des renseignements nouveaux qui soient de nature à entraîner leur conviction; quant à présent, ils sont unanimes à penser qu'il s'agit non d'un kyste dermoïde, mais d'un épithélioma du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur.

— M. Farabeuf fait un rapport sur une observation de M. Charles Nélaton, relative à la réduction d'une luxation du coude datant de 158 jours, et saisit cette occasion de faire connaître une note, que lui a remise son collègue M. Peyrot, sur un cas de réduction d'une luxation du coude datant de 143 jours.

— M. Bouilly communique une observation intitulée : *Kyste hydatique du poumon; ouverture ancienne dans les bronches; suppuration abondante et fétide; pneumotomie.*

Il s'agit d'un homme actuellement âgé de 46 ans, n'ayant jamais eu d'autre affection que celle dont il est encore atteint. Il y a dix ans (en 1876), il présenta tous les signes d'un abondant épanchement dans la plèvre du côté droit avec tous les accidents liés à la présence d'une grande quantité de liquide dans la poitrine; la thoracentèse était décidée lorsque, dans la nuit qui précéda le jour choisi pour cette opération, survint une violente quinte de toux, avec menaces d'asphyxie et expectoration d'une quantité de liquide et de vésicules hydatiques évaluée à deux litres. A l'évacuation du liquide du kyste hydatique succéda une expectoration purulente horriblement fétide qui n'a jamais cessé. Le malade est tourmenté par une toux presque continuelle accompagnée de l'expectoration de crachats purulents et de rejet de pus, comme dans la vomique pulmonaire. Cette expectoration et l'haleine du malade ont une fétidité excessive, tellement désagréable qu'au moment des quintes de toux, la salle est infectée.

Cet homme, condamné par cette infirmité à ne pouvoir facilement trouver du travail, resta longtemps comme infirmier dans les salles de l'Hôtel-Dieu, puis il entra, le 13 juin dernier, à l'hôpital Cochin dans le service de M. Gombault, chef du laboratoire d'anatomie pathologique qui demanda l'avis de M. Bouilly.

Le diagnostic porté par eux fut le suivant : vaste cavité suppurante intra-pulmonaire ayant succédé à l'évacuation d'un kyste hydatique par les bronches, ou, en un mot, vomique pulmonaire d'origine hydatique. Ils furent d'accord pour penser que la guérison ne pouvait être obtenue spontanément et qu'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement, ce dont le malade avait le plus vif désir.

L'opération fut pratiquée le 3 juillet 1886, après chloroformisation rendue un peu difficile par les quintes de toux et les symptômes d'asphyxie éprouvés par le malade.

Un lambeau en U de 10 centimètres environ de base et de hauteur est disséqué dans la région correspondant à la caverne pulmonaire. Les muscles, grand et petit pectoral, sont incisés verticalement dans toute la hauteur de la plaie; la quatrième et la troisième côtes sont rapidement dénudées avec la rugine et réséquées avec le costotome de M. Bouilly dans l'étendue d'environ 6 à 7 centimètres; la plèvre est décollée. Un trocart n° 2 de l'appareil Potain, sans aspiration, est enfoncé à travers la plèvre et pénètre dans la caverne pulmonaire; il donne issue à une grande quantité de gaz et à quelques gouttelettes de pus. Il n'est pas douteux que l'instrument ait pénétré dans une cavité où il peut jouer librement.

Immédiatement sur le trocart laissé en place et servant de conducteur, M. Bouilly fait avec le thermo-cautère une incision transversale comprenant les deux plèvres adhérentes entre elles et au tissu pulmonaire carnifié et résistant, dont il faut traverser environ 1 centimètre avant d'arriver dans la cavité sous-jacente. Il s'échappe alors un flot de pus. Le doigt introduit dans la poche y pénètre tout entier; pour ouvrir plus largement cette poche, M. Bouilly pratique une deuxième incision verticale perpendiculaire à la première. Il en résulte une large brèche de laquelle s'échappe tout à coup un flot considérable de sang noir; du sang spumeux sort en même temps de la bouche du malade dont la respiration est embarrassée.

M. Bouilly tamponne largement toute la cavité avec des éponges, et pratique une injection de morphine de 5 centigrammes. Le calme rétabli, il remplace les éponges par de la gaze iodoformée, par dessus laquelle on applique une éponge plate; de la gaze de Lister, du coton salicylique et du coton ordinaire complètent le pansement. Il n'est fait aucun lavage dans la poche purulente. Toute l'opération n'a pas duré plus de vingt minutes.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses. Le résultat le plus remarquable a été la disparition presque complète des quintes de toux qui fatiguaient le malade et la disparition de l'horrible odeur exhalée par la respiration; l'expectoration est réduite à une très petite quantité de pus à peine odorant. Le malade qui, avant l'opération, ne pouvait faire un mouvement dans son lit sans être pris de quintes de toux et sans asphyxie, peut aujourd'hui se coucher à plat sur le dos sans le moindre inconvénient. L'état général et l'appétit sont excellents; la température est normale; il n'y a presque plus de toux et l'expectoration est réduite en vingt-quatre heures à quelques crachats muco-purulents; les pansements ne sont faits que tous les trois jours; la plaie extérieure se rétrécit et se déprime profondément, les bourgeons charnus sont roses et vigoureux; la suppuration cavitaire est peu abondante et sans odeur et l'on y introduit une moindre quantité de gaze iodoformée; les tubes à drainage sont raccourcis.

Le malade commence à se lever, son facies est excellent, et il est impossible de soupçonner que cet homme a subi une opération aussi grave.

C'est la première fois que cette opération, la *pneumotomie*, a été pratiquée en France de parti pris et de propos délibéré. M. Bouilly tiendra la Société de chirurgie au courant de l'état du malade dont la guérison paraît assurée. — A. T.

VARIÉTÉS

LE SERVICE DE SANTÉ DANS LE NOUVEAU PROJET DE LOI SUR L'ARMÉE

Maintes fois on avait signalé l'insuffisance numérique du cadre des médecins militaires et d'autant plus que les exigences du service au Tonkin, en Annam et en Tunisie nécessitent aussi un excédent de personnel. Néanmoins le projet de loi sur l'armée, dont le général Boulanger vient de saisir le Parlement, réduit encore le cadre. Il supprime, il est vrai, le grade d'inspecteur général, et il propose la fusion des pharmaciens militaires.

Le cadre actuel comprend : 9 médecins inspecteurs, 45 principaux de 1re classe, 45 de 2me classe, 320 majors de 1re classe, 480 de 2me classe, 300 aides-majors de 1re classe et 100 de 2me classe. Dans le nouveau cadre, le grade de médecin-inspecteur serait supprimé, les principaux de 2me classe s'élèveraient à 55; les majors de 1re classe à 300 et ceux de 2me classe à 500.

Les aides-majors formeraient trois classes : ceux de 1re classe avec le rang et la solde de lieutenant en premier ; ceux de 2me classe avec la solde et le rang de lieutenant en deuxième, et ceux de 3me classe avec la solde et le rang de sous-lieutenant. En résumé le nombre de 1,485 officiers que comportait le cadre actuel serait ramené à 1,400, avec diminution de 185 pharmaciens et augmentation de 100 médecins. — C. L. D.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 1er juillet 1886, des médailles d'argent et de bronze du module de 50 millimètres ont été accordées aux personnes dont les noms suivent, en témoignage des services qu'elles ont rendus à l'administration sanitaire lors de l'épidémie cholérique de 1884 et 1885 :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Auphan, à Ax ; Bares, à Saint-Béot ; Calmon, à Céret ; Cassan, à Banyuls-sur-Mer ; Coumeigt, à Urdos ; Darrieux, à Saint-Jean-Pied-de-Port ; Dihursubéhère, à Baïgorry ; Ferras, à Bagnères-de-Luchon ; Galangau, à Port-Vendres : Harreguy, à Lescun ; Lacoste, à Laruns ; Marti, à Latour-de-Carol ; Mendiondo, à Tardets ; Poujet, à Osséja ; Rogalle, à Seix ; Sévène, à Montlouis ; Vincent, à Béhobie ; MM. Chaleix, interne des hôpitaux de Bordeaux ; Dubose, Durrutz, Ganivert-Desgraviers, Gouzot, Goyetche, Lagahuzère, Lapalle, Larrieu, de Laulanié, Nadaud, Orgogaza, Peytoureau, Proux, Simonet de Laborie, étudiants en médecine de la Faculté de Bordeaux ; Bolanos, Boudou, Breuils, Crendiropoulos, Crouzet, Eustache, Hassan, Tarbourriech, étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier ; Chamayou, Dufoure, Estrabaud, Lanusse, Mauran, étudiants en médecine de l'École de Toulouse.

Médailles de bronze. — MM. Larrieu, étudiant en médecine de la Faculté de Paris ; Boudry, étudiant en médecine de la Faculté de Bordeaux ; Bouchet, Gauthier, Zborowski, étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier ; Estève, étudiant en médecine de l'École de Toulouse.

— Par arrêté, en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en bronze ont été décernées aux personnes ci-après désignées en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886 : MM. les docteurs Gay de Tarodel, Sicard, à Marseille ; MM. Magnan, élève en pharmacie à Concarneau.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Souloumiac, à Cousances, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

— Par arrêté, en date du 14 juillet 1886, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur H. Georges, maître de conférences à l'Institut national agronomique.

— Dans sa séance de vendredi 16 juillet 1886, le Conseil municipal de Paris a voté : 1° l'allocation d'une somme de 14,363 francs pour la création d'un service de teigneux à l'hôpital Saint-Louis ; 2° une somme de 23,625 francs pour l'organisation de services nouveaux, et notamment de services d'isolement pour les expectants et les douteux à l'hôpital des Enfants-Assistés ; 3° une somme de 12,000 francs pour la réorganisation du service d'électrothérapie, placé sous la direction de M. le docteur Vigouroux à l'hospice de la Salpêtrière ; 4° la création à l'hôpital Saint-Louis d'un laboratoire pour M. le docteur Quinquaud ; 5° une somme de 12,950 francs pour les services de l'isolement de l'hospice de Bicêtre ; 6° enfin une somme de 2,000 francs pour le laboratoire d'hygiène de M. le docteur Proust, à l'hôpital Lariboisière.

Nécrologie. — Le corps des internes des hôpitaux vient d'être douloureusement éprouvé. M. Jean Dussaud, interne provisoire, a succombé à une diphthérie infectieuse. Attaché quelques jours seulement à l'hôpital des Enfants-Assistés, il avait tout récemment, et avec un plein succès, opéré trois petits malades atteints du croup. Le lende-

main, il ressentait les premières atteintes du mal qui l'a emporté à l'âge de vingt-quatre ans.

Hôpital cantonal de Genève. — *Institution du concours.* — Contrairement à ce qui se passait jusqu'ici, un concours vient d'être institué pour la nomination des médecins de cet hôpital, et le premier a eu lieu ces jours derniers. Il s'est terminé par la nomination d'un médecin adjoint et de deux chirurgiens adjoints, dont un pour le service de la Maternité. (*Progrès médical.*)

Conseil d'hygiène. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Auguste Olivier a rendu compte de la mission dont il a été chargé, à la demande de la municipalité de Saint-Denis, en vue de rechercher l'origine d'un commencement d'épidémie variolique constaté récemment dans une cité située à Saint-Denis, à une centaine de mètres de l'hôpital.

M. Ollivier fait connaître « que l'épidémie a pris naissance, le 27 janvier dernier, dans l'immeuble construit route d'Aubervilliers, 39 ; puis qu'un second cas s'est produit quelques jours après, 22, rue du Saulger. Pendant les mois de mars, avril, mai et juin, d'autres personnes ont été successivement atteintes dans divers quartiers assez éloignés les uns des autres, et un certain nombre d'entre elles furent transportées à l'hôpital. Il ajoute qu'il y a eu, tant en ville qu'à l'hôpital, une dizaine de décès, dont six chez des enfants qui n'avaient pas été vaccinés.

« La cité signalée par le maire de Saint-Denis comme constituant un foyer de variole est habitée par une population assez dense, et elle est limitée sur un côté par un ruisseau fort malpropre ; mais la proximité de l'hôpital semble à M. le rapporteur être une des causes principales du développement du mal. Il demande à l'administration d'exiger que, dans l'hôpital de Saint-Denis, les pavillons d'isolement soient tenus dans un état de propreté aussi complet que possible, et d'ordonner l'installation au plus tôt d'une étuve de désinfection. Enfin, il voudrait que l'autorité rappelât aux parents les dangers que courent les enfants non vaccinés, et il réclame l'assainissement du ruisseau qui confine à la cité. »

Le Conseil s'associe à ces conclusions.

Bulletin bibliographique.

La **Gazette des Eaux** met en vente aujourd'hui l'*Annuaire des Eaux minérales de la France et de l'étranger*. Ce volume, mis au courant chaque année, contient la nomenclature des stations françaises et des principales stations étrangères : classement des eaux minérales selon leur nature; tableau de leurs indications thérapeutiques; notices sur les stations les plus recherchées; renseignements pratiques; moyens de communication; services spéciaux des chemins de fer, etc. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve aux librairies Gauthier-Villars, Jacques Lechevallier, Coccoz, etc.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1886, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1885, et les formules des médicaments nouveaux; suivi de Notices sur le *traitement hygiénique du mal de Bright, les difficultés de l'hygiène*, par A. Bouchardat, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, et J. Bouchardat, médecin-major de 1re classe. 46e année. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et des institutions médicales, suite et complément de tous les Dictionnaires, par P. Garnier, médecin de l'asile de Bon-Secours. 21e année; 1885. — 1 fort vol. in-12 de 600 pages. — Prix : 7 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Lancereaux : Endocardite ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme. — III. Revue des Journaux : Manifestations tardives de syphilis tertiaire non précédée des symptômes ordinaires de syphilis constitutionnelle. — Ablation complète d'une exostose éburnée du conduit auditif externe. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine — V. Congrès français de chirurgie. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Courrier. VIII. Bulletin bibliographique. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Nous voyons venir avec confiance la deuxième session du *Congrès français de chirurgie*, annoncée pour le 18 octobre de cette année. Celle de 1885, nous pouvons le dire, a eu plein succès; malgré l'époque mal choisie et l'absence forcée de quelques-uns des nôtres, beaucoup de confrères avaient répondu à l'appel; les séances étaient bien suivies, les lectures écoutées, la plupart des travaux réellement scientifiques. C'est un bonheur pour cette institution nouvelle parmi nous, d'avoir vu le jour à une époque où la moralité des réunions de ce genre est en progrès manifeste. Les hommes de vraie science et de pure renommée y viennent en nombre imposant; les faiseurs de réclames disparaissent peu à peu. Quelques années encore, et d'excellents esprits, que de mauvais souvenirs éloignent des Congrès médicaux, verront tomber leurs dernières préventions.

« Le Congrès français de chirurgie, disaient les statuts et règlements provisoires, a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française. » Il faut nous voir et nous connaître, en effet; il faut, par l'échange de nos idées, montrer combien nous valons mieux que notre organisation vermoulue. L'attrait puissant des Congrès scientifiques, c'est l'occasion qu'ils fournissent à leurs membres de se réunir, de se retrouver après de longues séparations, de se connaître malgré les différences de langage et de nationalité. L'estime naît et les préventions s'effacent dans ces rapprochements où les travaux ont parfois la moindre part, où les causeries du soir font la meilleure besogne.

Nous donnons plus loin l'exposé des questions à l'ordre du jour et l'appel adressé à nos confrères par M. Ollier, président de la session. Nous joignons notre voix à la sienne pour seconder les efforts du Comité permanent, dont le zèle ne s'est pas ralenti depuis l'année dernière et trouvera sa récompense dans le succès de l'œuvre commune. — L.-G. R.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Endocardite ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme (1)

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

Ces deux faits pourraient suffire à la rigueur pour établir la relation entre les suppurations des voies génitales, l'endocardite septique et l'infection générale de l'organisme; mais ils ne sont pas absolument isolés. Dans un cas d'Eisenlohr (2), le point de départ de l'endocardite a été une

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

(2) Eisenlohr : *Ein fall von End. ulc. mit Microcp. Embolien Berliner Klin. Woch*, 1874.

©BIU Santé

fausse route de l'urèthre. Dans un autre de Purser, qui reproduit presque un des nôtres, il y avait une suppuration de la vésicule séminale gauche et une cystite (1). L'endocardite ulcéreuse a été également observée dans le cours de la blennorrhagie; notre maître et collègue, le docteur Bourdon (2), a rapporté dès l'année 1868, un cas de ce genre des plus intéressants et tout à fait démonstratif.

En présence de semblables faits, il est impossible de croire à une coïncidence. La succession des phénomènes, la postériorité évidente de la lésion endocardique, la constatation des mêmes micro-organismes dans le foyer de suppuration et au niveau des valvules malades, tout plaide en faveur d'une autre interprétation. La suppuration locale est le premier fait en date; de là, les micro-organismes pénètrent dans le système sanguin. L'endocardite est secondaire, soit que les germes s'arrêtent sur les valvules au niveau des lignes de fermeture et pénètrent de la surface vers la profondeur, soit que, comme le veut Koster, ils soient embolisés dans les ramifications de l'artère coronaire. La première hypothèse paraît plus probable, et plus en rapport avec les résultats généralement fournis par l'examen histologique des valvules altérées. Elle explique aussi la prédominance des lésions au niveau des valvules anciennement modifiées, et dont la surface inégale et irrégulière offre un terrain favorable au dépôt et au développement des micro-organismes. Remarquons cependant que, chez notre premier malade, les valvules paraissaient exemptes de toute altération antérieure.

Les germes que l'on observe le plus communément dans les cas d'endocardite ulcéreuse, sont de la nature de ceux qui viennent de vous être montrés, à savoir des microbes arrondis, diversement disposés.

Déjà, en 1862, j'avais dit quelques mots de ces granulations que je considérais alors comme analogues aux vibrions et comme agissant à la façon des ferments, car je rapprochais les accidents liés à l'endocardite ulcéreuse des phénomènes produits par l'injection dans le sang de substances putréfiées (3). C'est qu'en effet cette endocardite une fois constituée devient à son tour le point de départ d'accidents graves, en lançant dans les vaisseaux des particules septiques qui sont pour les organes, l'origine d'abcès dits métastatiques.

Dans certains cas, au lieu des micro-organismes, dont il vient d'être question, on trouve dans les végétations valvulaires un microbe lancéolé et encapsulé, identique à celui de la pneumonie. Nous l'avons très nettement observé il y a quelques jours chez une femme de notre service, dont j'aurai occasion de vous reparler, et qui a succombé à une pneumonie avec endocardite ulcéreuse à pneumonocoques. D'après les observations récentes de M. Jaccoud (4), la marche de cette variété d'endocardite serait un peu différente de celle qui nous occupe. La coexistence avec la pneumonie d'une endocardite ulcéreuse et de plaques de méningite fibrino-suppurée n'est pas d'ailleurs un fait rare; j'en ai rapporté plusieurs faits autrefois.

(1) Purser : *Proceedings of the Pathological Society of Dublin.* (*Dublin of Journ. of med. sciences,* 1877.)

(2) Bourdon : *Gazette des hôpitaux,* 1868.

(3) E. Lancereaux : Recherches cliniques pour servir à l'histoire de l'endocardite suppurée et de l'endocardite ulcéreuse. (Mém. de la Soc. de biologie et *Gaz. méd.* 1862.)

(4) *Semaine médicale,* 24 février 1886.

La récente épidémie de pneumonie, si remarquable à tant d'égards, nous a fourni l'occasion d'observer deux cas de cette variété d'endocardite parasitaire, caractérisée par la présence de pneumonocoques au niveau des végétations valvulaires.

Dans le premier de ces deux cas, il s'agit d'une femme de 23 ans, que vous avez pu voir couchée au n° 8 de la salle Lorain où elle est entrée le 11 mars dernier. Cette femme parlait mal le français et il nous a été difficile de recueillir des renseignements complets sur le début de son affection.

Nous savons seulement qu'elle toussait depuis quelque temps et que son état s'était subitement aggravé cinq jours avant son entrée. Ses traits sont altérés, ses pommettes rouges, sa langue sèche. Sa respiration est accélérée et elle porte la main au-dessous du sein gauche, nous indiquant qu'elle éprouve en ce point une vive douleur. L'auscultation nous révèle, de ce côté, les signes non douteux d'une pneumonie, à savoir du souffle tubaire et des râles crépitants à l'inspiration dans la moitié inférieure du poumon. L'examen clinique des autres organes n'indique rien d'anormal ; les urines ne sont pas albumineuses, et point important à noter, les battements du cœur sont normaux, sans bruits adventices ni modifications dans leur rythme ou leur intensité.

Les crachats sont visqueux, pas très adhérents, colorés en rose. L'examen y montre nettement la présence de pneumonocoques.

Deux jours après son entrée, la malade fait une fausse couche. Cet accident n'entrave pas la défervescence qui est complète au 12e jour, si on fait remonter le début de la pneumonie au cinquième jour avant l'admission.

La guérison semble d'abord s'affirmer. La malade reprend ses forces et demande à manger, mais le 26 mars, sept jours après sa défervescence, la malade est prise d'un violent frisson avec 40°5 de température. Un frisson semblable, accompagné d'une égale élévation de température se reproduit le lendemain soir ; dès lors la fièvre ne quitte plus la malade, son état général s'aggrave rapidement et elle succombe 4 jours plus tard, le 30 mars. Les phénomènes d'auscultation nous avaient permis de soupçonner une nouvelle détermination pneumonique sur le poumon opposé ; mais aucun symptôme nouveau ne s'était montré du côté du cœur ou des autres organes. Rien ne permettait non plus de mettre l'utérus en cause.

Or, à l'autopsie, outre la pneumonie, nous avons trouvé des végétations friables, récentes, greffées sur une ancienne endocardite dont les effets se révélaient par des cicatrices d'infarctus au niveau des reins.

Des préparations des végétations cardiaques et du tissu pulmonaire ont montré à M. le docteur Netter les organismes encapsulés dits pneumonocoques.

Le second de nos malades est un homme que vous avez vu couché au n° 19 de la salle Piorry. Pris dans la journée du 16 mai d'un point de côté gauche, sans frisson, il est forcé de quitter son travail pour se mettre au lit. Le lendemain le point de côté persiste avec oppression ; son état va en s'aggravant jusqu'au 21 mai, cinquième jour de la maladie, où il entre à l'hôpital.

La face est congestionnée, les yeux brillants, le corps tout entier est couvert d'une sueur visqueuse, la dyspnée est très marquée et le point de côté persiste. A l'auscultation, on constate tous les signes d'une pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche. Les bruits du cœur sont normaux, les urines acides sans albumine.

©BIU Santé

Le malade a expectoré quelques crachats visqueux striés de sang.

Température 37°8.

Le 23 et le 24, le malade semblait mieux quand, le 25, il est pris dans l'après-midi d'une oppression violente. La nuit, il délire et la température atteint le lendemain matin 40° (26). Le malade est dans le décubitus dorsal, la bouche entr'ouverte, les lèvres tremblantes, la langue sèche, râpeuse. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. La tête est rejetée en arrière avec raideur du cou. Pouls faible (120 P), respiration fréquente. Léger nuage d'albumine dans les urines.

Le lendemain, 27, même état, la respiration est irrégulière et présente un type qui se rapproche de celui de Cheyne-Stokes. Pouls petit, rapide, dicrote; température 40°. Le corps est couvert de sueur, la peau visqueuse, sans élasticité, comme celle d'un cholérique. Soubresauts des tendons, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, raideur du cou ; le diagnostic de méningite est porté ; le malade meurt à deux heures de l'après-midi. Il existe à l'autopsie, en outre de la pneumonie, des végétations récentes sur les valvules aortique et mitrale et aussi sur les cordages de la valvule tricuspide, mais de plus on constate dans la cavité cranienne l'existence d'une méningite suppurée plus prononcée à la base et sur le lobe droit.

L'examen bactériologique a été pratiqué par M. le docteur Netter qui a trouvé que le tissu pulmonaire hépatisé, le pus de la méningite, le tissu des végétations tricuspides traitées par les réactifs ordinaires contenaient des microbes ovoïdes encapsulés identiques au pneumonocoque. Des coupes des méninges et de la végétation mitrale ont montré les mêmes organismes.

Ajoutons que M. Netter a décrit récemment une troisième variété d'endocardite infectieuse caractérisée par la présence de bacilles se retrouvant normalement dans l'intestin.

En présence d'une infection à détermination endocardique, cherchez donc avec grand soin la porte d'entrée du mal. Vous ne la trouverez pas toujours, pas plus que dans l'érysipèle médical, dit spontané. Mais la moindre lésion extérieure, une suppuration quelconque, ne doit jamais manquer d'attirer l'attention du clinicien. On a vu l'endocardite ulcéreuse survenir à la suite d'un durillon enflammé, à la suite d'une plaie d'amputation. La plaie placentaire surtout est un point de départ commun de cette affection, dont la fréquence dans la puerpéralité est bien connue. En tout cas, il ne faut jamais négliger l'examen minutieux des organes génitaux, même chez l'homme. Les faits que je viens de vous rapporter tendent à établir la fréquence relative des lésions suppuratives de ces organes comme origine de cette endocardite.

Du traitement, je n'ai que peu de choses à vous dire.

Il est surtout préventif. Une fois l'infection réalisée, il importe de surveiller l'hygiène du malade et de lui administrer des toniques à dose convenable.

La quinine, que j'ai fréquemment employée en pareil cas, ne m'a pas donné d'excellents résultats ; l'acide salycilique, préconisé dans ces dernières années, aurait-il plus d'avantages ? Je n'oserais l'affirmer bien qu'un de nos malades chez lequel nous avons été conduit à diagnostiquer tout récemment une endocardite ulcéreuse des valvules aortiques avec microcoques dans le sang, ait éprouvé une grande amélioration à la suite de l'administration de ce médicament.

REVUE DES JOURNAUX

Manifestations tardives de syphilis tertiaire non précédée des symptômes ordinaires de syphilis constitutionnelle. (*The British medical Journal*, 27 février 1886.) — Le docteur Blanc, le praticien anglo-français bien connu de la colonie étrangère qui fréquente les plages ensoleillées de la *Riviera*, publie, dans le *British medical Journal*, deux cas qu'il considère comme mettant en évidence ce fait si difficile à accepter, si souvent révoqué en doute, et cependant reconnu possible, d'accidents de syphilis tertiaire tardive apparaissant bon nombre d'années après l'infection primitive sans avoir jamais été précédés d'aucune détermination de syphilis constitutionnelle pendant le cours d'une vie longue, active et toujours pleine de santé.

Voici ces deux observations :

Au printemps de 1880, le docteur Blanc fut appelé en consultation pour donner son avis sur la nature d'une certaine ulcération linguale que l'on considérait comme un épithélioma, et pour l'ablation de laquelle toutes les dispositions étaient déjà prises. M. X..., médecin, âgé de 50 ans, résidant à Bombay, était père de plusieurs enfants, dont le plus jeune était encore en bas âge. Tous étaient bien portants.

Lui-même, à part son accident local, jouissait d'une bonne santé.

Il présentait sur la face dorsale de la langue, à gauche du raphé médian, une ulcération grisâtre, profonde, ayant tous les caractères d'une gomme suppurée. Plus près de la base de l'organe, du même côté, se voyaient deux autres petites ulcérations avec les mêmes caractères.

Il n'y avait eu aucune hémorrhagie. La suppuration était peu abondante, l'haleine légèrement fétide, la parole difficile et la mastication douloureuse. Les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées, dures, mais libres, non adhérentes au plan profond. La gorge et le pharynx étaient rouges. Jamais, aussi loin qu'on recherchât dans les antécédents, le malade n'avait eu de manifestations syphilitiques.

On fit un traitement mercuriel et des pulvérisations locales d'iodoforme. Sous cette double influence, les ulcères linguaux disparurent et la guérison fut et se maintint complète.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 66 ans qui fut admise, en janvier 1880, à l'hôpital de Bombay, pour une tumeur de la région parotidienne du côté gauche. Pendant les quarante-trois ans que Mary B... a passés aux Indes, à part quelques atteintes de fièvre paludéenne, elle a joui toujours d'une bonne santé.

Elle est veuve depuis longtemps, et demeure avec son fils, un homme solide de 40 ans.

Deux mois environ avant l'époque de son admission à l'hôpital, elle nota l'apparition d'un petit gonflement dur circonscrit au-dessous du lobule de l'oreille gauche. Cette grosseur augmenta rapidement de volume dans toutes les directions.

A l'admission, la région parotidienne gauche est le siège d'une tumeur dure, extrêmement irrégulière, superficielle, mobile et mesurant 3 millimètres et demi environ de diamètre.

La nuit, cette tumeur est le siège de douleurs spontanées sévères, lancinantes et brûlantes à la fois, tandis que, pendant le jour, la tumeur reste, au contraire, presque complètement indolente. Il n'y avait pas de fièvre, l'appétit était diminué et la malade complètement abattue du fait des insomnies de la nuit.

Pendant quelque temps, après son mariage, la malade a eu des pertes blanches pour lesquelles elle n'a suivi aucun traitement. Elle n'a pas souvenance d'avoir jamais eu aucune éruption sur la peau ou ailleurs. L'âge du sujet, le siège et le rapide développement de l'affection semblaient plaider en faveur d'une tumeur maligne de la région parotidienne. Cependant l'auteur, prenant en considération l'apparition nocturne des douleurs, décida d'essayer d'un traitement spécifique. On donna de l'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions à l'olétate de mercure localement. Au bout de peu de jours, les douleurs nocturnes disparurent et, après deux mois de traitement, il n'y avait plus trace de tumeur. — L. Dn.

©BIU Santé

Ablation complète d'une exostose éburnée du conduit auditif externe. (*Archiv. of Otology*, novembre 1885.) — Le cas est des plus remarquables et présente un grand intérêt. L'exostose remplissait complètement le conduit auditif et était implantée sur la paroi postérieure du conduit osseux.

L'opération faite sous l'éther prit une heure vingt-cinq minutes. On enleva la tumeur en s'attaquant non au pédicule, mais à la partie du conduit dont elle procédait, s'inspirant ainsi des idées émises par Maisonneuve à propos des tumeurs osseuses et fibreuses des cavités nasales. On se servit, en conséquence, de la gouge et du maillet. Le docteur Knapp, l'opérateur, nie qu'il y ait aucun danger spécial à s'attaquer à la paroi du conduit auditif, si ce n'est en avant, où on risque d'ouvrir la cavité glénoïde de la mâchoire; mais, heureusement, il est rare que cette paroi serve de point d'origine à ces exostoses éburnées. La particularité de fréquence de ces tumeurs émanant de la paroi postérieure donne à penser qu'elles doivent être consécutives à quelque affection, restée obscure, de l'apophyse mastoïde. Les difficultés opératoires qu'on rencontre à traiter ces tumeurs identiques de l'orbite et des cavités nasales s'augmentent ici du fait de l'étroitesse du champ d'opération. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° L'envoi d'un pli cacheté, sans nom d'auteur, avec cette devise : « Je cherche toujours ». L'auteur est invité à se faire connaître en venant à l'Académie signer de son nom l'envoi qu'il a fait

2° Une lettre de remerciements de M. le docteur Grasset (de Montpellier), récemment élu correspondant.

M. A. Gautier présente : 1° de la part de M. le docteur Lambling, une brochure intitulée : *Des origines de la chaleur et de la force chez les êtres vivants ;* 2° de la part de M. le docteur Hugounenq une brochure intitulée : *Des alcaloïdes d'origine animale.*

M. Cornil présente, de la part de M. le docteur Nicolas, une série de brochures sur le traitement par les eaux du Mont-Dore.

M. Vidal présente, de la part de M. le docteur Leloir (de Lille), un volume intitulé : *Leçons sur la syphilis.*

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage.

M. Bergeron déclare qu'il est en principe, et d'une manière absolue hostile au vinage ou à l'alcoolisme des vins. Quant au *mouillage*, il s'étonne de trouver M. Gallard aussi indulgent pour cette pratique essentiellement frauduleuse et d'autant plus coupable qu'elle est une conséquence naturelle, inévitable d'une autre pratique funeste, la suralcoolisation des vins. Il croit, comme M. Gallard, qu'il est bon de mettre de l'eau dans son vin, mais il ne croit pas qu'il soit honnête d'en mettre dans le vin des autres, malgré eux ou du moins sans le leur dire, bien mieux en leur faisant croire qu'on n'en met pas.

M. Bergeron rappelle qu'avec la majorité de la commission il a voté la première conclusion qui déclare qu'elle considère le vinage comme une pratique nuisible à la santé des consommateurs.

Il croit fermement que l'addition d'alcool, même en faible proportion au vin, c'est-à-dire à un liquide très complexe dont tous les éléments sont intimement unis pendant le travail de la fermentation du jus de la grappe, trouble l'harmonie de ces combinaisons et que cet alcool, fût-il même de l'esprit-de-vin, ne se trouve plus dans un rapport normal avec les autres éléments du vin, qu'il ne s'y mêle pas intimement et que, par suite, il exerce sur l'organisme une influence délétère, son action n'étant plus atténuée par

les autres principes du vin, extraits, tannin, glycérine, sels, éthers, etc.; il se trouve là, en quelque sorte, à l'état d'alcool dilué.

Relativement à l'argument de M. Gallard qui demande à l'Académie de ne pas se *déjuger* en acceptant les nouvelles conclusions du rapport de la commission, M. Bergeron ne saurait en admettre la valeur. Autant vaudrait dire que l'Académie ne doit tenir aucun compte des recherches nouvelles, des travaux publiés depuis seize ans, autant vaudrait fermer à tout progrès les portes de son enceinte. Pour lui, il estime que c'est non seulement un droit, mais un devoir de se déjuger lorsqu'on s'est trompé dans son premier jugement.

Il est un point sur lequel M. Bergeron consent à faire une concession aux partisans du vinage; c'est que, quelle que soit la quantité de ces vins frelatés qui se consomment dans les villes, ce n'est pas à eux qu'il faut exclusivement attribuer les progrès incessants qu'y fait l'alcoolisme. C'est évidemment aussi et surtout à l'abus des liqueurs alcooliques, abus qui va grandissant chaque jour, ce que l'on peut constater sans consulter les statistiques de l'octroi, rien qu'en passant dans les grandes voies de circulation, sur les boulevards, absolument envahis à certaines heures du jour par des buveurs de menthe, de cassis ou d'absinthe, d'absinthe surtout.

M. Bergeron rappelle qu'en 1871, après les horreurs de la Commune, l'Académie lui fit l'honneur de lui demander de rédiger un *avis au peuple*, dans lequel il signale les affreux ravages que l'alcool avait produits dans le moral des populations. Aujourd'hui, on voit chaque jour s'accomplir la déchéance morale trop prévue dès cette époque et qui fait entrevoir l'avenir sous les plus sombres couleurs.

C'est par horreur de cette déchéance dont l'alcool sans doute n'est pas seul responsable, mais dont il est, à coup sûr, l'agent le plus puissant, c'est pour lutter contre les progrès de cette déchéance, qu'aujourd'hui comme en 1870, M. Bergeron se déclare l'ennemi du vinage, d'abord parce que cette opération est nuisible par elle-même, mais surtout parce qu'en ouvrant aux alcools industriels un débouché considérable, elle a favorisé et favorise plus que jamais le développement de la funeste industrie des distilleries dont la production est sans limites.

Les distillateurs du Nord sont arrivés, en effet, à produire l'alcool à si peu de frais qu'en dépit des taxes les plus exagérées, ils peuvent, tout en réalisant des bénéfices considérables, en livrer encore à la consommation des quantités illimitées, à des prix assez bas pour être à la portée des plus misérables.

Tel est le grief le plus grave de M. Bergeron contre l'alcoolisation des vins. Si ses arguments pouvaient engager l'Académie à voter la première conclusion du rapport de M. Rochard, il se féliciterait de les avoir produits, car, par ce vote, l'Académie aurait dégagé, en prévision des calamités de l'avenir, la part de responsabilité qui lui incombe, en tant que gardienne de l'hygiène physique, et, dans ce cas particulier, de l'hygiène morale des populations. (Vifs applaudissements.)

M. Léon Le Fort demande le renvoi à la commission des amendements suivants :

1° Au point de vue exclusif de l'hygiène, le vinage des vins insuffisamment alcooliques, dans le but de permettre leur transport et leur conservation, ne saurait être considéré comme nuisible, lorsqu'il est fait avec de l'eau-de-vie de vin. Malheureusement on est obligé de reconnaître que le vinage ne se pratique guère aujourd'hui qu'avec des alcools autres que ceux du vin; qu'il devient dès lors une véritable falsification, dont le résultat est trop souvent de compromettre la santé publique et de provoquer l'alcoolisme. L'Académie croit donc qu'il serait prudent de ne tolérer aujourd'hui que le sucrage des moult par l'adjonction de raisins secs ou de sucre cristallisé.

2° L'abus fréquent du vin pur et naturel amène l'ivrognerie; l'abus de l'alcool, du vin sur-alcoolisé avec des alcools de mauvaise nature a de plus, pour conséquence, un empoisonnement chronique qui se traduit par une maladie constitutionnelle, l'alcoolisme, capable de se transmettre héréditairement sous forme de maladies diverses.

3° Des laboratoires de vérification institués à la frontière, aux points de pénétration assignés aux vins étrangers, repousseront l'admission sur notre territoire des vins sur-

©BIU Santé

alcoolisés, falsifiés par l'addition d'alcool de mauvaise nature ou colorés artificiellement. »

M. Brouardel tient, en se prononçant pour l'ensemble des conclusions de la commission, à bien mettre en évidence que c'est méconnaître ce qui constitue le vin lui-même que de le traiter comme un liquide aqueux contenant plus ou moins d'alcool; — que c'est un aliment vivant; — que l'addition d'une trop grande quantité d'alcool tue ce vin et le réduit à un mélange d'eau et d'alcool.

L'orateur ne croit pas devoir rappeler à l'Académie les ravages toujours croissants de l'alcoolisme; elle les connaît; il ne fait que les signaler en insistant sur ce fait que nous ne trouvons plus maintenant des alcooliques seulement parmi les buveurs de profession, mais même chez des personnes intoxiquées lentement, journellement, par l'ingestion, ignorée d'elles, d'alcools de mauvaise qualité.

M. Brouardel votera donc les deux premières conclusions de la commission. Il votera également la troisième conclusion, qui propose d'abaisser de 15° à 12° la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe. Il est convaincu que cette prescription limitera dans une large mesure l'audacieuse falsification qui se pratique à notre frontière, en ajoutant, car cela est juste, que l'on ne trouve pas exclusivement parmi les personnes qui la pratiquent des personnes étrangères à notre nationalité.

On a reproché à cette mesure de frapper des vins naturels de France cotant plus de 12 degrés, notamment quelques crus de la Haute-Bourgogne et les vins du Roussillon. Il faut remarquer d'abord que, dans le Bulletin statistique de janvier 1881, trois départements seulement ont déclaré que leurs vins avaient un degré supérieur à 12 degrés. D'ailleurs, l'Académie n'a pas à se préoccuper de cette question; il suffit de la signaler à l'attention du législateur.

M. Brouardel ne votera pas la quatrième conclusion de la commission dans son texte actuel. Il pense que l'Académie a le droit de déclarer qu'en prohibant d'une façon absolue l'entrée dans la consommation d'alcools impurs, elle écarte une des causes les mieux démontrées des lésions d'origine alcoolique. Il demande donc que la dernière phrase de la quatrième conclusion soit ainsi rédigée : « L'Académie pense que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs. »

M. Brouardel applaudit sans réserve à la cinquième conclusion de la commission; mais il demande, comme mesure corrélative, l'amélioration des logements des ouvriers. Quand les habitations sont malsaines ou incommodes, l'ouvrier n'y reste que pendant la nuit, et souvent il entraîne au cabaret sa femme et ses enfants. Il y a un lien entre ces deux questions. (Applaudissements!)

M. Besnier dit que l'Académie, en traitant la question de l'alcoolisation du vin, a laissé de côté une partie du problème qui intéresse au plus haut point la santé publique; elle a laissé de côté l'alcoolisation de la bière et du cidre. Or, comme ces boissons entrent pour une proportion croissante et considérable dans l'alimentation publique, leur alcoolisation avec des alcools nuisibles est aussi dangereuse que celle du vin.

M. Besnier demande donc que la commission introduise une conclusion additionnelle déclarant que la proscription de l'alcoolisation s'applique à la bière et au cidre.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Congrès français de chirurgie

(2e *session. — Paris, 1886*)

Monsieur et très honoré confrère,

La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, cette année, du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

©BIU Santé

Vous êtes instamment prié de prendre part à cette session.

Le succès du premier Congrès, malgré les lacunes inhérentes aux débuts d'une pareille entreprise, nous permet d'espérer de cette seconde réunion des chirurgiens français les plus heureux résultats pour les progrès de la chirurgie dans notre pays. En outre, la collaboration de plusieurs savants étrangers de langue française nous est assurée et nous est particulièrement précieuse.

Quatre séances seront consacrées à des *questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *questions diverses*.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux questions mises à l'ordre du jour, ou faire toute autre communication, sont priés d'en aviser le secrétaire général avant le 15 août, *dernier délai*. Ils devront donner le titre de leur communication et, si possible, les *conclusions*.

Comptant sur votre concours, je vous prie d'agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués.

Le président du 2e Congrès, OLLIER.

Extrait des Statuts :

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient cotisation.

VI. La cotisation annuelle des membres est de *20 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.

Toutes les communications et cotisations doivent être envoyées à M. le docteur S. POZZI, *10, place Vendôme, Paris.*

PRINCIPALES COMMUNICATIONS ANNONCÉES

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Nature, pathogénie et traitement du tétanos.

Professeur A. Socin, de Bâle. — Observations sur l'étiologie du tétanos tendant à donner les preuves que le tétanos est une maladie parasitaire.

Docteur Vaslin, d'Angers. — Discussion.

Docteur Balestreri, de Gênes. — Discussion.

Docteur Thiriar, de Bruxelles. — Discussion.

Docteur Maunoury, de Chartres. — Discussion.

De la néphrotomie et de la néphrectomie.

Docteur Jeannel, de Toulouse. — Observation de néphrectomie suivie de mort où la tumeur rénale ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale.

Docteur Péan, de Paris. — Communication au sujet de la méthode relative à la néphrectomie et à la néphrotomie.

Docteur Jules Boeckel, de Strasbourg. — Néphrectomie transpéritonéale pour kyste hydatique du rein.

Docteur Bouilly, de Paris. — Trois observations de néphrotomie.

Docteur Le Dentu, de Paris. — Discussion.

Docteur L. Championnière, de Paris. — Discussion.

Des résections orthopédiques.

Docteur Mollière, de Lyon. — Discussion.

Docteur Vaslin, d'Angers. — Discussion.

Professeur Ollier, de Lyon. — Discussion.

©BIU Santé

De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

Docteur Lagrange, de Bordeaux. — Discussion. — Observation d'arthrite traumatique du coude chez un homme de 35 ans. — Résection sous-périostée. — Néoformation de l'olécrane. — Retour presque complet des mouvements normaux et de la force du bras.

Docteur Mollière, de Lyon. — Discussion.

Docteur J. Reverdin, de Genève. — Discussion.

Docteur Polaillon, de Paris. — Discussion.

Questions diverses.

Docteur Chénieux, de Limoges. — Le drainage et la réunion primitive.

Docteur Terrillon, de Paris. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires.

Docteur Richelot, de Paris. — De l'hystérectomie vaginale. Indications et manuel opératoire.

Docteur Chaumier (Indre-et-Loire.). — La pseudo-scrofule au point de vue chirurgical.

Docteur Poncet, de Lyon. — Des greffes osseuses dans les pertes de substances étendues du squelette.

Docteur Jules Hue, de Rouen. — Rupture du périnée; de ses causes, de ses effets, des moyens de la prévenir.

Docteur Desnos, de Paris. — Extirpation d'un papillome de la vessie pas la voie hypogastrique.

Docteur Abadie, de Paris. — Des procédés actuels de l'opération de la cataracte.

Docteur Galezowski, de Paris. — De l'ophthalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires.

— De l'emploi du thermo-cautère dans la chirurgie oculaire.

Docteur Chalot, de Montpellier. — Sur la maladie de Paget (faux eczéma de l'aréole du sein).

— Sur l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate : technique, indications et résultats.

Docteur J. Reverdin, de Genève. — Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

Docteur Le Dentu, de Paris. — Examen des procédés d'opération du varicocèle d'après des observations personnelles.

Docteur Thiriar, de Bruxelles. — Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale.

— Présentation d'un individu opéré *in extremis* de colotomie.

Docteur Vaslin, d'Angers. — Des modifications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions.

— Etude clinique sur l'ostéomyélite et son traitement.

Docteur Leriche, de Lyon. — Tumeur coccygéenne congénitale.

Docteur Terrier, de Paris. — De la cure radicale des hernies épigastriques non étranglées.

Docteur Lucas-Championnière, de Paris. — De la résection du genou.

— De la trépanation des os atteints d'ostéite simple et tuberculeuse.

Docteur P. Reclus, de Paris. — Sur une opération nouvelle de fistule recto-vaginale.

Docteur S. Pozzi, de Paris. — Sur le diagnostic et le traitement des kystes du vagin.

Docteur A. Marchand, de Paris. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin.

Docteur Maunoury, de Chartres. — De la température dans les maladies charbonneuses.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1886.

Lundi 26 juillet. — M. Capdeville : Etude sur le piligan (*lycopodium saururus*). (Pré-

sident, M. Laboulbène.) — M. Couillebeault : Quelques considérations sur l'herpès parasitaire dans les pays chauds, et sur le traitement par le cassia alata. (Président, M. Laboulbène). — M. de Campos-Salles : De l'ozène et des rhinites fétides. (Président, M. Laboulbène.) — M. Isnard : Fièvres traumatiques et épitraumatiques. De leur diagnostic au lit des malades. (Président, M. Laboulbène.) — M. Polo : Etude sur la perforation du tympan. (Président, M. Damaschino.) — M. Gilbert Renard : De la contracture hystérique traumatique. (Président, M. Damaschino.) — M. Lajugié : Contribution à l'étude de l'eczéma de la jambe. (Président, M. Damaschino.) — M. Écot : Contribution à l'étude de l'ablation des ganglions tuberculeux du cou. (Président, M. Trélat.) — M. Christine : Plaie des tendons. (Président, M. Trélat.) — M. Laplace : Traitement des anévrysmes externes par un nouveau procédé de compression directe. (Président, M. Trélat.) — M. Monteuuis : Etude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies infantiles. (Président, M. Potain.) — M. Mulette : Contribution à l'étude de la pneumonie typhoïde. (Président, M. Hayem.)

Mardi 27. — M. Muller : Essai sur la dyspepsie car diaque. (Président, M. Laboulbène). — M. Bernard : Histoire des microscopes. Ce que leur doit la médecine. (Président, M. Laboulbène.) — M. Delporte : Considérations sur la *phlegmatia alba dolens* puerpérale. (Président, M. Damaschino.) — M. Talat : Recherches sur la coloration des tissus chez les animaux vivants au point de vue histologique. (Président, M. Damaschino.) — M. Bourasseau : Traitement du choléra à l'hôpital de la Charité pendant l'épidémie de 1884. (Président, M. Peter.) — M. Dillay : De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Brouardel.). — M. Cazaux : De l'eau chaude dans les prostatites aiguës. (Président, M. Brouardel.) — M. Julien : Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. (Président, M. Brouardel.) — M. Charrier : Contribution à l'étude de l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement. (Président, M. Pajot.) — M. Bonnel : Le céphalotribe. (Président, M. Pajot.) — M. Quinqueton : De l'hystérie chez l'homme. (Président, M. Le Fort.). — M. Camille Joseph : De l'albuminurie gravidique et de l'éclampsie puerpérale. (Président, M. Ball.) — M. Guary : Essai sur les conditions de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs intra-crâniennes. (Président, M. Panas.) — M. Kahn : Etude clinique du champ de fixation monoculaire. (Président, M. Panas.) — M. Desormes : Nature et traitement de la conjonctivite granuleuse. (Président, M. Panas.)

COURRIER

Par décret, en date du 21 juillet 1886, MM. les docteurs Blanc, médecin sanitaire de France à Suez, et Th. David, directeur de l'hôpital dentaire de Paris, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le ministre de l'instruction publique vient de décider la mise à la retraite par limite d'âge de MM. les professeurs Hardy, Sappey et Gavarret.

CONCOURS D'AGRÉGATION (PHYSIQUE, CHIMIE ET PHARMACIE). — Ce concours s'est terminé mercredi 24 juillet 1886, à six heures et demie de soir. Les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés des Facultés de médecine ci-après dénommées :

Physique. — Faculté de Lyon : M. Malosse. — Faculté de Montpellier : M. Didelot.

Chimie. — Faculté de Paris : M. Villejean. — Faculté de Lille : 1. M. Lambling : 2. M. Morelle. — Faculté de Lyon : M. Hugouneng. — Faculté de Nancy : M. Guérin.

Pharmacie. — Faculté de Lille : M. Thibaut. — Faculté de Lyon : M. Florence.

— Le président de la Société d'anthropologie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Société, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de 5,000 fr., que lui ont faite MM. Jacques, Alphonse et Georges Bertillon.

Cette somme sera employée, au nom de la Société d'anthropologie de Paris, à l'achat d'un titre de rente trois pour cent sur l'État français, avec mention de son affectation spéciale. Les revenus de cette rente seront affectés à la fondation d'un prix triennal qui, sous le nom de « Prix Bertillon », et suivant le règlement arrêté par l'acte de donation, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anthropologie.

La myopie scolaire. — Un médecin allemand, le docteur Karl Reich, appelle une fois de plus l'attention sur ce qu'on peut appeler les « maladies scolaires », c'est-à-dire celles qui sont produites par le régime scolaire tel qu'on l'entend aujourd'hui. Au premier rang de ces affections se place la myopie. Un examen attentif, appliqué à 10,000 enfants pris au hasard dans les écoles de villages, écoles primaires et moyennes, *Realschulen* et gymnases, a démontré il y a déjà vingt ans que la proportion des myopes augmente rapidement à mesure qu'on s'élève sur l'échelle de ces établissements. On a trouvé, en effet : 1,4 pour 100 de myopes dans les écoles de village ; 6,7 pour 100 de myopes dans les écoles primaires urbaines ; 7,7 pour 100 de myopes dans les écoles secondaires de filles ; 10,3 pour 100 de myopes dans les écoles moyennes (*mittelschulen*) ; 19,7 pour 100 de myopes dans les *realschulen* ; 26,2 pour 100 de myopes dans les gymnases.

D'autre part, la même gradation dans la myopie se faisait remarquer de classe en classe en une même école.

Des inspections analogues ont été faites à Vienne, à Saint-Pétersbourg, Moscou, Marseille, New-York, Tiflis, etc. Sur un chiffre total d'environ 30,000 enfants, on est arrivé à des résultats sensiblement identiques. Ces troubles de la vision sont dus, pour la plupart, à l'éclairage vicieux des écoles et à une mauvaise installation des mobiliers scolaires. — Mais, de plus, il est incontestable que les programmes de l'enseignement secondaire sont devenus si étendus depuis quelques années qu'il est à peu près impossible à un élève de moyenne intelligence de les embrasser sérieusement. Tous les rapports constatent aujourd'hui le nombre exagéré des heures de classe en comparaison du peu de temps accordé à la gymnastique, surtout en Allemagne. Durr et Fuchs, après lui, ont institué sur ce point une comparaison entre l'Angleterre, la France et l'Allemagne, pour un cours d'études allant de dix à dix-neuf ans. En voici les résultats :

En Angleterre, 16,500 heures de travail ; 4,500 heures de gymnastique. — En France, 19,000 heures de travail ; 1,300 heures de gymnastique. — En Allemagne, 20,000 heures de travail ; 560 heures de gymnastique.

Ces chiffres parlent tous seuls et ne permettent pas de s'étonner du nombre toujours croissant de myopes qu'on note dans les écoles, — sans parler des autres maladies qui résultent trop souvent de conditions hygiéniques aussi défectueuses. (*Gaz. hebdom.*)

On désire se défaire d'une collection du journal l'*Union médicale*, depuis 1849 jusqu'à 1885 inclusivement. Le tout parfaitement conservé et très bien relié. — S'adresser à M. le docteur Halma-Grand père, à Orléans.

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.

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.

Bulletin bibliographique.

Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes (avec 31 figures), par M. Gilles de la Tourette. Brochure in-8° carré de 72 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par M. Féré (Ch.). Volume in-8° de 495 pages, avec 213 figures. — Prix : 10 fr.

Manuel des injections sous-cutanées, par MM. Bourneville et Bricon, 2e édition revue et augmentée. 1 vol. in-32 de XL-214 pages, avec 15 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50 ; cartonné, 3 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à Paris, au « Progrès médical », 14, rue des Carmes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Henri Huchard : Considérations sur les indications thérapeutiques en général. — II. L'Epidémie cholérique de 1886. — III. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Bulletin bibliographique. — VIII. Feuilleton : Causerie.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN GÉNÉRAL (1).

III

Indications thérapeutiques relatives à la *pathogénie* des accidents morbides. Anémies et congestions viscérales de l'insuffisance aortique. — Indications relatives à l'*âge* du malade. Vieillesse et maladies latentes. Bronchites des jeunes et des vieux ; paralysie pulmonaire ou bronchoplégie. — Indications relatives à la *lésion*. Maladie et lésion, deux termes et deux états différents. Nécessité pour la thérapeutique de s'adresser au processus morbide, dominateur des lésions d'organes. Médication iodurée dans les néphrites et les cardiopathies artérielles. — Indications relatives aux *symptômes*. Inconvénients et dangers de la médication symptomatique. Traitement artériel de l'angine de poitrine vraie. — Indications relatives aux *diathèses*. Leur rôle considérable dans la marche et le traitement des maladies chroniques : bronchites, tuberculose, affections utérines, affections pharyngo-laryngées, chlorose, névroses diathésiques (neurasthénie, irritation spinale, hystérie).

La thérapeutique s'inspire souvent de la *pathogénie* d'un accident qui joue le rôle principal dans une maladie ; mais elle doit chercher à le combattre par des moyens parfois opposés lorsque ce même accident morbide change de nature et reconnaît une cause absolument différente.

Je m'explique : Un malade atteint d'insuffisance aortique présente ordinairement des troubles révélateurs d'une ischémie cérébrale ; après chaque systole, il se produit, suivant l'expression si ingénieuse de mon

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 et 22 juin 1886.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les dangers du baiser. — Le catafalque de Grant entre les mains de Barnum. — Pendaison judiciaire d'un suicidé. — Prenez-garde aux conserves de homard.

Sous le titre alléchant qui se trouve en tête de notre sommaire, l'éditeur du *New-York medical Journal* nous expose une mode américaine qui peut avoir de bons côtés, mais qui ne manque pas non plus de dangers. « *Il n'y a pas de roses sans épines* » est un proverbe qui a cours aussi bien dans le Nouveau-Monde que dans l'Ancien.

La coutume de s'embrasser, dit l'auteur, a été condamnée par les sages et blâmée par la religion, mais n'en a pas moins prospéré envers et contre tous, et c'est encore la plus forte artillerie et la meilleure alliée de l'amour (*is still love's great artillery and best ally* — je cite textuellement pour ceux qui croiraient que j'invente). Comment les sensations tactiles provenant d'une partie très limitée de la surface des lèvres ont été trouvées si remplies de charme et ont contribué si puissamment à la poésie et à l'accouplement (*pairing off*) de la race humaine ? sont des questions tout à fait dignes d'une discussion approfondie. Le baiser, nous dit-on, a commencé avec les oiseaux, et a atteint son développement le plus parfait chez l'homme ; il a une longue histoire, par conséquent,

BIU Santé

ami M. Dujardin-Beaumetz, une véritable *saignée cérébrale* par suite de la régurgitation du sang dans la cavité ventriculaire, et les phénomènes d'ischémie que vous devez combattre alors se manifestent par des vertiges, des lipothymies et des syncopes souvent redoutables. Mais d'autres fois, ces mêmes vertiges, une céphalalgie plus ou moins intense, des bourdonnements d'oreilles coïncident avec la violence du choc précordial ou l'intensité des battements cardiaques, et s'accompagnent de poussées congestives du côté de la face, de la pituitaire, du poumon ou même du cerveau (accès de rougeurs faciales, épistaxis, congestions pulmonaire et cérébrale). Dans ces cas, la compensation est exagérée, le cœur est en hypersystolie, et tous ces accidents divers de nature congestive doivent être combattus par le repos, l'hygiène, un régime alimentaire approprié, le laitage, le bromure de potassium, et surtout par les préparations iodurées qui ont pour résultat d'abaisser la pression vasculaire. Comme je vous l'ai dit au commencement de cette leçon, la digitale est contre-indiquée, et si la saignée générale n'exposait pas le malade à des accidents syncopaux qu'il faut toujours éviter dans cette maladie, je n'hésiterais pas à la conseiller. Vous pourrez y suppléer, en ordonnant quelques purgatifs légers, et une saignée locale, telle que l'application de sangsues à l'anus.

Passons maintenant aux indications relatives à *l'âge* du malade. Mais, pour bien les saisir, il est important de décrire, dans une vue d'ensemble, les tendances générales, les allures diverses que prennent les maladies pendant l'enfance, l'âge adulte, ou encore pendant la vieillesse. Il faut toujours se rappeler, qu'à une période avancée de la vie, il se produit un affaiblissement progressif avec atrophie du système musculaire, que la température périphérique est très inférieure à la température centrale, que toutes les sécrétions et particulièrement les sécrétions gastro-intestinales subissent ordinairement une diminution considérable; vous ne devez pas perdre de vue que la vieillesse est, comme je vous l'ai dit, l'âge des maladies latentes ou atténuées dans leurs manifestations fonctionnelles, et que vous commettriez une grave

---

et peut être considéré comme un trait permanent dans la société humaine : il adoucit les chagrins, augmente les joies, incite au mariage, et fournit à l'artiste une source d'inspiration toujours nouvelles.

Mais un ennemi du baiser vient de se montrer à Washington dans la personne du docteur Samuel S. Adams, qui a consacré sept colonnes du *Journal of the american medical association* à la description des dangers du baiser. Toute chose ayant son mauvais côté, il en doit être assurément ainsi du baiser, surtout à Washington, où exerce le docteur Adams et où la moitié de la population est composée de nègres. Si donc le docteur Adams a dépeint ces dangers sous des couleurs quelque peu sombres, c'est qu'il a probablement pensé qu'il était tout à fait nécessaire de mettre un frein à une coutume sociale aussi démocratisée.

Les objections au baiser soulevées par l'auteur sont des deux ordres : physique et moral. Le baiser, dit-il, est devenu trop commun. Entre femmes, enfants et adultes, il a dégénéré en une vulgaire formule de politesse, dépourvue de sincérité et de sens, alors qu'on aurait dû le réserver pour exprimer uniquement un sentiment affectueux. Mais l'argument du docteur acquiert tout son poids lorsqu'il montre les accidents qui peuvent naître de la promiscuité des baisers donnés aux bébés et aux enfants par les adultes. Syphilis, tuberculose, diphthérie, fièvres infectieuses, herpès, eczéma, stomatite, cancrum oris, distorsions mécaniques de la bouche, blessures des yeux, rupture du tympan, tels sont les résultats possibles du baiser dont on abuse actuellement. Il cite un cas authentique dans lequel la membrane du tympan fut rompue par un baiser appliqué

erreur en fondant votre action thérapeutique sur la faible intensité des phénomènes généraux.

C'est ainsi qu'on observe chez les vieillards, des cancers de l'estomac ou du foie presque latents, des tuberculoses pulmonaires sans fièvre avec une toux relativement rare, des pneumonies à basse température, véritables pneumonies *algides* dont le pronostic est cependant d'une gravité extrême ; c'est ainsi que le diabète se manifeste avec une abondance très modérée de la diurèse, avec une polydypsie peu marquée, et une glycosurie intermittente à peine appréciable. Les coliques néphrétiques se traduisent seulement par quelques symptômes douloureux ; la lithase biliaire est silencieuse, et vous avez souvent constaté dans la vésicule la présence de nombreux et gros calculs qui, malgré leur volume et leur nombre, n'avaient donné lieu pendant la vie à aucun symptôme ou seulement à quelques accidents sans importance.

Quelles différences avec les violentes douleurs provoquées par de très petits calculs des conduits biliaires ou des uretères chez les jeunes ou les adultes ! Vous en avez la preuve dans l'exemple suivant, relaté il y a quelques années par M. Reclus : Un homme jeune est atteint de coliques néphrétiques d'une violence extrême, avec épreintes rectales et ténesme vésical, vomissements incessants et anurie, pouls petit et misérable, aspect cholériforme et sueurs froides rappelant les symptômes d'un étranglement interne, avec contraction généralisée aux muscles de la cuisse, de la paroi abdominale et des sterno-mastoïdiens. Tout cet orage s'apaise après l'expulsion d'un calcul d'acide urique lisse, fort petit, puisqu'il mesurait à peine 3 millimètres dans son plus grand diamètre, alors que la lumière de l'uretère atteint normalement 4 millimètres. Qu'est-ce que cela prouve ? C'est que la grosseur du corps étranger et ses aspérités ne sont pas les seules causes de la douleur. C'est affaire de spasme musculaire qui est toujours plus accusé chez les jeunes que chez les vieux, en raison de l'intégrité de leurs muscles et de leur aptitude à se contracter.

Pour démontrer par un exemple les modifications imprimées par l'âge

---

au niveau du conduit auditif externe. Un baiser donné avec une telle force de succion rappelle (aux Américains) celui de Benedikt, « qui claqua si fort, que toute l'église en retentit. »

L'influence morale fâcheuse exercée sur les jeunes filles et les garçons qui, aux approches de la puberté, sont caressés et embrassés à outrance, est décrite avec beaucoup de vérité et de vigueur par le docteur Adams. On ne peut nier que la promiscuité du baiser, des étrangers aux enfants, soit une mode extrêmement fâcheuse. Les parents, croyons-nous, devraient s'y opposer et ne pas laisser sortir les bonnes sans leur défendre de laisser embrasser les enfants.

Mais il n'est pas nécessaire de partager les idées noires du docteur Adams au sujet du baiser. Nous ne pouvons admettre que la coutume de s'embrasser ait à Washington le caractère endémique que notre confrère lui prête ; nous pouvons seulement espérer que l'endroit est bien choisi pour le Congrès international. Ce serait assurément un spectacle douloureux que de voir les hôtes distingués de l'Association médicale américaine retourner chez eux défigurés par l'herpès labial et la stomatite ulcéreuse. »

***

Il est certain que ce spectacle serait des plus cruels et cependant j'aimerais mieux être du côté des spectateurs que du côté de la scène ; je tâcherai d'ailleurs, si je vais à Washington, de me mettre en garde contre les calamités dont nous menace le docteur Adams et de rester à l'abri de ce précepte : « *In dubio abstine* ». Les choses intéres-

BIU Santé

à votre intervention thérapeutique, il me suffira de citer une maladie presque banale, la bronchite. On croit le plus souvent remplir la principale indication en prescrivant, comme chez les enfants ou les adultes, des médicaments expectorants. Mais ceux-ci sont inactifs, comme le deviennent l'émétique et l'ipéca dans tous les états adynamiques où la fibre musculaire est plus ou moins parésiée et incapable de réagir. Tandis que chez les enfants il faut modérer le spasme des bronches, on doit au contraire chercher à le provoquer chez les vieillards, et à ces derniers il faut moins prescrire des expectorants que donner aux muscles bronchiques la force de se contracter. Car il y a dans les affections chroniques des bronches, de même que pour celles du myocarde où le cœur est frappé de parésie, une sorte d'asystolie ou *bronchoplégie* à laquelle les malades succombent trop souvent. Ce n'est donc pas seulement à l'expectoration qu'il faut s'attaquer, mais aussi et surtout à la *paralysie pulmonaire* ou *bronchique*. C'est là le principal danger qui menace la vie, non seulement des vieillards atteints de catarrhe bronchique, mais aussi des adynamiques ou des jeunes atteints de bronchite capillaire ou d'une forme de grippe suffocante si bien décrite par Graves et dont vous avez eu plusieurs exemples frappants dans notre service. Aussi l'on devra tout d'abord tonifier le malade par des préparations de quinquina, par l'alcool, le café, les injections d'éther ou de caféine, et tonifier ou exciter les muscles bronchiques par la noix vomique ou la strychnine.

Relativement à la *lésion*, vous aurez encore des indications utiles à remplir. Mais il faut bien se pénétrer de cette idée que *lésion* et *maladie* ne sont pas deux termes égaux ou synonymes. Vous en avez eu la preuve dans les exemples de ces pneumonies grippales et insidieuses où, avec un souffle peu marqué, des lésions relativement peu accentuées, la vie des malades était souvent menacée par la gravité de l'état général; dans les pneumonies infectieuses où l'inflammation du tissu pulmonaire n'est que l'expression d'un état général prédominant et de l'infection de tout l'orga-

---

santes ne manquent du reste pas en Amérique et on pourra, je pense, passer autrement son temps qu'à embrasser les petits enfants. Peut-être verrons-nous le catafalque de feu le président Grant, qui a failli être promené comme objet de curiosité de ville en ville.

Il paraît en effet, que, le jour des funérailles, le cercueil avait à peine franchi les degrés du Capitole que les directeurs d'un musée à la Barnum proposaient au gouverneur Hill d'acheter le catafalque pour le promener à travers le continent. Le gouverneur répliqua simplement que le catafalque d'Albany était la propriété du l'État, mais que ces messieurs auraient probablement plus de chance avec celui de New-York dont les *Aldermen* — conseillers municipaux — « n'auraient peut-être pas les mêmes scrupules. » Voilà un trait tout aussi essentiellement américain que celui que j'ai constaté à cette époque dans certains journaux quotidiens — et notamment le *World* — ou au bas de chaque colonne s'occupant de Grant, chacun pouvait lire, comme suite à quelque détail pathétique : « Nettoyez vos maisons avec le savon Pearline, » ou encore: « Impuissance guérie radicalement par les pilules restauratives du docteur Ricord. » Voilà un comble, où je ne m'y connais pas !

* * *

Peut-être verrons-nous aussi un spectacle aussi émouvant que celui dont les journaux nous ont entretenus, il y a quelque temps, d'un malheureux qui après avoir manqué de se suicider en se coupant la gorge, fut condamné à mort et pendu, la corde rouvrant la plaie à peine cicatrisée.

©BIU Santé

nisme; dans tous les cas enfin où, comme le dit Bazin, la maladie n'est pas dans l'organe, mais dans l'organisme. Alors, votre thérapeutique doit s'adresser à la cause, à la grippe, contre laquelle les préparations de quinine et d'aconit, les médicaments toniques sont indiqués; elle doit viser non pas l'organe lésé, mais l'organisme malade dans les pneumonies infectieuses, et c'est ainsi que vous m'avez vu laisser de côté les vésicatoires et employer avec succès, les injections de caféine et d'éther, la potion de Todd, les préparations de quinquina et de quinine.

Sans doute, la lésion avec son siège et son étendue, avec son intensité et ses complications, devient souvent un élément de pronostic et une indication pour la thérapeutique. Mais, que d'erreurs et de fautes commises, lorsqu'on ne considère encore une fois qu'un organe lésé et qu'on ne s'élève pas jusqu'à la notion de ces grands processus morbides qui tiennent sous leur dépendance une foule de maladies distinctes par le siège et la variété des organes atteints, mais semblables par l'altération des tissus! L'année dernière, en vous faisant l'histoire clinique de l'artério-sclérose, je vous montrais trois malades, l'un atteint de néphrite interstitielle, l'autre de myocardite scléreuse avec asystolie consécutive, le troisième d'hémiplégie par thrombose cérébrale, et je vous disais qu'ils avaient la même affection, l'artério-sclérose, dont l'action s'était portée avec des degrés divers sur les artères du rein, du cœur ou du cerveau. On commet, par exemple, une grave erreur nosologique, — qui entraîne des fautes thérapeutiques, — en classant la néphrite interstitielle parmi les affections rénales; car on ne doit jamais oublier que *la néphrite interstitielle, avant d'être une maladie des reins, est surtout une maladie du système artériel.*

C'est ainsi qu'il faut toujours comprendre, non seulement au point de vue purement doctrinal, — ce qui serait une simple satisfaction de l'esprit, — mais surtout au point de vue pratique, la nature de la néphrite interstitielle, si judicieusement appelée *néphrite artérielle* par Lancereaux, qui le premier, bien avant Gull et Sutton, a fait connaître l'importance du processus scléreux généralisé aux petites artères. L'albuminurie n'est qu'un symp-

---

On vient, dit le narrateur, de pendre à Indianapolis (États-Unis) Robert Phillips, coupable d'avoir assassiné sa femme. On trouvait dans une ruelle de la ville le corps d'une jeune femme, Louisa Phillips, presque décapitée; à côté râlait son mari, la gorge coupée. Le sol portait les traces d'une lutte violente. L'enquête démontra que Phillips, marié depuis trois mois à peine, était très jaloux de sa femme. Ils s'étaient querellés la veille au soir; la dispute s'était ravivée le matin pendant que Phillips conduisait Louisa à son ouvrage; de là le crime, suivi de la tentative de suicide.

Le malheureux, transporté à l'hôpital, n'avait jamais bien guéri. La trachée-artère ne s'était point cicatrisée, et c'est par un tube introduit dans la gorge qu'il respirait. Condamné à mort en décembre, il ne put obtenir de commutation de peine, malgré quatre pétitions qu'adressèrent au gouverneur les habitants, pris de pitié pour son état.

Le jour fatal est arrivé. Réveillé dès l'aube, Phillips a communié, a, dans une entrevue suprême, pris congé de sa vieille mère, à demi folle de désespoir, et s'est entretenu longuement avec l'aumônier, son ami personnel, auquel il a témoigné le plus sincère repentir.

A onze heures cinquante, le lugubre cortège s'est dirigé vers l'échafaud; l'aumônier, tête nue, chantait la prière des morts; le condamné, appuyé sur son bras, marchait la tête baissée. On voyait l'extrémité du tube respiratoire sortant de sa gorge, couverte d'affreuses cicatrices: il y portait fréquemment la main et paraissait souffrir.

Cependant, des larmes ont coulé de ses yeux pendant qu'on lui mettait la corde au cou et que le bonnet noir descendait sur ses yeux. La trappe est tombée à midi cinq

©BIU Santé

tôme qui manque au début de cette maladie, dans son stade préalbuminurique bien décrit par Mahomed (de Londres); qui peut disparaître même lorsque l'affection rénale paraît le mieux constituée, et les « néphrites sans albuminurie », avec tout leur cortège symptomatique, ne sont autres que des accidents dus à l'artério-sclérose. Le but du clinicien ou du thérapeute est donc d'établir le diagnostic précoce de la maladie artérielle, afin qu'il puisse de bonne heure, avant la période viscérale et presque incurable de l'artério-sclérose, avant l'atteinte portée aux artères du rein, du cœur ou du cerveau, combattre l'envahissement progressif et généralisé des artères de toute l'économie. Je vous ai décrit l'année dernière ces symptômes précoces de l'artério-sclérose, et je vous ai dit que seule la médication iodurée, *appliquée de bonne heure et longtemps continuée,* était capable de combattre utilement ce processus scléreux. Agir ainsi, c'est faire œuvre de prévoyance, c'est voir la maladie là où l'on est porté malheureusement à considérer seulement la lésion; attendre pour agir, que celle-ci soit constituée du côté des reins, c'est s'exposer à bien des mécomptes thérapeutiques.

Il en est de même pour certaines affections du cœur, pour ces *cardiopathies artérielles*, comme je les appelle par opposition aux *néphrites artérielles*. Il ne faut pas seulement voir, encore une fois, un organe malade, il faut agir sur tout le système vasculaire par la même médication iodurée, longtemps avant l'apparition des accidents graves et asystoliques qui rendent dès lors inutile cette médication presque héroïque; et j'ai vu, pour ma part, des insuffisances valvulaires, des myocardites scléreuses à leur début disparaître sous l'influence de l'administration *précoce* et *prolongée* des iodures.

La *médication symptomatique,* celle qui s'appuie sur chaque lésion ou sur chaque symptôme pour les combattre, est une ressource dont nous sommes malheureusement obligés de nous contenter le plus souvent; mais, ainsi limitée, elle présente aussi de grands inconvénients, comme je viens de

---

On craignait que son cou, déjà à demi tranché, ne fût entièrement coupé par la corde, au moment de la chute. Cet affreux spectacle ne s'est pas réalisé; la corde s'est enfoncée et noyée dans la plaie, comprimant le tube qui faisait respirer le malheureux dont l'agonie, par suite de cette circonstance, s'est prolongée de vingt-trois minutes.

Dire que c'est dans un pays où l'on s'embrasse tant qu'on assiste à de pareilles atrocités!

Si vous avez le temps, pendant votre voyage en Amérique, je vous conseille de visiter les fabriques de falsifications alimentaires; vous y verrez faire des sardines avec des harengs; des œufs avec jaune, blanc et coque artificiels, mais plus frais et plus inaltérables que les anciens œufs pondus par les poules; des homards fabriqués avec toutes sortes de produits hétéroclites. Mais gardez-vous d'en manger! Ainsi, tout dernièrement encore, cinq personnes ont failli être empoisonnées par l'absorption de conserves de homard; et cela se conçoit facilement quand on se rend compte du mode de fabrication de ces aliments.

Ces conserves se préparent généralement par la méthode Appert, qui consiste à introduire les aliments à moitié cuits, dans de boîtes de fer-blanc, qu'on soude et qu'on expose à la température de l'eau bouillante; la cuisson se complète en même temps que les germes de moisissure et de putréfaction sont détruits.

Cette industrie se pratique principalement en France et en Amérique.

Elle a, comme toutes les préparations de substances alimentaires, ses falsificateurs. La fraude consiste à substituer, au homard proprement dit, un crustacé similaire, à longues pattes et sans valeur, ou bien du crabe et jusqu'à de la pieuvre.

vous le démontrer. Voici un exemple : L'angine de poitrine a de tout temps frappé l'attention des observateurs par l'intensité, la brutalité et les allures insolites de ses douleurs. Celles-ci devenaient l'objectif de tous les efforts de la thérapeutique; et malades et médecins, dans une sorte de complicité commune et presque inconsciente, ne voyaient, ne comprenaient qu'une chose : la sédation de cette agonie de souffrances. On se déclarait satisfait quand on parvenait à la calmer avec les antinévralgiques, les injections de morphine et les préparations bromurées. Mais on n'obtenait ainsi qu'une trève, les crises revenaient toujours aussi fréquentes, de plus en plus intenses, pour se terminer par le dénouement brutal de la mort subite. Or, guérir les accès angineux est bien; les prévenir en guérissant la maladie artérielle qui leur donne naissance, est mieux encore. Aussi, en reconnaissant la nature et la pathogénie véritables de l'angine de poitrine vraie, en me conformant au précepte qu'*à maladie artérielle il faut opposer un traitement artériel*, je ne me suis pas seulement adressé au traitement d'un *symptôme*, la douleur, j'ai institué la médication de la *maladie* par les iodures qui m'ont donné les meilleurs succès de la thérapeutique.

Il faut donc pour l'artério-sclérose voir autre chose qu'un organe lésé; il faut voir le processus scléreux général, cette sorte de *diathèse* fibroïde qui commande, ici l'altération du rein, là celle du cœur, et plus loin celle du cerveau. (*A suivre.*)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

ITALIE. — Autant qu'il est possible d'en juger par les documents, assez peu nombreux d'ailleurs et surtout fort concis, le choléra italien présente en ce moment une atténuation notable dans sa morbidité. Par contre, son étendue ne s'est pas restreinte et le nombre des localités dans lesquelles on enregistre des cas suspects reste toujours grand.

Dans la période du 10 au 21 juillet, le chiffre total des cas de choléra peut être évalué

Les conserves de homard peuvent présenter, en outre, deux dangers.

Le premier réside dans l'étamage plombifère ou dans des soudures mal faites; les sucs de la chair dissolvent, dans ce cas, des quantités notables de plomb, et la science a déjà eu à enregistrer de nombreux empoisonnements saturnins provenant de ce fait. Aussi une ordonnance de police, dont l'exécution est confiée au Laboratoire municipal, a-t-elle pour but de nous garantir de ce danger pour les conserves préparées en France, mais il n'en est pas de même pour celles de fabrication américaine, qui échappent à ce règlement et sont fréquemment mal préparées.

Le second danger réside dans la cuisson imparfaite des conserves. A l'abri du contact de l'air, les germes des bactéries se développent et donnent naissance à ces ptomaïnes dont la science se préoccupe tant depuis quelques annéees.

Les ptomaïnes se produisent dans la putréfaction des matières animales et constituent des poisons énergiques, dont les effets sont comparables à ceux des champignons les plus dangereux.

On ne saurait donc trop demander aux agents du Laboratoire municipal d'exercer une surveillance continuelle sur ces produits et de faire détruire impitoyablement tout le lot dont une boîte aura été reconnue dangereuse pour la santé publique.

Enfin, vous voyez que les attractions ne manqueront pas aux Européens qui voudront se rendre aux Etats-Unis en 1887, sous prétexte du Congrès médical international de Washington.

SIMPLISSIME.

à 717, d'après les dépêches quotidiennement reçues. Pendant ce temps, le nombre des décès s'est élevé à 328 et les localités où la morbidité a été la plus considérable sont comme précédemment celles de Francavilla, Latiano, San Vito, Brindisi et Erchie. Les autres cas ont été signalés à Codigoro, Mesagne, Ostuni, Oria, San Donaci, Massafis-Caglia, Pavemicente et San Pancrazio.

Pendant cette période, on a compté chaque jour des cas et des décès à Venise, où la morbidité cholérique a été de 15 et la mortalité de 13 durant ces dix journées. L'extinction de l'épidémie dans la cité des Doges n'est donc pas aussi complète qu'on l'avait annoncé.

Le 20 juillet, on a aussi enregistré un cas cholérique et un décès à Ferrare. Ce cas serait d'origine vénitienne.

Du 20 au 28 juillet, l'épidémie a fait surtout des victimes dans les provinces de Ferrare, dont quelques districts sont surtout contaminés, dans celle de Bari et enfin dans la province de Leice.

Quotidiennement 60 à 66 personnes sont atteintes, et parmi elles 20 à 30 succombent à la maladie. Enfin, durant les huit derniers jours, on a évalué approximativement la mortalité du choléra italien à 115 décès et la morbidité à 350 cas.

Autriche. — Jusqu'à présent, et officiellement du moins, les cas cholériques qu'on signale dans ce pays ont été observés sur les bords de la mer Adriatique. L'épidémie autrichienne, dont les ravages sont très modérés, est donc localisée sur le littoral dans un cercle assez étroit : à Fiume et à Trieste.

Depuis le 15 juillet, on a constaté presque chaque jour une morbidité de 1 à 2 cas dans la première, de 5 à 8 cas dans la seconde, avec une mortalité totale de 2 à 4 décès pour ces deux villes.

Le choléra autrichien est donc jusqu'ici un choléra fort bénin, mais qui n'est pas sans donner quelques inquiétudes au gouvernement impérial, en raison des dangers de propagation vers l'intérieur et des relations nombreuses des deux villes contaminées avec les autres provinces.

France. — Un journal avait signalé dernièrement l'existence de cas suspects aux environs de Paris, à Provins. Il ajoutait même que la commission locale d'hygiène avait été convoquée d'urgence par les autorités, et que, suivant la formule administrativement adoptée en semblables circonstances, les mesures nécessaires étaient prises.

Rien de mieux! mais, enfin, il serait utile de savoir si, dans l'espèce, il s'agissait du choléra épidémique, du choléra sporadique, ou bien de ces diarrhées cholériformes dénommées sous la rubrique populaire de choléra des prunes! Les renseignements ne seraient pas superflus dans un temps où le choléra prend pied en Europe et fait succomber quelques malheureuses victimes; mais, par contre, menace de faire vivre un nombre bien grand d'hygiénistes! — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juillet 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Une épidémie de rubéole. — Disparition de l'ascite au cours de la cirrhose du foie. — Hernie consécutive à la guérison d'un kyste du foie. — Pneumothorax chez des enfants.*

M. H. Desplats (de Lille) a fait lire par M. Desnos une note sur une *épidémie de rubéole* qu'il vient d'observer.

La rubéole a été importée de Douai par des jeunes filles regagnant leur pensionnat. Le nombre des sujets atteints a été assez grand; c'étaient surtout des jeunes filles entre 15 et 20 ans.

La contagiosité de la rubéole n'est pas moindre que celle des autres fièvres éruptives. Une atteinte antérieure de rougeole et de scarlatine ne confère par l'immunité contre la rubéole.

L'éruption est le premier symptôme, et n'est précédée d'aucun prodrome, c'est-à-dire d'aucun malaise ressenti par la malade qui, souvent, après une nuit d'excellent sommeil, constate l'éruption à son réveil. Quand l'attention est attirée de ce côté, on peut cependant percevoir un ou deux jours avant l'éruption une légère adénopathie mastoïdienne.

L'éruption ne touche jamais les muqueuses oculaire, nasale et bronchique. Ses sièges habituels sont la face (front et joues), la poitrine, le dos des mains. Les petites élevures rouges qui la constituent sont souvent confluentes; cette confluence des éléments éruptifs contraste d'une façon significative au point de vue du diagnostic avec la bénignité extrême des symptômes généraux. La desquamation qui succède à l'exanthème est furfuracée. On peut percevoir encore pendant quelques jours un certain degré de tuméfaction ganglionnaire cervicale, de sorte que la rubéole semble commencer et finir par les ganglions, qui d'ailleurs ne suppurent que très exceptionnellement.

Pour compléter l'histoire de la *disparition de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique du foie*, M. Troisier fait connaître deux faits nouveaux.

Un homme de 40 ans, observé par M. Descouts, présentait, en 1884, de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, une teinte ictérique très marquée, Les urines contenaient du pigment biliaire, pas d'albumine, pas de sucre. Le volume du foie ne pouvait être vérifié, à cause de l'abondance de l'ascite.

Le malade disait avoir eu déjà, quatre ans auparavant, une ascite que le régime lacté avait fait disparaître. Deux années de sobriété maintinrent la guérison; mais, étant retombé dans ses excès alcooliques antérieurs, il avait vu reparaître l'ascite, et, en outre, l'œdème des jambes et l'ictère.

M. Vulpian ayant vu à cette époque le malade, porta le diagnostic de cirrhose alcoolique et admit un pronostic fatal pour un temps peu éloigné. Le malade fut soumis au régime lacté, aux purgatifs, à l'eau de Vichy. Bientôt l'ascite diminua, puis disparut comme l'œdème et l'ictère. Le malade paraît aujourd'hui très bien portant.

La seconde observation est celle d'un ouvrier emballeur vu en 1884 par M. Siredey, qui diagnostiqua : cirrhose hépatique alcoolique avec ascite. Le malade, très amaigri, était malade depuis cinq ou six ans. Cependant, après deux mois de régime lacté, l'ascite avait disparu. Il est vrai qu'alors apparut une tuberculose pulmonaire à laquelle il succomba. On peut se demander, par conséquent, si l'ascite passagère n'était pas causée par une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Ce fait est donc moins concluant.

M. Troisier discute ensuite les opinions diverses que peuvent soulever les cas de disparition de l'ascite. L'affection dont les malades sont atteints alors est-elle bien une cirrhose? Ne peut-on admettre avec M. Leudet l'existence d'une ascite par irritation péritonéale? Dans l'hypothèse d'une cirrhose, n'y a-t-il pas lieu de croire avec M. Dieulafoy que, lorsqu'une ascite considérable survient à une époque rapprochée du début, elle est beaucoup moins le résultat de la compression des vaisseaux portes dans le foie que de lésions de leurs origines péritonéales?

M. Troisier incline, quant à lui, à admettre : 1° que certaines formes d'hépatite alcoolique peuvent avoir un processus subaigu, que l'exsudat, au lieu de s'organiser en tissu fibreux, peut se résorber graduellement et permettre le rétablissement de la circulation; — 2° que la cirrhose vulgaire, même à la période confirmée, peut subir un temps d'arrêt et rétrocéder, le pronostic étant ainsi moins constamment sombre qu'on l'a enseigné jusqu'ici.

M. Dieulafoy insiste sur l'existence d'une hydropisie du péritoine causée uniquement par les altérations des racines péritonéales de la veine porte. Deux observations qu'il a recueillies récemment ont révélé des lésions histologiques de la partie périphérique de la veine porte lésions qu'il fera bientôt connaître.

M. Letulle cite une observation d'ascite récente chez une femme alcoolique de 46 ans, L'analyse chimique du liquide extrait par la ponction, a montré que ce liquide avait, par sa composition, plutôt les caractères d'un exsudat subinflammatoire de péritonite que ceux du liquide de la cirrhose.

©BIU Santé

M. Gérin-Roze présente un malade guéri d'un kyste hydatique du foie par incision de la poche au thermo-cautère, mais chez lequel s'est produite depuis une volumineuse tumeur herniaire par éventration au niveau de la cicatrice.

M. Féréol conclut de ce fait à la supériorité de la laparotomie, qui ne rend pas aussi facile la rétraction du foie.

M. Gérin-Roze pense que les adhérences qui se sont produites après l'opération se sont rompues ou distendues par suite de la rétraction du foie.

M. Sevestre a observé deux pneumothorax chez des enfants de 16 mois, l'un consécutif à la rupture d'une petite caverne, l'autre survenu dans le cours d'une pleurésie. Ces faits sont moins rares qu'on ne le croit; la symptomatologie du pneumothorax chez l'enfant ne diffère guère de ce qu'elle est chez l'adulte.

M. Gérin-Roze a guéri par les courants continus sans opération deux pieds-bots équins varus consécutifs à une paraplégie par mal de Pott. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de juillet 1886.

Mercredi 28. — M. Leblanc : Contribution à l'étude des fractures verticales du bassin. (Président, M. Le Fort.) — M. Broussolle : De la claudication chez les enfants. (Président, M. Le Fort.) — M. Bresselle : Guérison spontanée des anévrysmes. (Président, M. Le Fort.) — M. Christen : Etudes sur les déplacements herniaires des kystes para-ovariques. (Président, M. Trélat.) — M. Robelin : Etudes sur les vessies à cellules. (Président, M. Guyon.) — M. Duchastelet : Capacité et tension de la vessie. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 29. — M. Basora : De quelques modifications des bruits du cœur dans le cours de la néphrite. (Président, M. Hardy.) — M. Bataille : Traumatismes et névropathies. (Président, M. Bouchard.) — M. Gaudry : Contribution à l'étude du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes. (Président, M. Bouchard.) — M. Lardemer : Parallèle entre la version et le forceps dans les cas de rétrécissements moyens du bassin. (Président, M. Pajot.) — M. Fournial : Contribution à l'étude de l'albuminurie du travail. (Président, M. Pajot.) — M. Vojtasiewicz : Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale. (Président, M. Panas.) — M. Barraud : Ténotomie et tarsotomie comme moyens de traitement du pied-bot invétéré chez l'adulte. (Président, M. Panas.) — M. Zipfel : De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire au point de vue chirurgical (ostéotomie, résection, ostéoclasie.) (Président, M. Le Fort.) — M. Dereux : Des accidents consécutifs à l'opération dans les cas de rétention menstruelle. (Président, M. Le Fort.)—M. Joanny : Contribution à l'étude des arthropathies chez les ataxiques. (Président, M. Ball.) — M. Denotovitch : De l'antipyrine dans la fièvre hectique des tuberculeux. (Président, M. Ball.) — M. Dejean : Contribution à l'étude des hémoptysies dans la dilatation des bronches. (Président, M. Brouardel.) — M. Coutray de Pradel : Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début. (Président, M. Brouardel.) — M. Bernard : Des injections intra-veineuses dans le traitement du collapsus algide et asphyxique du choléra. (Président, M. Brouardel.) — M. Laverhne : Contribution à l'étude de l'atrophie linéaire de la peau. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 30. — M. Dutard : Contribution à l'étude de l'épanchement sanguin et de son traitement par la compression. (Président, M. Trélat.) — M. Goniet : De l'hystérectomie vaginale en France. (Président, M. Trélat.) — M. Brodeur : De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins. (Président, M. Trélat.)

Samedi 31. — M. Carpentier : Du diagnostic des néphrites interstitielles sans albuminurie. (Président, M. Hardy.) — M. Tourdot : De l'alcoolisme dans le département de la Seine-Inférieure. (Président, M. Ball.) — M. Pottier : Etude sur les aliénés persécuteurs. (Président, M. Ball.) — M. Malfilatre : Contribution au traitement, par le cathétérisme,

des laryngosténoses, après la trachéotomie. (Président, M. Ball.) — M. Leguével : Du traitement des fractures ouvertes des membres dans leur continuité. (Président, M. Brouardel.) — M. Genesteix : Du traitement des avortements. (Président, M. Brouardel.) — M. Laurent : Traitement de l'angine diphthérique par le perchlorure et l'oxichlorure de fer magnétique. (Président, M. Brouardel.) — M. Juvigny : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nouveau-né et de l'adulte. (Président, M. Proust.)

FORMULAIRE

PRISES CONTRE LA CONSTIPATION DES ENFANTS. — Ellis.

Magnésie calcinée.....	1 gr. 20 à 2 gr. 50 centigr.
Extrait de jusquiame	0 — 20 à 0 — 30 —
Ipéca pulv.....	0 — 10 à 0 — 15 —

Mêlez avec soin, et divisez en 12 paquets. — Une prise toutes les trois heures, pour combattre la constipation des jeunes enfants, et prévenir le retour des coliques.

N. G.

COURRIER

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Nous avons déjà eu l'honneur d'entretenir le public du Congrès d'hydrologie et de climatologie qui doit se tenir à Biarritz du 1er au 8 octobre prochain, et nous avons donné l'itinéraire des excursions qui suivront le séjour à Biarritz. Nous croyons devoir répéter aujourd'hui les indications déjà publiées et en donner de nouvelles fort importantes.

Les médecins, les hommes de science, et les excursionnistes que le Congrès et l'attrayante visite pyrénéenne peuvent intéresser, sont invités à se faire inscrire soit chez M. Laugier, trésorier-adjoint du Congrès, au secrétariat général, hôtel des Ambassadeurs, rue Gambetta, à Biarritz (Basses-Pyrénées), soit chez M. le Trésorier du comité local de leur département, en envoyant la souscription réglementaire de 12 francs en bon sur la poste. — Pour avoir en temps opportun les cartes de circulation sur les chemins de fer à 50 p. 100 de rabais, il est indispensable de se faire inscrire avant le 1er septembre. Le Secrétariat général ne répond de rien passé cette date.

Il est déjà utile de se hâter, car certaines excursions seront forcément limitées par le nombre de voitures disponibles, et le nom d'un grand nombre de membres adhérents au Congrès est inscrit. Nous rappelons que les dames (comme pour l'Association française pour l'avancement des sciences) sont admises à devenir membres du Congrès moyennant la souscription commune de 12 francs.

On enverra le reçu en temps opportun, en même temps que la carte d'adhérent, ainsi que toutes les pièces qui donnent les renseignements sur le Congrès, et le droit de voyager à demi-place.

Chaque membre adhérent, c'est-à-dire ayant payé ses 12 francs, aura le droit de venir à Biarritz en profitant d'un rabais de 50 p. 100 pour le voyage en chemin de fer, d'assister aux séances du Congrès, de jouir de toutes les faveurs accordées aux congressistes, et, finalement, de recevoir le volume du Congrès.

Les détails sur les fêtes et les réceptions qui seront données dans les grandes villes du Midi, ainsi qu'à Saint-Sébastien (Espagne), en l'honneur du Congrès, seront publiées en temps opportun.

Pour ce qui concerne les excursions dont la première série durera du 9 au 18 octobre, et la deuxième du 19 au 30 octobre, les arrangements pris avec le chemin de fer du Midi, les maîtres d'hôtel et les voituriers des Pyrénées permettent d'assurer qu'elles se feront dans des conditions d'économie toutes particulières.

Nous rappelons aux hydrologistes qui veulent prendre part à l'exposition des plans

©BIU Santé

et des livres relatifs à l'hydrologie, ainsi qu'aux météorologistes et aux fabricants qui veulent prendre part à l'exposition des plans et des appareils relatifs à la météorologie, qu'ils peuvent réclamer le programme de l'exposition à M. le docteur Delvaille, commissaire général de l'Exposition (Bayonne). — Cette exposition est gratuite pour l'emplacement.

Pour les renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès, docteur F. Garrigou, à Luchon (Haute-Garonne), et au bureau du secrétariat général du Congrès, à Biarritz (Basses-Pyrénées).

Pour ce qui est des mémoires à présenter au Congrès, il est indispensable d'envoyer le titre et les conclusions au secrétaire général, docteur F. Garrigou, à Luchon, avant le 1er septembre, afin qu'il puisse être procédé par le Comité d'organisation au classement pour l'ordre de lecture.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 2 août 1886, à quatre heures très précises au Palais de Justice dans la salle des Référés. — *Ordre du jour:* 1. Rapport de MM. Motet et Polaillon sur des troubles psychiques attribués à la mesure d'un chien, supposé enragé. — 2. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. Expériences par M. Valude. — 3. Sur le viol dans l'hypnotisme et les états analogues. Communication par M. le docteur Gilles de la Tourette.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Bulletin bibliographique.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard, (de Bordeaux). Tome premier. Premier fascicule : Pathologie externe générale. Avec la collaboration de M. le professeur Coyne (de Bordeaux), de MM. les professeurs agrégés Poinsot, Planteau, Piechaud, Lagrange, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Grand in-8° de 352 pages. — Prix : 6 fr.

L'ouvrage complet formera deux volumes qui paraîtront chacun en deux fascicules. Le second fascicule du tome 1er est sous presse. Le prix total de l'ouvrage, qui sera terminé en 1887, ne dépassera pas 24 francs.

Annuaire de l'internat en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris depuis son origine (an IV) jusqu'en 1885 inclusivement. Quatrième édition revue et corrigée. — Cartonné à l'anglaise, prix : 4 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Précis de médecine légale par le docteur Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine, précédé d'une introduction par le professeur P. Brouardel. 1 vol. in-18 jésus de 764 pages, avec 79 figures intercalées dans le texte et 3 planches dessinées d'après nature, reproduites en chromotypographie. — Cartonné, prix : 8 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le diabète sucré ou Névrose assimilatrice du Foie. Exposé théorique, traitement alimentaire, physique et moral, par M. le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie à la Clinique médicale de Necker. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr.

Les calculs urinaires et biliaires. Physiologie, analyse, thérapeutique, par le docteur Esbach. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent chez G. Masson, éditeur, libraire de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Henri Huchard : Considérations sur les indications thérapeutiques en général. — II. E. Burdel (de Vierzon) : De la cocaïne, de son emploi dans diverses affections et opérations. — III. Revue des Journaux : De l'acide lactique comme moyen de détruire les tissus morbides. — De l'influence de la kairine, de la thalline, de l'hydroquinone, de la résorcine et de l'antipyrine sur le cœur et les vaisseaux sanguins. — IV. Sociétés médicales des départements : Société médicale d'Amiens (1er trim. 1886). — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés : Le service de secours aux noyés de la ville de Paris. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Bulletin bibliographique.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN GÉNÉRAL (1).

Je viens de prononcer un mot, celui de *diathèse*, qui résume toute une doctrine brillamment et solidement édifiée par les Bazin, les Pidoux, les Noël Gueneau de Mussy, et que vous m'entendez sans cesse invoquer pour la thérapeutique, en dépit des contestations imprudentes, des sourires d'incrédulité qu'il fait naître ou des discussions interminables qu'il soulève.

Pour vous montrer l'influence considérable des états diathésiques sur l'évolution des maladies et sur les indications thérapeutiques, je pourrais citer ces phthisies arthritiques si remarquables par leur longue durée, semées de tant d'épisodes aigus, avec leurs tendances fluxionnaires et fébriles, avec leur processus fibreux, en les opposant à ces phthisies strumeuses essentiellement torpides et souvent apyrétiques, si bien caractérisées par leur processus caséeux et par le désaccord profond entre la gravité de l'état local et la bénignité apparente des symptômes généraux et fonctionnels... Sans doute, les outranciers en anatomie pathologique me diront que scrofule et tuberculose sont maintenant devenues deux termes synonymes, et que la première n'est qu'une tuberculose atténuée. Mais je leur répondrai que, là où le microscope voit *une même lésion*, la clinique considère *deux maladies* absolument différentes par leur marche, leur évolution, leurs tendances et leurs indications thérapeutiques.

Mais ces faits sont bien connus, et je préfère vous parler encore de cette maladie banale, la bronchite que l'on a tort de soigner toujours comme s'il s'agissait d'une affection locale, simplement accidentelle et sans aucune attache diathésique. Votre thérapeutique s'est bornée à l'administration de calmants ou d'expectorants, ou encore de dérivatifs, parce que votre diagnostic incomplet n'a pas été au delà de la constatation des râles, ou des bruits plus ou moins disséminés, plus ou moins nombreux dans la poitrine. Et cependant, quelles différences profondes entre les bronchites des arthritiques et celles des lymphatiques ou des scrofuleux! Les premières sont récidivantes, tenaces, éréthiques; tantôt sèches, tantôt avec une expectoration subitement abondante, visqueuse, claire ou filante; elles sont encore remarquables par la durée de leur sibilance, par leur marche saccadée et la fréquence des retours offensifs, par la violence de la toux qui prend parfois un caractère spasmodique et coqueluchoïde et présente souvent des paroxysmes périodiques et nocturnes; par l'intensité des phénomènes sym-

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22 juin et 31 juillet 1886.

©BIU Santé

pathiques et fonctionnels, par le caractère asthmatique de la dyspnée sans accord avec la bénignité des lésions, par l'impressionnabilité aux changements atmosphériques, par leur tendance aux congestions et aux fluxions de l'appareil broncho-pulmonaire, enfin par leur alternance avec des symptômes articulaires ou rhumatismaux, ou encore avec des éruptions cutanées. Chez les strumeux ou chez les lymphatiques, au contraire, les bronchites ont des allures lentes, torpides et continues, sans exacerbation, sans fièvre, avec facile retentissement sur les ganglions bronchiques et affections concomitantes des muqueuses, avec des troubles fonctionnels à peine accusés, le plus souvent avec une expectoration abondante et muco-purulente.

Pour la bronchite des strumeux et des lymphatiques, il faut employer les eaux minérales sulfureuses, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, les balsamiques et même le séjour au bord de la mer; pour celle des arthritiques, il faut modérer, combattre l'élément fluxionnaire et fébrile par les préparations de quinine et d'ergot de seigle; il faut encore, pour s'attaquer à la cause diathésique, à l'arthritisme, recourir aux eaux sulfureuses faibles ou aux eaux alcalines, aux alcalins à haute dose, ou encore aux préparations salicyliques; et c'est ainsi que je pourrais vous citer plusieurs faits de bronchites arthritiques extrêmement rebelles qui ont seulement cédé à l'emploi du bicarbonate de soude pris à la dose quotidienne de 12 grammes, ou encore à celui du salicylate de soude ou de lithine aux doses continues et faibles de 1 à 2 grammes par jour.

On pourrait poursuivre cette étude pour toutes les affections chroniques qui ne sont pas séparées des affections aiguës par une simple différence de temps, mais qui ne s'établissent, comme l'a si bien dit Pidoux, qu'en vertu d'une prédisposition ou d'une diathèse. Or, si « les diathèses jouent dans l'étiologie des maladies chroniques un rôle dominateur » d'après mon si regretté maître M. Gueneau de Mussy, elles ont aussi une importance capitale au point de vue thérapeutique. C'est là une vérité qui a été brillamment défendue par M. Tillot, auteur d'une excellente thèse (en 1860) sur « la lésion et la maladie dans les affections chroniques du système utérin », et aussi par les gynécologistes qui ont médité et appliqué cette pensée profonde de Galien : *Est uterus affectus ita ut corpus.*

Voyez les différences considérables qui séparent au point de vue symptomatique l'endométrite *irritable* des arthritiques, avec ses poussées congestives ou hémorrhagiques, sa leucorrhée séro-muqueuse et rare, ses lésions superficielles et instables, ses granulations petites, fines et érosives, ses accidents douloureux ou névralgiques, et l'endométrite *batarde* des scrofuleux avec son catarrhe purulent et abondant, ses lésions indolentes et parenchymateuses, ses granulations grosses et violacées, ses ulcérations profondes, étendues et presque serpigineuses. A celles-ci conviennent les eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées, les eaux sulfureuses, l'air de la mer, les préparations iodurées, l'huile de foie de morue pour combattre l'état général, et les cautérisations répétées et même profondes du col utérin pour modifier l'état local; à celles-là, les alcalins, les eaux sulfureuses faibles, les antinévralgiques ou les calmants, et souvent l'abstention de toute thérapeutique locale, ou la modération dans les cautérisations Car, ce que vous savez de l'arthritis, sur sa « congestivité » et son mode fluxionnaire, sur l'imminence toujours menaçante d'accidents aigus mobiles ou fugaces, sur la soudaineté, la répétition et l'instabilité de ses manifestations, sur ses faciles alternances avec d'autres

accidents, sur sa promptitude à répondre aux provocations morbides, sur les nombreuses causes d'appel de ses localisations, tout cela doit vous prémunir contre cette sorte de manie cautérisante qu'on ne saurait trop blâmer dans le traitement de toutes les métrites, sans distinction.

A ce dernier point de vue, il n'est sans doute pas inutile de rappeler avec Marrotte, que les névralgies lombo-abdominales peuvent jouer à la fois le rôle de cause et d'effet. Si elles sont souvent symptomatiques des maladies de l'appareil génital, prenant naissance et disparaissant avec elles, on les voit encore assez souvent « survivre à ces maladies, alors que toute inflammation utérine ou périutérine a complètement disparu, fait de la plus haute importance dont la connaissance permet aux médecins d'éviter de nombreuses erreurs. Car, en présence de ces douleurs, et si l'on pratique incomplètement un examen au spéculum et un toucher vaginal, on peut croire que la lésion originelle n'est pas guérie, d'où une tendance naturelle à faire des cautérisations du col souvent inutiles et même nuisibles. Dans d'autres cas, moins fréquents sans doute, les névralgies lombo-abdominales spontanées ou consécutives à ces affections utérines éteintes sont capables, ou de les faire revivre ou même de produire dans la sphère des organes génitaux des congestions, des inflammations, des hémorrhagies, par suite de la paralysie des nerfs vaso-moteurs, en tout comparables à celles qui ont été observées sur l'œil et sa muqueuse dans les névralgies trifaciales... Question intéressante, grave même, — ajoutai-je encore dans le *Traité des névroses*, — dont la solution importe à la guérison de la maladie, puisque dans ces cas, le médecin devra s'attacher à combattre, non pas seulement les métrorrhagies (ou encore les congestions et inflammations utérines) qui sont des effets, mais aussi et surtout les névralgies qui sont la cause, et cela par tous les moyens à sa disposition, par les stupéfiants, les injections de morphine, les arsenicaux, le sulfate de quinine, ce dernier médicament étant doué d'une double action dans ces cas puisqu'il s'adresse à la fois à l'élément douloureux et périodique, et qu'il doit en même temps triompher des hémorrhagies et des congestions par suite de son influence bien démontrée sur les nerfs vaso-moteurs utérins (1). »

L'influence des diathèses sur l'étiologie et le traitement des affections chroniques peut être étudiée et poursuivie dans les maladies de presque tous les organes, et elle a été bien mise en lumière dans les maladies pharyngo-laryngées par le regretté Isambert. Mais il faut se borner, et j'aime mieux terminer ces considérations pratiques par l'exemple des chloroses et de certaines maladies du système nerveux.

Sans parler de ces fausses chloroses qui constituent si souvent le premier avertissement ou le premier stade d'une tuberculisation commençante, que de fois ne voit-on pas des chlorotiques résister pendant des mois ou des années à tous les traitements, à toutes les médications ferrugineuses qu'on a instituées ! C'est parce qu'on n'a pas suffisamment étudié le *terrain* sur lequel la maladie s'est développée, c'est qu'on n'a pas fait assez la distinction entre les chloroses des arthritiques et celles des lymphatiques ou des scrofuleux, les premières, irritables avec des accidents fréquents de

(1) *Traité des névroses*, par Axenfeld et Henri Huchard (2e édit., 1883, p. 132-133). Voyez encore Gueneau de Mussy : *Sur le traitement des hémorrhagies utérines par le sulfate de quinine* (*Clin. méd.*, t. II, p. 203); les thèses de Bartharez (1872), de Florez Orteaga (1878).

©BIU Santé

nervosisme ou de neurasthénie, de névralgies diverses ou de poussées congestives, et réclamant un traitement dirigé autant contre l'état nerveux ou diathésique que contre l'altération sanguine ; les secondes, torpides dans leur évolution, lentes dans leur marche, indemnes le plus souvent de tout phénomène névropathique ou douloureux. Pour les premières, ce sont les préparations arsenicales qui conviennent de préférence aux préparations ferrugineuses, quoique celles-ci puissent encore être ordonnées à faible dose ; c'est l'hydrothérapie, ce sont les eaux thermales destinées à combattre les phénomènes nerveux, c'est même encore l'emploi modéré des eaux alcalines que je ne crains nullement dans le traitement de ces chloroses, c'est encore le séjour pendant l'hiver dans les climats chauds ou tempérés. Pour les secondes, il faut recourir au contraire à l'huile de foie de morue, aux sulfureux, à l'iodure de fer, aux eaux salines, etc.

Il existe dans la classe des névroses un groupe de maladies assez mal délimitées, et connues sous les noms d'irritation spinale et de neurasthénie. Cette première affection, bien étudiée depuis longtemps en Angleterre par les frères Griffin, méconnue et trop souvent défigurée en France, est bien certainement d'origine rhumatismale. Il en est de même de la seconde, et en 1883, dans le *Traité des névroses*, ayant à faire le diagnostic de la neurasthénie et du rhumatisme nerveux, je disais que ce diagnostic devenait plutôt un parallèle, et que, « *dans la plupart des cas, la neurasthénie est une névrose arthritique* ». Il en est de même aussi pour l'hystérie qui, au dire des anciens auteurs, de Sydenham, d'Hufeland, de R. Whytt, puise souvent sa source dans le rhumatisme. Or, pour ceux qui connaissent et ont éprouvé la résistance de ces diverses névroses aux moyens thérapeutiques, l'emploi de l'hydrothérapie et des cautérisations ponctuées, l'eau et le feu, ne constituent pas les derniers mots de la thérapeutique. En dépit des améliorations produites par l'eau froide, la métallothérapie, l'électricité, la suggestion ou l'hypnotisme, on guérit bien pour un temps les manifestations de la maladie, mais on ne guérit pas la maladie elle-même. Combattre les accidents de la névrose par la métallothérapie et l'électricité est bien ; combattre la névrose elle-même par l'hydrothérapie, et surtout par l'isolement, d'après la méthode de W. Mitchell, est mieux encore ; mais il faut aller plus loin, viser plus haut et s'adresser à l'élément diathésique représenté par l'arthritis ou la scrofule, ou même encore par la tuberculose, comme le pense M. Grasset (de Montpellier), peut-être avec un peu d'exagération en ce qui concerne cette dernière maladie (1). Donc, l'hydrothérapie n'est pas la panacée de toutes les névroses ; *il y a des hystéries qui n'aiment pas l'eau froide* ; il y en a qui ont besoin d'excitants, d'autres de calmants ; il y en a qui sont singulièrement exaspérées par l'air de la mer, et d'autres, au contraire, pour lesquelles l'atmosphère maritime produit toujours les meilleurs effets ; quelques-unes de ces hystéries s'améliorent par les eaux sulfureuses, d'autres par les eaux sédatives. Les premières sont les hystéries des scrofuleuses ou des lymphatiques ; les secondes sont celles des arthritiques. Aux unes comme aux autres, il faut instituer un traitement antidiathésique, si l'on ne veu pas qu'elles deviennent et restent toujours des *opprobria artis*.

(A suivre.)

(1) J. Grasset : Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse. (Montpellier 1884.

De la cocaïne, de son emploi dans diverses affections et opérations.

Par le docteur E. Burdel (de Vierzon),

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

La cocaïne, est-il besoin de le dire aujourd'hui, possède une puissance anesthésique locale des plus précieuses qu'on a vainement cherchée dans d'autres agents thérapeutiques.

Grace à cette propriété, la cocaïne a pu être employée avec succès dans diverses opérations douloureuses, pour lesquelles on ne voulait pas faire usage du chloroforme. On a pu pratiquer la lithotritie, en injectant une solution de cocaïne dans la vessie, sans que le patient ressentît la souffrance qui accompagne d'ordinaire cette opération ; on a pu aussi, en injectant une solution de cocaïne dans le tissu cellulaire de la cavité orbitaire, pratiquer l'énucléation de l'œil sans que l'opéré accusât la moindre douleur et aussi l'arrachement de l'ongle incarné, après avoir injecté de la cocaïne dans le tissu cellulaire environnant.

Les occasions d'employer ainsi la cocaïne n'ont pas manqué depuis que l'on connaît ses propriétés anesthésiques. Cependant il nous semble utile de ne pas garder pour nous les observations dans lesquelles nous en avons fait usage avec bonheur et à la grande satisfaction de nos opérés.

On peut nous objecter, sans doute, qu'un grand nombre de ces opérations peuvent se pratiquer sans douleur au moyen des pulvérisations d'éther et surtout avec le chloroforme ; mais, quand il s'agit d'opérations peu importantes et rapidement faites, quoique très douloureuses, on doit préférer la cocaïne. Parmi ces opérations, nous citerons l'arrachement de l'ongle incarné, la fistule et la fissure à l'anus, l'ablation d'une loupe, etc. Quel est le chirurgien qui, ayant été sollicité d'employer le chloroforme pour un de ces cas, n'a refusé souvent, et avec raison ? Qu'on se mette à la place du médecin de campagne souvent obligé de pratiquer seul les opérations. Avec la cocaïne, le médecin peut épargner la douleur à son malade ; il peut opérer seul et sans être troublé.

Hydrocèle. — C'est dans une opération d'hydrocèle que nous avons pour la première fois employé la cocaïne en injection, nous n'aurions pas eu recours à cet alcaloïde pour une semblable opération, si nous n'avions pas eu affaire à un sujet faible et des plus timorés.

Voici le fait : Au mois de mars 1884, je dus opérer M. X..., atteint d'une hydrocèle simple très volumineuse, qu'il portait déjà depuis plus d'une année. Je venais de retirer le liquide par la ponction, et j'avais à peine injecté quelques gouttes de la solution iodique dans la cavité séreuse, quand tout à coup le malade pousse un cri, pâlit, et tombe en syncope. Je suspends aussitôt l'injection, je retire la canule et m'efforce de faire revenir le malade à lui par des frictions, des stimulants, etc.

J'avais introduit si peu de liquide dans le sac que je considérai l'opération comme absolument manquée. En effet, quelques semaines après, M. X... vint me voir et je reconnus que la cavité séreuse était déjà pleine ; deux mois après, son hydrocèle était aussi *volumineuse qu'avant l'opération*. En présence d'un cas semblable et d'un sujet aussi sensible, j'avoue que je n'étais pas tenté de recommencer la même opération, si simple qu'elle fût, ni même de le chloroformer ainsi qu'il me le demandait. Je restais indécis sur le mode opératoire que je devais employer, lorsque j'eus l'idée de faire usage du chlorhydrate de cocaïne injecté dans le sac après l'évacuation du liquide. C'est ce que je fis : lorsque j'eus vidé le sac, j'y injectai une solution de cocaïne à la dose de 0,30 pour 30 grammes d'eau. Après cinq minutes, je pus injecter le liquide iodique sans que le malade ressentît la moindre douleur. Aussi, comme il redoutait beaucoup cette injection, fut-il étonné de ne percevoir aucune souffrance et d'assister, disait-il, à son opération, comme s'il s'agissait d'une autre personne. La réaction causée par le liquide iodique eut lieu cependant ; l'adhésion se produisit, et, après quelques semaines, je déclarai la guérison complète.

Kératite ulcéreuse et iritis. — Dans cette seconde observation, il s'agit d'une ophthal-

mie des plus intenses : kératite avec trois ulcérations et iritis très douloureuse. Parmi tous les moyens thérapeutiques employés pour combattre cette affection, tels que sangsues, vésicatoires, pommade mercurielle belladonée, instillations d'atropine dans l'œil, nous pouvons dire que c'est à la cocaïne seule d'abord, puis à l'atropine employée simultanément que le malade dut un soulagement des plus marqués et, peu à peu, la diminution des symptômes inflammatoires. La dose de cet alcaloïde, employée en solution, ne fut d'abord que de 0,10 centigrammes pour 10 grammes d'eau, puis j'augmentai graduellement cette dose par 5 centigrammes, et je ne dépassai jamais 0,30 centigrammes pour 20 grammes d'eau. Cette solution fut instillée toutes les deux ou trois heures; car le calme apporté par la cocaïne ne durait que ce temps, et, aussitôt que la douleur se réveillait, le malade demandait instamment une nouvelle instillation.

Nous avons pu employer ainsi la cocaïne pendant près de deux mois, jour et nuit, toutes les deux ou trois heures, et nous pouvons affirmer que ce médicament, toujours puissant, n'a fait naître aucun de ces inconvénients que quelques praticiens ont rapportés, tels que l'exfoliation de la cornée. Dans trois autres cas à peu près semblables, où nous avons fait usage de ce médicament, nous n'avons eu qu'à nous en louer.

L'action anesthésique de la cocaïne, administrée dans ce genre d'ophthalmie, devra-t-elle être toujours aussi efficace ? Les observations que nous avons eues sous les yeux nous autorisent à le croire, et nous pensons que les cas dans lesquels on trouvera l'organisme réfractaire à cet alcaloïde seront exceptionnels.

Anesthésie de l'isthme du gosier. — Dans l'introduction du tube œsophagien (*tube Faucher*) chez un malade atteint d'un carcinome de l'estomac, nous avons anesthésié le pharynx et l'isthme du gosier par une solution de cocaïne; et le malade, qui faisait des efforts de vomissements et nous repoussait lorsque nous tentions d'introduire le tube, fut étonné de le si bien supporter après que nous eûmes badigeonné le pharynx avec un gros pinceau en charpie fine trempé dans une solution de cocaïne.

Après avoir répété deux ou trois fois cette opération à l'aide de la cocaïne les jours suivants, le malade put lui-même introduire le tube œsophagien sans recourir à la solution.

Anesthésie du canal de l'urèthre. — Chez certains sujets doués d'une excessive sensibilité, on peut et l'on doit, lorsqu'il s'agit de pratiquer le cathétérisme, anesthésier le canal de l'urèthre. Malheureusement, on est souvent pris au dépourvu, et on n'a pas la cocaïne à sa disposition; mais quand cela est possible, on ne se doute pas de la facilité qu'on éprouve à faire cette opération. Et que de fausses routes les opérateurs timides et même les exercés ne pourront-ils pas éviter en s'aidant de ce moyen ! Une solution de 15 à 20 centigrammes pour 15 grammes d'eau, injectée dans le canal, suffit pour produire l'anesthésie locale et faciliter l'opération.

Fissure et fistule à l'anus. — S'il est une affection pénible, quoique n'offrant aucun danger, c'est bien la fissure à l'anus.

Nous avons été assez heureux pour employer la cocaïne dans un cas de cette nature, et pour guérir le patient sans opération; un peu de vaseline, contenant de la cocaïne, appliquée sur la fissure, non seulement avant et après la défécation, mais toutes les trois heures, a suffi pour faire disparaître toute douleur et hâter la cicatrisation.

La formule de la pommade dont nous nous sommes servi est la suivante :

M. — Vaseline.....	20 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.....	30 centigrammes

Ce qu'il est important d'observer dans ce mode de traitement si simple, c'est de bien faire pénétrer la pommade jusqu'au fond de la fissure. Après cinq ou six jours de ce pansement, la cicatrisation s'opère. Nous pensons que, dans un grand nombre de cas, on obtiendra un succès complet; mais, dût-on en arriver à la section, la cocaïne rendrait encore un grand service en épargnant toute souffrance à l'opéré.

Quant à la fistule à l'anus, si nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer cette opération avec l'aide de la cocaïne, nous sommes convaincu qu'on en retirerait un grand

profit. Du reste, on peut voir, dans l'*Union médicale* (p. 103, 1886, t. XLI), qu'on s'est servi avantageusement de la cocaïne dans les opérations sur les trajets fistuleux.

Vaginisme. — Nous terminerons en parlant de l'usage que nous avons fait de la cocaïne dans le vaginisme. Cette affection, chacun le sait, consiste en une sensibilité spéciale de l'entrée du conduit vaginal faisant naître, au moindre contact du doigt ou du pénis, une contraction des plus fortes et en même temps des plus douloureuses; si bien que tout rapport génital devient impossible. Cette hyperesthésie de la vulve, ou plutôt de l'entrée vaginale, n'a certainement aucune gravité, car, tôt ou tard, elle finit par disparaître. Cependant il est des cas, et nous avons pu en observer, dans lesquels la douleur d'abord et la persistance de cette affection est telle qu'elle peut devenir des plus sérieuses et entraîner les conséquences les plus graves.

Nous nous souvenons qu'il y a déjà une vingtaine d'années, nous fumes appelés à soigner une jeune femme après les premiers jours de son mariage, atteinte de cette hyperesthésie. Le vaginisme, rebelle aux grands bains et aux bains de siège, aux lotions émollientes, aux applications de pommade belladonée, fut plus tard la cause d'une séparation, qualifiée par les juges d'incompatibilité d'humeur. Et, de fait, il avait amené une répulsion invincible de la jeune femme pour son mari, répulsion qui finit par leur rendre l'existence commune insupportable. Que n'avions-nous à cette époque l'action anesthésique si puissante de la cocaïne, comme dans l'observation suivante!

Il y a quinze mois environ, je fus consulté par M. X..., marié depuis trois mois à une jeune et jolie femme. Les rapports conjugaux étaient impossibles, car, au moindre contact, elle se rejetait en arrière en poussant des cris affreux. Dans la crainte qu'il ne se fût produit des déchirures ou des érosions à l'entrée de la vulve, je demandai à examiner Mme X..., et je pus m'assurer que le vaginisme seul était cause de tous ces troubles. C'est alors que je pensai à appliquer la cocaïne. Je prescrivis de faire une légère onction le soir, en se couchant, avec la pommade suivante :

Vasseline	10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	30 centigrammes.

Quelques jours après, M. X... vint me voir pour me remercier, et sa figure rayonnante m'en dit plus que ses paroles. C'était le cas de dire avec le poète :

> Voilà nos gens rejoints, et je laisse à penser
> De combien de plaisirs ils payèrent leur peine.

Si l'on veut bien considérer cette observation par le côté sérieux qu'elle comporte et que nous avons voulu lui donner, on verra combien elle a d'importance au point de vue moral et social; et combien, dans ces conditions, le concours du médecin peut être précieux.

REVUE DES JOURNAUX

De l'acide lactique comme moyen de détruire les tissus morbides. — Dans ces derniers temps, on a recommandé, en Allemagne surtout, l'usage de cette substance dans le traitement du lupus, de l'épithélioma, des papillomes, des fongosités, des ulcérations scrofuleuses et des ulcérations de la phthisie laryngée.

L'acide lactique sirupeux doit être appliqué soit pur, soit en dilution aqueuse, avec un linge ou sous forme d'une pâte en mélange avec la silice pulvérisée. On doit limiter son action aux régions malades en circonscrivant celles-ci par des applications isolatrices. Après son application, le malade éprouve une vive douleur pendant quelques heures. Joseph a guéri par ce moyen une leucoplasie buccale, avec une solution à 8 p. 100. Schnitzler, Krause et Jellinetti l'ont essayé avec des succès divers contre la tuberculose laryngée. Ce dernier faisait usage d'une solution à 20 ou 30 p. 100 et constatait la destruction rapide des surfaces infiltrées, la disparition de l'œdème en deux ou trois jours et la guérison des troubles de la déglutition.

BIU Santé

Les meilleurs résultats étaient obtenus dans le traitement des ulcérations des cordes vocales, des granulations du pharynx et des altérations de la muqueuse nasale.

Bum l'a employé contre la tuberculose de la peau et l'infiltration tuberculeuse des ganglions lymphatiques. Sous son influence, les granulations étaient réduites en une masse pulpeuse, et après deux ou trois applications séparées par des intervalles de deux jours, il recouvrait les plaies avec un pansement de gaze à l'iodoforme et obtenait une rapide cicatrisation. Il a traité avec succès, par cette méthode, 15 malades qui tous ont été exempts de récidive.

Mosetig n'a pas été moins heureux dans un cas d'épithélioma facial et dans un cas d'ulcère du visage, après vingt et vingt-six applications d'acide lactique. Enfin il en aurait également été satisfait contre la carie sous forme d'injection d'un demi gramme à un gramme de la solution à 15 ou 16 p. 100. Ces travaux ont été publiés dans le *Wien. med. Wochenschrift*, 1885, nos 46 à 48, dans le *Deut. med. Woch.*, 1885, n° 43 et analysés par M. Browning dans les *Annales of Surgery*, mars 1886. — C. L. D.

De l'influence de la kairine, de la thalline, de l'hydroquinone, de la résorcine et de l'antipyrine sur le cœur et les vaisseaux sanguins, par Beyer. — On connaît les rapports qui existent entre la température, l'irrigation sanguine et les mouvements du cœur. De là, ces changements thermiques qui suivent ou accompagnent les troubles cardio-vasculaires. Or tous les médicaments antithermiques récemment mis à l'essai comme la kairine, la thalline, l'hydroquinone, la résorcine et l'antipyrine doivent par cela même qu'ils diminuent la température, modifier les activités cardio-vasculaires à un degré quelconque.

M. Beyer est parti de ce point de vue pour instituer des expériences sur les animaux. Il a constaté que la kairine et la thalline diminuent la contractilité cardiaque, surtout celle des oreillettes, aux doses où on les prescrit pour abaisser la température. De plus, comme d'autres observateurs l'ont d'ailleurs établi, elles altèrent les globules sanguins et, ce que M. Beyer ne dit pas, l'oxyhémoglobine.

L'hydroquinone et la résorcine exercent une action de même nature, sur les oreillettes et les valvules des veines. De là, par conséquent, des modifications dans l'afflux du sang dans les ventricules, l'encombrement des vaisseaux et des congestions viscérales, et en particulier, comme le constatait M. Dujardin-Beaumetz en étudiant la résorcine, des congestions pulmonaires.

Différente est l'action de l'antipyrine qui produit la dilatation veineuse, augmente la contractilité des oreillettes et des ventricules sans altérer le myocarde. De plus, elle n'exerce aucune action toxique sur le sang. Pour ce motif formulé déjà d'ailleurs par les expérimentateurs européens, son emploi est exempt des inconvénients qui accompagnent l'administration des autres antithermiques. (*The American Journal of med. sciences*, avril 1886.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Sous la rubrique de *luxations sous-glénoïdiennes*, M. Herbet a exposé les résultats de ses propres observations sur ces traumatismes dont la pathogénie reste en litige entre les chirurgiens. Notre savant confrère amiennois adopterait volontiers les opinions de Desault et de Boyer, contrairement à celles de Malgaigne, parce que, dit-il, dans tous les cas où il a été appelé « immédiatement après la production d'une luxation de l'épaule et avant toute manœuvre », il a trouvé « la tête humérale en bas, au milieu du creux de l'aisselle, sous la cavité glénoïde et non en avant, sous l'apophyse coracoïde ».

« La luxation sous-glénoïdienne est donc la plus fréquente et se produit par une chute sur le coude ou la paume de la main, le bras étant dans l'extension et l'écartement, mouvements d'ailleurs instinctifs dans toute chute pour amortir le choc. »

Un coup direct sur le moignon de l'épaule, au-dessus de l'acromion, ou un effort musculaire pendant l'élévation du bras, peuvent encore la provoquer. Enfin, M. Herbet serait disposé à croire, avec Boyer, que cette luxation est primitivement une luxation en bas, dans le plus grand nombre des cas et que, sous l'influence de la contraction musculaire, elle s'est transformée en luxation antéro-interne, ou plus rarement en luxation postéro-externe.

Le tribut académique de M. Léger avait pour objet : *Un cas d'angine de poitrine* dans lequel l'influence pathogénique de l'aortite était vraisemblablement en cause. M. Léger a hésité à faire jouer le rôle principal au rétrécissement des artères coronaires; cependant, la malade a survécu, et, de plus, la médication par les injections hypodermiques de morphine, ainsi que par les iodures, a donné de bons résultats. Ce cas trouverait donc plutôt place, il me semble, dans le groupe des pseudo-angines de poitrine ou parmi les accès pseudo-angineux, si nettement distingués des angines de poitrine vraie par leurs caractères cliniques, leur pronostic et leur traitement depuis les travaux de M. Henri Huchard. L'observation fort intéressante de M. Léger ne porte donc pas atteinte à la théorie de l'angine de poitrine par atrésie vasculaire et ischémie cardiaque.

M. Lémeré a donné lecture d'une note sur la *métrite et l'inflammation du ligament large* après l'accouchement et par rétention de quelques débris placentaires. Cette note complétait une communication antérieure de notre distingué confrère, l'un des plus actifs parmi les membres de la savante Société. Enfin, c'est dans le domaine chirurgical que M. Grenet pénétrait en exposant à ses collègues une observation de *blessure légère du petit doigt* compliquée d'angioleucite septicémique et terminée par la mort. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Albert Gaudry communique une note *sur un bois de renne, orné de gravures, que* M. Eugène Paignon *a découvert à Montgaudier.*

« J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un objet d'art des temps quaternaires.

« On sait qu'il y a dans la Charente une petite rivière appelée la Tardoire, qui a des bords d'une rare beauté ; les grottes, creusées dans leurs escarpements, ont été habitées par l'homme pendant l'âge du renne. La grotte de la Chaise, explorée par l'abbé Bourgeois de si regrettable mémoire et par M. de Bodard de Ferrière, les grottes de Rochebertier et de Vilhonneur, fouillées par MM. l'abbé Delaunay, Fermont, de Maret, ont fourni de curieux échantillons. Les grottes de Montgaudier semblent devoir en offrir de plus curieux encore. Heureusement pour la science, elles appartiennent à M. Eugène Paignon qui n'est pas seulement un jurisconsulte et un publiciste très distingué, mais qui s'intéresse aussi aux études préhistoriques. Depuis quelques années M. Eugène Paignon a recueilli, à Montgaudier, de nombreux débris d'animaux et des instruments humains. Il vient d'y découvrir la pièce que je présente à l'Académie : c'est un des plus beaux spécimens artistiques de l'âge du renne qui ait été trouvé jusqu'à ce jour.

« Cette pièce, comme on le voit, est un de ces bois de rennes, percés d'un large trou, qui sont connus sous le nom de *bâtons de commandement*. Elle est couverte de gravures où l'on peut admirer la sûreté de main de l'artiste et le sentiment de la forme ; le travail est si fin qu'il gagne beaucoup à être regardé à la loupe.

« L'une des faces du bâton de commandement offre la représentation de deux phoques. Un d'eux est vu dans son entier avec ses quatre membres ; les membres postérieurs, si singulièrement portés en arrière chez les amphibies, sont fidèlement rendus ; chaque patte a cinq doigts. La grandeur de la queue est exagérée. Tout le corps est couvert de poils très visibles. La tête est délicatement exécutée : le museau avec ses moustaches, la bouche, l'œil, le trou de l'oreille indiquent une réelle habileté. Vraisemblablement l'animal qui est ici figuré est l'espèce habituelle de nos côtes, le veau marin, *Phoca*

©BIU Santé

vitulina (sous-genre *Calocephalus*). L'autre phoque n'est pas vu dans son entier ; il est plus grand et porte au cou des indices de longs poils ; la patte de devant est très exacte. Je n'ose dire si l'artiste a voulu représenter une espèce différente.

« En avant du grand phoque, il y a un poisson que M. Émile Moreau croit être un saumon ou une truite ; ainsi que ces animaux, il a des taches, et ses mâchoires ventrales sont fixées à l'abdomen. Trois tiges de plantes sont placées près du poisson. Toutes ces gravures se voient sur la même face.

« La face opposée du bâton de commandement est occupée dans la plus grande partie par deux animaux grêles et allongés ; bien que le plus long n'ait pas moins de $0^{m},34$, ils ne sont pas complets, mais l'un montre sa tête et l'autre le bout de sa queue. Je pense que ce sont des anguilles, parce que les faces dorsales et ventrales semblent bordées d'une nageoire continue. Mon savant collègue du Muséum, M. Vaillant, partage cette opinion. Je dois dire pourtant qu'à la face ventrale les deux animaux ont un appendice pointu, qu'on ne rencontre pas dans les anguilles ; c'est pourquoi quelques personnes auxquelles je les ai présentés se sont demandé si ce ne seraient pas des serpents dont les pénis seraient en érection. Mais M. le professeur Vaillant m'a montré des serpents où les pénis sont apparents ; ces organes sont courts, épais, obtus à leur extrémité, garnis d'épines et ne ressemblent nullement aux appendices gravés sur la pièce de M. Paignon.

« On voit sur la même face trois figures d'animaux de forme exactement identique, peu compréhensibles, et une figure qui représente peut-être un insecte hémiptère.

« Les détails de ces différentes gravures sont reproduits dans un dessin de M. Formant, avec l'exactitude scrupuleuse que cet habile artiste apporte à toutes ses œuvres.

« Je ne pense pas qu'il puisse y avoir de doutes sur l'authenticité de l'échantillon que je présente à l'Académie, car M. Paignon m'a assuré qu'il avait été trouvé devant lui par ses propres ouvriers, occupés à extraire les amas de terre mêlés d'ossements qui forment la base des grottes. Par leur richesse en phosphates, ces déblais répandus dans les prairies donnent, à ce qu'il paraît, de merveilleux résultats.

« M. Paignon a bien voulu faire don au Muséum de son précieux bois de commandement et de beaucoup d'autres objets : des ossements de divers animaux, un bois avec des gravures, des aiguilles en os, des poinçons, des lissoirs, une pointe en ivoire, des coquilles que M. le docteur Fischer a déterminées, de nombreux silex taillés, surtout des grattoirs et un silex du type solutréen admirablement travaillé sur ses deux faces : j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie plusieurs des objets dus à la générosité du savant explorateur des grottes de Montgaudier.

« J'appelle l'attention particulièrement sur les métacarpiens latéraux des rennes. Ce sont des pièces en voie d'atrophie, comme les paléontologistes en rencontrent quelquefois quand ils suivent les êtres dans leurs évolutions à travers les âges géologiques. Ces métacarpiens, dont la partie inférieure a disparu chez la plupart des ruminants actuels, se conservent chez les rennes ; ils portent de petits doigts latéraux qui sont utiles pour des animaux destinés à traverser souvent les neiges. Mais, dans leur partie moyenne, ils disparaissent, formant des pointes naturelles qu'on est exposé à confondre avec les os qui ont été amincis par l'homme. Nos ancêtres ont ingénieusement utilisé ces pointes naturelles en faisant à leur base un trou où sans doute ils passaient un fil ; de cette manière, ils transformaient les petits métacarpiens latéraux de rennes soit en passe-lacets, soit en pendeloques.

« J'ai visité déjà Montgaudier ; je vais y retourner, et je pourrai donner à l'Académie quelques renseignements sur ses grottes magnifiques qui, pendant longtemps, ont servi d'abri à nos aïeux. »

M. Berthelot présente une note de M. Georges Jacquemin *sur l'uréthane au point de vue de l'analyse chimique*.

« L'importance que vient de prendre l'uréthane au point de vue physiologique m'a porté à rechercher un réactif capable de caractériser ce corps et de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de son élimination par les urines.

« Quand, à une dissolution d'uréthane, on ajoute du chlorure mercurique, puis de la potasse, il se forme un précipité blanc abondant.

« Ce corps, chauffé en présence d'un excès d'uréthane, se dissout et reprend son insolubilité par refroidissement, tandis qu'en présence d'un excès de potasse, il jaunit en devenant oxyde mercurique. Il est insoluble dans l'alcool et l'éther, dont le contact prolongé ne l'altère pas.

« On peut obtenir un précipité en opérant inversement, c'est-à-dire en ajoutant à la dissolution d'uréthane d'abord de la potasse, puis du chlorure mercurique sans excès qui donne un précipité jaune devenant blanc par agitation.

« L'oxyde mercurique récemment précipité se dissout à une légère chaleur dans l'uréthane, et par refroidissement il se forme un précipité blanc. En continuant l'action de la chaleur, il se produit un corps noir peu abondant qui surnage, et par abaissement de température un trouble légèrement teinté de jaune.

« L'uréthane précipite encore par les sels mercuriques dans des dissolutions à 1,50 pour 1000. Au-dessous de ce poids que je ne fixe pas d'une manière absolue comme limite, voici ce que j'ai observé : si, à une dissolution à 0gr,00005 d'uréthane par centimètre cube, on ajoute de la potasse, puis, goutte à goutte, du chlorure mercurique, chaque goutte de ce dernier produit un précipité jaune qui se dissout, tant qu'il y a de l'uréthane, et finalement le précipité jaune devient persistant.

« L'urine normale, même très étendue d'eau, donne par ma réaction un précipité blanc, mais qui noircit par l'ébullition. Il faut donc extraire l'uréthane qui pourrait se trouver dans l'urine d'un malade soumis à ce traitement. Je le fais avec l'éther : il faut trois cents secousses au moins et, après décantation, laver à plusieurs reprises à l'eau. Le résidu de l'évaporation de l'éther est dissous dans très peu d'eau et traité comme ci-dessus. En se servant de la liqueur titrée de chlorure mercurique, on pourra apprécier le poids de l'uréthane extraite d'un volume donné d'urine. Mes expériences ont été faites avec de l'urine normale additionnée de poids divers d'uréthane. Quant à l'urine normale seule, traitée par l'éther, elle ne fournit pas plus ma réaction que l'eau pure. »

VARIÉTÉS

LE SERVICE DE SECOURS AUX NOYÉS DE LA VILLE DE PARIS.

Dans une conférence récente à l'Exposition d'hygiène urbaine, M. Voisin a donné d'intéressants détails sur l'organisation des secours aux noyés dans la ville de Paris. Cette institution remonte loin ; Pia l'organisa en 1772 dans quinze corps de garde situés sur les rives de la Seine.

Chaque poste était muni d'une boîte de secours ou *boîte entrepôt* et disposait de *secouristes*, soldats du guet ayant appris à donner les premiers secours. Cette institution, qui fonctionnait depuis vingt-huit ans, disparut en 1790 avec la suppression des corps de garde des ports.

De 1808 à 1872, le nombre des postes s'élevait de 19 à 34, et depuis 1872, fut complété sur l'initiative de M. Voisin par la construction de pavillons de secours, aujourd'hui au nombre de quinze, dans lesquels se trouve l'instrumentation nécessaire pour réveiller la respiration et la circulation des noyés et pour suppléer à l'insuffisance de leur calorification.

Ces postes sont confiés à des agents de police qui s'y succèdent nuit et jour et qui sont spécialisés dans ce service. Le nombre des personnes secourues annuellement permet de mesurer l'utilité de cette institution. De 1875 à 1885, les pavillons reçurent 1,262 noyés parmi lesquels 1,188 ont été rappelés à la vie et sauvés ; 256 avaient perdu connaissance et par conséquent étaient en danger de succomber ; 80 avaient séjourné cinq à neuf minutes dans l'eau ; 53 pendant dix à douze minutes ; 7 pendant quinze minutes et 3 au delà d'un quart d'heure. La plupart étaient syncopés et 11 p. 100 seulement en asphyxie.

Ainsi, le service de secours aux noyés de la ville de Paris possède une organisation

et, dans la personne de M. Voisin, un organisateur dont la supériorité ne fait de doute pour aucun hygiéniste impartial. Que n'en est-il de même des autres services sanitaires !

Ch. E.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE L'OXALURIE. — Begbie.

Acide chlorhydrique dilué	àà	15 grammes.
Acide nitrique dilué		
Eau distillée	45	—
Sirop d'orange	15	—

Mêlez. — Avant chaque repas, une cuillerée à thé de ce mélange, étendue d'un grand verre d'eau. — Faire usage pendant longtemps, de viande, de lait, de végétaux farineux, proscrire de l'alimentation les substances sucrées. — Vêtements chauds, bains tièdes salés, exercice au grand air, frictions sèches, hydrothérapie. Les végétaux et les fruits riches en acides organiques sont exclus du régime. Les auteurs anglais interdisent les gâteaux de rhubarbe, le vin de Champagne et les liqueurs fermentées en général, pour recommander de préférence les stimulants, les spiritueux, tels que le brandy, le whisky et le gin. Eviter les eaux potables riches en chaux. Surtout, ne pas perdre de vue dans le traitement la maladie dont l'oxalurie ne constitue qu'un symptôme ou plutôt une complication. — N. G.

COURRIER

L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1887, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le jeudi 14 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mercredi 29 du même mois, inclusivement.

Bulletin bibliographique.

Mémoires de médecine et de chirurgie, par le docteur E. MASSE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 337 pages. — Prix : 3 francs.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine, par les docteurs Ernest BRÉMOND fils et GOUEL. Brochure in-8°. — Prix : 0 fr. 75.

Traité clinique et pratique des maladies des femmes, par le docteur GUIBOUT, 1 vol. in-8° de 442 pages. — Prix : 6 francs.

Bourbon l'Archambault. Ses eaux minérales et ses nouveaux thermes. Guide pratique et médical du baigneur et du médecin, par le docteur P. REGNAULT, médecin inspecteur. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs.

Ces quatre ouvrages se trouvent à Paris, chez G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Paul Chéron : De la valeur clinique des différentes espèces d'albumine de l'urine. — II. Revue des Journaux : Les anciennes et les nouvelles médications de la syphilis infantile. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Bulletin bibliographique.

De la valeur clinique des différentes espèces d'albumine de l'urine.

Depuis que la recherche de l'albumine dans l'urine est devenue une opération habituelle, depuis surtout que le mode d'emploi des réactifs nécessaires est suffisamment connu de tous les médecins, le nombre des cas d'albuminurie s'est accru dans des proportions notables et ce symptôme, devenu pour ainsi dire presque banal, a été rencontré dans les conditions les plus diverses.

Il en est résulté que beaucoup de praticiens se sont demandé s'il ne serait pas possible, au lit du malade ou du moins après de courtes et faciles recherches, de distinguer, à l'aide des propriétés de la substance albuminoïde trouvée, les cas où le rein est gravement atteint, de ceux où le produit anormal n'est pas sous la dépendance d'une altération de l'organe excréteur.

On s'adressa tout naturellement, en premier lieu, aux caractères physiques ou physico-chimiques des précipités, et, dans cet ordre d'idées, des résultats très encourageants furent d'abord obtenus par M. Bouchard.

Ce professeur, se basant sur ce fait remarqué par tous que l'albumine coagulée par la chaleur en solution acide tantôt se dépose rapidement en flocons au fond du tube à essais, tantôt, au contraire, reste à l'état de suspension sans se réunir en grumeaux, admit que l'albumine *rétractile* indiquait une lésion rénale, et que l'albumine *non rétractile* était l'indice d'une altération dyscrasique.

De nombreuses objections ne tardèrent pas à se produire. M. Lépine prouva que le milieu chimique dans lequel se coagulait l'albumine avait une grande importance ; si, par exemple, une urine n'est pas assez acide, le précipité reste en suspension; en acidifiant suffisamment, il se rassemble, enfin si on acidifie trop, la rétraction ne se produit plus et on est obligé de neutraliser en partie pour l'obtenir. C'est ainsi qu'au début de la pneumonie, où l'urine est très acide, la substance albuminoïde de l'urine se dépose rapidement, et qu'au moment de la défervescence, où l'acidité diminue, l'albumine devient non rétractile.

Les sels de l'urine, sa concentration jouent aussi un grand rôle dans la production du phénomène qui nous occupe. Capitan a pu rendre le précipité non rétractile seulement déposable en concentrant fortement l'urine dans le vide sec et, actuellement le professeur Bouchard reconnaît que la teneur du liquide en substance protéique a la plus grande influence.

Enfin on peut dire, avec M. Jaccoud que, s'il est vrai que toute néphrite grave s'accompagne d'albuminurie rétractile, cette dernière n'indique pas, dans tous les cas, une altération profonde du rein et qu'on peut la rencontrer dans la fièvre typhoïde, l'angine simple ou la pneumonie, sans que le pronostic en devienne plus sombre.

Les procédés de MM. Terreil, Maurel, Gerhardt ne sont pas passés dans la pratique ; il n'en est pas de même de celui d'Esbach qui, pour ce genre de recherches, préconise l'emploi de l'acide picrique. L'urine est mêlée à froid

©BIU Santé

avec le quart de son volume d'acide, agitée et laissée en repos ; un mélange de même nature est chauffé dans un tube et abandonné à lui-même : après quelque temps on compare les résultats. Tout précipité qui est opalin par un des deux essais ou par les deux indique une albumine anormale ; lorsque le précipité est granuleux dans les deux cas, on a affaire à l'albumine du sang qui passe à travers le rein malade ; il y a cependant quelques exceptions, comme dans la chylurie par exemple, mais ce sont là des faits rares dont on n'a guère à se préoccuper ; enfin dans des cas mixtes, l'on rencontre à la fois les deux sortes d'albumine. La substance protéique anormale se voit dans la fièvre typhoïde, chez les femmes grosses, dans l'albuminurie qui alterne avec la glycosurie.

Dans ce dernier cas, l'auteur prétend qu'elle est due tout entière aux modifications du régime, les aliments quaternaires en excès créant une pléthore albumineuse ; cette théorie est, bien souvent, contredite par les faits, et il n'y a pas lieu, croyons-nous, de comparer ces cas, ainsi que le fait Esbach, à ceux où l'albuminurie est due, comme chez les gros mangeurs, à un abus de substances azotées. Pour nous le chef du laboratoire de Necker accorde trop d'importance aux résultats que lui a donnés l'acide picrique. Il nous est arrivé plusieurs fois, dans des cas de néphrite interstitielle très avancée, vérifiée par l'examen microscopique, de n'obtenir qu'un précipité non rétractile en suivant ses indications ; par contre, dans des cas de fièvre typhoïde où il a été impossible d'observer le moindre symptôme de localisation rénale, nous avons pu, dans quelques faits, rares il est vrai, obtenir à froid un précipité rétractile. Nous conclurons de tout cela que des conditions non encore fixées complètement doivent intervenir dans la production plus ou moins nette des précipités par l'acide picrique et nous nous garderons, cliniquement, de baser notre pronostic exclusivement sur leur observation.

Pour être complet, nous mentionnerons encore deux procédés purement physiques par lesquels on a essayé de séparer les différentes albumines, la coagulation fractionnée et la dialyse. Ils sont depuis longtemps abandonnés et nous n'y insisterons pas.

Une conclusion bien nette nous semble ressortir de cette première partie de notre étude : en dehors des cas où par un procédé quelconque on obtient un précipité rétractile rapide et abondant, et où on peut alors admettre avec grande probabilité, une lésion rénale (la chylurie et l'hémorrhagie des voies urinaires mises à part), en dehors de ces cas, disons-nous, il n'y a pas lieu de s'appuyer sur les caractères physiques de l'albumine obtenue pour établir le diagnostic ou le pronostic. Nous allons examiner si on est arrivé à de meilleurs résultats en essayant de séparer chimiquement les différentes espèces de substances protéiques que l'on peut rencontrer dans l'urine.

Les matières albuminoïdes que l'on trouve dans la sécrétion urinaire sont : la sérine, la globuline, la peptone, l'hémialbuminose, la fibrine, la substance fibrinogène, et enfin certaines substances mal déterminées que nous ne ferons qu'indiquer.

I. *Sérine et globuline.* — La sérine (albumine du sérum et des sérosités en général) est, selon l'expression du professeur Jaccoud, l'albumine brightique par excellence ; Petri (de Berlin), sur 41 cas de mal de Bright, l'a constamment rencontrée ; elle est précipitable par tous les réactifs usuels

de l'albumine et le précipité se rassemble facilement; c'est à elle que s'applique tout ce que l'on dit habituellement à propos de la recherche des substances protéiques dans l'urine, et nous n'y insisterons pas davantage.

La globuline, qui peut être très abondante (1), précipite par la plupart des substances employées pour reconnaître la sérine; le précipité présente quelques différences : il est plus lent à se produire et ne se dépose pas, n'est pas granuleux, mais enfin il y a précipité et, dans les cas où il est peu abondant, il est impossible de dire s'il s'agit de sérine, de globuline ou d'un mélange des deux corps. Or, la distinction a une grande importance, car : 1° la globuline n'indique pas une lésion rénale quand elle existe seule; 2° si elle coexiste avec la sérine, la quantité de cette dernière a seule de l'importance pour le diagnostic et le pronostic.

Un grand nombre d'observateurs ont recherché la substance qui nous occupe. Petri, dans le relevé que nous avons cité, l'a constatée ou, au contraire, vue manquer dans des cas de maladie des reins cliniquement et anatomiquement semblables; Senator et Fuhry-Snethloge, qui avaient d'abord regardé l'association des deux albumines comme caractérisant la néphrite amyloïde, les ont rencontrés dans la congestion rénale, la néphrite chronique; nous-même avons constaté les deux substances protéiques dans deux cas de gros rein blanc et un cas de néphrite mixte; des observations semblables ont été faites par d'autres auteurs; on peut admettre actuellement que ce qui fait l'importance de la distinction de la globuline, ce n'est pas sa valeur séméiologique, c'est que, si elle existe seule, on peut croire à la présence de la sérine et admettre une lésion rénale et que, d'autre part, si les deux substances coexistent et qu'on les recueille ensemble pour les peser, on attribue à la sérine un poids beaucoup trop fort.

La séparation de la sérine et de la globuline s'impose donc; elle est, du reste, facile, et on peut l'effectuer de la façon suivante : l'urine, filtrée fraiche est mélangée avec son volume d'une solution saturée de sulfate de magnésie et abandonnée vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, la globuline, s'il y en a, s'est précipitée, et on n'a plus qu'à filtrer et à rechercher la sérine dans le filtre pour s'assurer de la présence ou de l'absence de l'albumine importante (2).

Les caractères que nous avons attribués plus haut au précipité que forme la globuline coagulée par la chaleur acide ont conduit M. le professeur Jaccoud à des déductions de la plus grande importance. Les apparences du coagulum formé dans l'urine sont précisément celles que présentent les précipités observés dans les urines fébriles; il en conclut que les albumines dites non rétractiles, anormales, ne sont probablement que de la globuline, et qu'il y a dans ces cas non pas lésion rénale, mais « des modifications des substances protéiques du sang sous l'influence de la maladie aiguë ». Il en conclut aussi « que toute la question des albuminuries transitoires est à refaire de fond en comble, et que, d'autre part, il n'y a pas d'excuse pour le médecin qui s'expose à de grossières erreurs en ne recherchant pas les deux albumines. »

(1) Estelle a admis que la substance précipitable par le sulfate de magnésie pourrait être en quantité supérieure à la substance non précipitable.

(2) Comme l'a montré Ott, il est très important avant d'ajouter le sel de neutraliser presque complètement l'acidité de l'urine.

©BIU Santé

II. *Peptone.* — La présence de la peptone dans l'urine a, dans ces dernières années, donné lieu à un grand nombre de recherches. Les conditions de sa production, sa valeur séméiologique, la technique nécessaire pour la reconnaître nettement sont loin d'être établies d'une façon incontestable, et nous avons à présenter plus d'opinions douteuses que de faits certains.

La peptone ne précipite par aucun des réactifs habituels de l'albumine; la liqueur de Tanret la coagule, mais elle se redissout par la chaleur; l'acide picrique, le sublimé, l'eau chlorée, iodée, le tannin, l'alcool la précipitent.

On se base, pour la reconnaître, sur la réaction du biuret, qui lui est, du reste, commune avec les autres matières albuminoïdes, mais présente, quand il s'agit d'elle, des particularités spéciales.

Lorsqu'à une solution aqueuse de substance protéique, on ajoute 2 gouttes de lessive de soude, puis quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 2 pour 100, on observe, dans le cas d'albumine ordinaire, une coloration bleue franc et, dans le cas de peptone, une coloration rose, rose violet, et même violet pourpre. Cependant, d'après Huppert, la nuance de la coloration dépend surtout de la concentration de la solution albumineuse et de la quantité de sel de cuivre ajouté.

Pour que la réaction soit probante, il faut que l'urine soit débarrassée de la mucine, des substances albuminoïdes et, de plus, peu colorée. On y arrive en précipitant successivement par l'acétate de plomb, l'acétate de fer et le ferro-cyanure de potassium. L'urine, débarrassée de ce dernier, est additionnée d'acide acéto-phosphotungstique, et le précipité recueilli et dissous sert à la réaction du biuret.

Cette préparation est compliquée; il est difficile qu'elle le soit moins, car il faut que toute matière albuminoïde autre que la peptone soit éliminée; d'autre part, il faut se garder, pour séparer complètement l'albumine, de répéter le traitement par le fer; en effet, cette seconde opération peut amener la transformation d'une partie de cette substance en hémialbuminose et peut-être en peptone. On a encore employé l'acide picrique pour la recherche dont nous nous occupons. Le précipité formé dans l'urine par l'acide se redissout à chaud s'il est formé par des peptones, il s'accentue quand on chauffe s'il est constitué par la sérine ou la globuline. En filtrant à chaud, on peut séparer l'albumine ordinaire et la peptone. Ce procédé offre une grande cause d'erreur qui tient à ce que les alcaloïdes médicamenteux éliminés par l'urine donnent aussi un précipité soluble à chaud impossible à distinguer de celui que formerait la substance albuminoïde cherchée ; il ne peut donc être que d'un emploi restreint.

Le passage de la peptone dans l'urine constitue la peptonurie.

Les principaux travaux sur cet état morbide ont pour auteurs Maixner, Von Janscher, Senator, Wassermann, et, d'une manière générale, les résultats auxquels ils sont arrivés sont souvent contradictoires.

Cependant, dans un grand nombre des cas, les faits de peptonurie se rapportaient à des affections où il y avait dans un point de l'économie soit des foyers suppuratifs, soit des globules blancs en voie de décomposition.

Les faits positifs concernent surtout la pneumonie fibrineuse à la période de résolution, la phthisie pulmonaire à la période colliquative, la pleurésie purulente, la bronchorrée, le pyopneumothorax, le rhumatisme articulaire aigu, la méningite cérébro-spinale épidémique, toutes les maladies suppuratives des os.

Dans d'autres recherches, on l'a rencontrée dans l'intoxication phosphorée, dans des cancers de l'estomac, dans la fièvre typhoïde, dans les différentes formes du mal de Bright.

Fisckel l'a presque toujours trouvée dans l'urine des nouvelles accouchées; elle existerait dans les lochies quand elle disparaît de l'urine, et il y aurait des cas d'alternance.

Enfin, pour quelques-uns, elle pourrait exister dans l'urine normale, fait qui n'est rien moins que prouvé. Les théories explicatives du symptôme n'ont pas manqué. La plus généralement admise est la suivante : Il existe une très petite quantité de peptone dans le sérum des épanchements; la plus grande partie est liée aux globules blancs, et devient libre quand ces derniers s'altèrent ou se détruisent; la substance protéique passe alors dans le sang et de là dans l'urine.

Pour expliquer leur apparition lors de cancer de l'estomac, Maixner a admis l'hypothèse d'Hofmeister. Les peptones à l'état normal seraient détruites dans la muqueuse stomacale; absorbées par une muqueuse ulcérée, elles arriveraient dans le sang et devraient être éliminées comme matière étrangère. La même explication serait applicable à la fièvre typhoïde, où, d'après le même auteur, elle existerait 5 fois sur 9.

Quant à la peptonurie puerpérale, elle tiendrait à l'involution utérine, et cette théorie est appuyée sur des recherches poursuivies chez les animaux.

La valeur séméiologique de la peptonurie est peu importante; tout au plus, dans une pleurésie, peut-elle aider à faire soupçonner la transformation purulente de l'épanchement; dans les affections brightiques, elle peut se montrer indifféremment dans toutes les formes et même n'est pas liée à une lésion rénale, mais à une altération du sang.

Nous n'aurions donc pas insisté si longuement sur toutes ces recherches s'il ne nous restait pas deux faits importants à vous signaler.

En premier lieu, la présence de la peptone empêche la réduction du glucose par la liqueur de Fehling; il faut donc, quand on soupçonne la glycosurie, ne pas se contenter d'un essai par le réactif cupro-potassique, mais bien s'assurer que l'urine ne renferme pas de peptone; en second lieu, il existe une maladie primitive et persistante caractérisée par la peptonurie.

Les trois seuls cas connus ont été observés par notre maître, M. Quinquaud, et étaient caractérisés par la polyurie, la polydipsie, l'amaigrissement et l'excrétion de peptone, sans élimination de sucre, ni albuminurie.

Enfin, le même auteur a encore signalé une peptonurie secondaire survenant dans le cours du diabète sucré et pouvant rester associée à la glycosurie, ou bien lui survivre si elle prend fin.

Ces faits confirment d'une manière remarquable cette théorie du professeur Jaccoud, d'après laquelle le diabète est toujours accompagné d'azoturie, lorsqu'il devient grave.

III. *Autres substances albuminoïdes.* — Les substances qu'il nous reste à étudier sont beaucoup moins importantes et ce n'est que pour être complet que nous allons rapidement les passer en revue.

L'hémialbuminose ou *propeptone* est fort rare. Pour la rechercher on élimine l'albumine en acidifiant l'urine, ajoutant 1/6 de son volume de solution concentrée de chlorure sodique et en chauffant à l'ébullition ; on filtre et s'il se produit un trouble dans la filtration c'est de l'hémialbuminose; Salkowski

©BIU Santé

conseille, du reste, pour être sûr de tout précipiter, d'ajouter au liquide filtré le double de son volume de solution concentrée de sel marin.

On a rencontré la propeptone dans les cas les plus dissemblables : vieille hémiplégie, pneumonie double, hémoglobinurie, cancer de l'œsophage et surtout ostéomalacie ; on l'a vue aussi dans les maladies rénales. Pour Lépine elle ne serait pas en relation avec le mal de Bright, mais indiquerait un état dyscrasique devant fixer l'attention.

La fibrine a été vue dans toutes les hémorrhagies par les voies urinaires. D'autre part on a vu des cas où la quantité du sang étant très minime, celle de la fibrine était considérable. Dans la néphrite, la cystite cantharidienne on sait qu'il se produit des lambeaux flottants, des dépôts de fibrine ; on l'a vue aussi dans la pemphigus.

Quelques urines s'étant coagulées après leur émision et ayant laissé se former un caillot on en a conclu à la présence du *fibrinogène ;* le liquide est toujours très albumineux et la fibrine peut s'en séparer en deux ou trois jours. Danlos considère ces cas comme des hémorrhagies d'une nature particulière bien plus plasmatiques que globulaires ; peut-être aussi y a-t-il lymphorrhagie. Ultz, cité par le même auteur, a observé la formation d'un caillot dans l'urine chez un homme atteint de cancer villeux de la vessie.

Enfin, terminons en citant la *substance à propriétés diastésiques* indiquée par Harley, Béchamp, Senator et l'*albuminurie alimentaire* que, d'après Beugnier-Corbeau, on pourrait observer à la suite d'une grande consommation d'œufs crus ; elle ne serait pas, comme les autres variétés, redissoluble en entier dans un excès d'acide et se concréterait en gros flocons en présence de l'éther.

Nous en avons fini avec cette trop longue étude. Si nous n'avons pas craint d'entrer dans des détails que l'on pourra trouver trop minutieux, c'est qu'il n'y a pas de petite recommandation pour les personnes peu habituées aux manipulations chimiques, c'est aussi que nous espérons voir les les médecins tenir compte, dans leur pratique, d'indications dont nous pensons, par ces quelques pages, leur avoir demontré l'utilité.

Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Les anciennes et les nouvelles médications de la syphilis infantile, par Monti. — Dans ce mémoire, l'auteur discute les avantages des diverses médications hydrargyriques et iodurées.

La méthode des frictions avec l'onguent mercuriel, ou avec l'oléate de mercure et avec l'emplâtre de Bayerdorf-Unna ont l'inconvénient d'irriter la peau délicate des enfants et de provoquer l'érythème ou l'eczéma. Par contre, leur action est rapide et ne produit pas la salivation, à condition d'en limiter la dose et la durée. Néanmoins, à doses trop élevées, le mercure peut provoquer la mort et une extrême anémie. Pour ce motif, il en proscrit l'emploi chez les enfants.

A condition d'en continuer suffisamment l'usage, le calomel rend des services réels. M. Monti évite l'anémie en le prescrivant par très faibles doses, et complète le traitement, après la disparition des manifestations syphilitiques, par l'administration de l'iodure de fer.

En solution et en bains, le sublimé agit plus lentement que sous forme d'injections hypodermiques ; mais ces derniers n'ont leur raison d'être que si les voies digestives sont intolérantes ou que des lésions syphilitiques graves menacent immédiatement la vie.

L'albuminate de mercure par la voie sous-cutanée est une médication très douloureuse; de plus, cet agent médicamenteux est instable et, par conséquent, d'un emploi peu pratique. Le peptonate de mercure s'altère moins, mais son emploi n'offre pas d'avantages particuliers. Quant aux injections de formamide de mercure, même en solutions très diluées, elles sont très douloureuses; de plus, elles provoquent des inflammations et des abcès.

M. Monti considère le proto-iodure de mercure comme une bonne préparation, surtout quand il existe des altérations osseuses. Malheureusement, il constate son inconvénient bien connu de causer des troubles gastro-intestinaux. L'oxyde blanc de mercure provoque des vomissements, et à ces préparations M. Monti préfère le tannate, qui ne trouble pas les fonctions de nutrition et qui, à la dose de 1/3 de grain à 1 grain 1/2, fait rapidement disparaître les lésions syphilitiques.

Parmi les agents de la médication iodurée, il recommande l'iodure de potassium, et surtout la poudre de saccharo-iodure de fer à la dose quotidienne de 1 grain 1/2 à 4 grains. Il aurait l'avantage de ne pas provoquer des accidents d'iodisme, si fréquents chez les enfants auxquels on administre les préparations de ce métalloïde. (*Archiv. of Kinderheilkunde*, n° 1, tome VI.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire: Présentation de malades. — Kyste hydatique du poumon et pneumotomie. — Ablation des ovaires et des deux trompes pour une névralgie utéro-ovarienne avec irradiations dans le bassin, guérison. — De la désinfection des instruments chirurgicaux et des pièces de pansement. — Tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris du médius. — Présentation d'appareil prothétique pour remplacer le maxillaire supérieur.

MM. Guermonprez (de Lille) et Jude Hue (de Rouen), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. Verneuil, à l'occasion de la discussion sur l'ablation des tumeurs du pharynx, présente deux femmes auxquelles il a pratiqué cette opération par sa méthode qui consiste à tailler un large lambeau permettant de jeter un grand jour sur le champ opératoire, et, après l'ablation de la tumeur, de surveiller le point d'implantation du néoplasme et de parer aux premières menaces de récidive. Lorsqu'on a ainsi acquis la certitude de la guérison complète et définitive, il devient facile, par un simple avivement du lambeau, de pratiquer la restauration de la face.

— M. Poulet, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de l'intéressante communication de M. Bouilly sur une pneumotomie pratiquée pour un cas de kyste hydatique du poumon, retrace l'histoire d'un malade auquel il a proposé cette opération et chez lequel le diagnostic a présenté de grandes difficultés rendant les indications opératoires un peu problématiques.

Ce malade, était également atteint d'un kyste hydatique ouvert dans les bronches; primitivement traité à l'Hôtel-Dieu, il entra au Val-de-Grâce dans le service de M. Richard qui demanda à M. Poulet son avis au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Le malade dont l'état général était bon malgré sept mois de maladie, expectorait en assez grande quantité un pus exhalant une odeur gangréneuse repoussante, dans lequel on apercevait çà et là des débris de vésicules hydatiques crevées. Après un examen attentif du malade, MM. Poulet et Richard rejetant l'idée d'un kyste primitivement pulmonaire s'arrêtèrent au diagnostic d'un kyste hydatique du foie rompu dans les bronches.

Après deux ponctions capillaires successives qui ne donnèrent pas de résultat, une troisième ponction intra-pulmonaire avec le plus gros trocart de l'appareil Potain

plongé à la base du thorax, un peu en arrière de la ligne axillaire, à une profondeur de 8 centimètres, amena l'issue d'un liquide clair, filant, rappelant le contenu des vésicules altérées.

Muni de ce renseignement précieux, M. Poulet se décida à proposer une opération destinée à vider la poche et peut-être à guérir le malade : résection de côtes, pneumotomie, drainage du kyste. Mais le malade quitta l'hôpital avant que cette opération ait été exécutée.

Si le malade avait consenti à être opéré, M. Poulet déclare qu'il aurait suivi le même plan que M. Bouilly. Au point déterminé par la dernière ponction, il aurait réséqué une portion de deux ou trois arcs costaux sur une longueur de 5 à 6 centimètres, puis il aurait enfoncé le trocart à la profondeur voulue et dans une direction convenable, de manière à s'en servir comme conducteur pour fendre la plèvre et le poumon avec le thermo-cautère ou autrement. Cette opération aurait eu pour but de permettre l'exploration, l'évacuation, le nettoyage et le drainage de la poche kystique. Sans doute on ne peut pas affirmer qu'on obtiendrait la guérison en pareil cas, mais la gravité de l'affection est si grande que les tentatives sont autorisées.

Il y a lieu également de se demander quelle serait la conduite à suivre dans l'hypothèse d'une plèvre saine, sans adhérences, circonstance qui doit être rare. Si l'on était amené par l'examen du malade à soupçonner cette particularité, il serait sage de prendre la précaution, avant d'ouvrir la plèvre, de passer deux anses de catgut ou de soie à travers les feuillets pleuraux et le poumon pour assurer leur adhérence et empêcher l'affaissement du poumon avec ses conséquences. On pourrait encore faire une opération en deux temps analogue à celle que l'on pratique dans le procédé de Volkmann pour les kystes du foie.

M. Reclus a eu l'occasion d'observer une jeune fille à laquelle un chirurgien avait pratiqué une incision de 7 centimètres entre la onzième et la douzième côte, dans le but d'ouvrir un kyste hydatique dont il pensait que le siège était dans le poumon. Or, il s'agissait bien évidemment d'un kyste hydatique du foie largement ouvert. Un drain volumineux était resté dans la poche et avait provoqué la suppuration de celle-ci, d'où formation d'un kyste purulent. M. Reclus pratiqua l'ouverture de cette poche et fit la résection de la douzième côte considérablement augmentée de volume par suite d'une hypérostose. Le drain fut retiré et la malade est aujourd'hui parfaitement guérie. Par suite d'une erreur de diagnostic, le chirurgien avait cru pratiquer l'ouverture d'un kyste hydatique du poumon.

M. Bouilly a reçu, depuis sa communication, une observation de pneumotomie, mais le chirurgien qui l'a pratiquée l'a faite évidemment sans le savoir. M. Bouilly croit être le premier qui ait exécuté, en France, cette opération de propos délibéré et de parti pris.

— M. Terrillon communique une observation d'ablation des deux ovaires et des deux trompes (opération de Battey) pour une névralgie utéro-ovarienne avec irradiations dans le bassin, suivie de guérison.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, sans enfants, dont les règles, survenues à l'âge de 16 ans, avaient toujours été douloureuses et abondantes sans métrorrhagies. Vers l'âge de 36 ans, elle fut prise progressivement de douleurs vives dans le bas-ventre, avec spasmes occupant surtout la région utérine et les régions ovariques alternativement, et aussi la partie antérieure du bassin.

Cet état, qui s'accompagnait de crises nerveuses avec attaques légères, nécessita des traitements variés qui n'amenèrent qu'un soulagement momentané. L'état général était altéré, l'amaigrissement très prononcé. Les rapports conjugaux, très douloureux, étaient devenus insupportables.

Après divers traitements infructueux, la malade se soumit, en 1883, à une opération qui consista, dit-elle, dans l'ablation du col de l'utérus.

Le résultat fut nul, les douleurs augmentèrent et envahirent la vessie et le rectum, rendant la vie insupportable.

Après une nouvelle série de traitements médicaux : bromures, douches, etc., tous

impuissants, la malade s'adressa, au début de 1886, à M. Reclus, qui pratiqua diverses opérations : dilatation du col vésical, dilatation du sphincter anal, cautérisation ponctuée du col de l'utérus, le tout sans aucun succès. Puis les phénomènes douloureux parurent principalement dans l'utérus et les ovaires, avec manifestations hystériformes très accusées.

C'est dans ces conditions que M. Reclus ayant demandé l'avis de M. Terrillon, il fut convenu entre eux de pratiquer l'ablation des ovaires et des trompes en vue de tenter la guérison de cette malheureuse femme qui, à bout de patience, menaçait de se suicider.

Le 6 juin 1886, après anesthésie, M. Terrillon, assisté de M. Reclus et du docteur Verneuil, médecin de la malade, pratique une incision médiane de 10 à 12 centimètres qui permit d'introduire trois doigts dans l'abdomen.

La recherche et l'extraction des ovaires furent particulièrement laborieuses, et ce ne fut qu'après de grandes difficultés que M. Terrillon parvint à les amener au dehors et à placer sur chaque pédicule un double cordonnet de soie avec lequel il fit une double ligature en anse. Puis le pédicule fut réduit. Un léger nettoyage du péritoine et la suture des bords de la plaie avec six fils d'argent terminèrent l'opération qui avait duré vingt-cinq minutes. Les ovaires, examinés au microscope, ne présentaient aucune lésion appréciable.

Les suites de l'opération furent des plus simples; les fils furent enlevés le huitième jour; la plaie était entièrement cicatrisée.

Depuis deux mois, la malade ne souffre plus; elle se déclare absolument débarrassée de ses malaises, ne se plaignant plus que d'une légère douleur vésicale ou épreinte après qu'elle a uriné. M. Terrillon pense que des lavages vésicaux pourront suffire pour faire disparaître ce dernier symptôme d'une névralgie qui tourmentait la malade depuis plusieurs années.

M. Terrier fait remarquer que les chirurgiens qui ont pratiqué l'opération de Battey, dans des cas analogues à celui de M. Terrillon, ne se sont guère préoccupés de donner des observations complètes. Ils ont particulièrement négligé de rechercher avant l'opération quels étaient les symptômes présentés par les malades au point de vue des manifestations hystériques ou hystériformes, et ce que sont devenues ces manifestations après l'opération. M. Terrier croit devoir appeler l'attention des chirurgiens sur ce desideratum important, et les engager à s'adjoindre, en pareil cas, un médecin qui soit parfaitement au courant des diverses formes que prennent les manifestations de l'hystérie.

M. Verneuil a vu, l'hiver dernier, une dame de quarante et quelques années, très forte, très vigoureuse, très connue dans le monde du sport, et qui, depuis une chute de cheval sur le bassin, éprouvait du côté des organes ovariens des douleurs névralgiques extrêmement violentes. Les traitements médicaux étant restés impuissants, cette dame s'adressa à un chirurgien qui lui pratiqua l'extirpation des ovaires. Les résultats de cette opération furent excellents; les douleurs cessèrent du matin au soir d'une manière complète. Malheureusement, au bout de dix jours, elles reparurent du côté de l'utérus, et la malade, en proie à de cruelles souffrances, réclama à grands cris l'ablation de cet organe. On lui fit, pour la contenter, un semblant d'opération, mais comme elle continuait à souffrir, elle fit appeler M. Verneuil, le suppliant de lui enlever « ce qu'on lui avait laissé d'utérus », disait elle. M. Verneuil ne voulut pas accéder à sa demande.

M. Verneuil se souvient d'avoir vu, avec M. Pozzi, une dame qui avait une hyperesthésie de l'ovaire en ectopie dans le cul-de-sac recto-vaginal. Les douleurs qu'elle éprouvait, rebelles à tous les traitements médicaux, étaient tellement vives qu'elle s'était condamnée depuis plusieurs mois à ne plus sortir de son lit. On eût été tenté de pratiquer chez elle l'extirpation de l'ovaire; or, au bout de quelque temps, ces douleurs disparurent un jour comme par enchantement, et ne se sont plus reproduites.

Enfin, on a vu des femmes qui, à la suite de petites opérations insignifiantes, simulant, pour les contenter, des opérations plus graves, ont vu leurs douleurs cesser com-

plètement. Ces faits montrent qu'il ne faut pas être trop prompt à pratiquer, dans des cas semblables, les opérations sérieuses dont il s'agit.

M. Reclus a donné, avant l'opération, des soins à la malade de M. Terrillon; il a assisté son collègue dans cette opération, et il a été tellement frappé des résultats merveilleux ainsi obtenus qu'il n'hésiterait pas, dans un cas semblable, à la pratiquer.

M. Marc Sée estime que le chirurgien ne doit jamais enlever un organe, lorsque cet organe n'a pas de lésion appréciable.

M. Terrier se déclare incapable de distinguer, dans la plupart des cas, si un ovaire est sain ou non, même l'ayant dans la main ou à l'état de coupe sur le champ du microscope. Se conformer au précepte de M. Sée, ce serait donc se condamner à ne jamais pratiquer l'extirpation des ovaires, sauf les cas de lésions organiques évidentes.

M. Trélat pense que les opérations d'extirpation des organes dont il s'agit présentent des indications extrêmement difficiles à déterminer; il importe donc de ne se décider qu'après un examen attentif et circonstancié de l'état des malades.

— M. le docteur Redard lit un travail sur la désinfection des instruments de chirurgie et des objets de pansement. Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport de la commission nommée pour l'examiner.

— M. Guermonprez (de Lille), membre correspondant, fait une communication sous le titre suivant : *Essai de cheiroplastie; tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius.*

Une femme de 45 ans est atteinte d'un coup de carde; il en résulte une plaie dorsale comprenant la totalité des parties molles et pénétrant profondément dans les trois premiers métacarpiens, dans les deux phalanges du pouce et dans les phalanges métacarpiennes des index et médius.

En raison des douleurs déterminées par les pointes d'acier, qui s'étaient brisées en grand nombre dans et autour des articulations métacarpo-phalangiennes, la résection primitive fut faite pour les articulations dont il s'agit, de l'index et du médius. L'index, demeuré balant, et par conséquent plus gênant qu'utile, fut amputé le lendemain. Quant au pouce, il n'y fut fait aucune opération primitive.

Un mois après l'accident, le squelette du pouce était presque entièrement nécrosé. Alors fut faite l'opération suivante, après application de la bande d'Esmarch et fixation de la main sur un sachet de sable :

1° Ablation de tous les bourgeons charnus;

2° Désossement du pouce, suivant le procédé ordinaire;

3° Débridement du troisième espace interdigital jusqu'à 6 ou 8 millimètres du pli le plus inférieur de la paume de la main;

4° Ablation d'un lambeau en V à sommet supérieur, aux dépens de la peau qui recouvrait, du côté palmaire, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index;

5° Suture du ligament gléno-sésamoïdien du pouce à la portion phalangienne du tendon de l'extenseur du médius;

6° Sutures dorsales et palmaires de la peau du pouce, dont la partie terminale fut excisée.

Pendant toute cette opération, aucune ligature ne fut nécessaire. Mais malheureusement le cinquième temps ne fut pas aussi aisé que je l'avais trouvé dans mes essais pratiqués sur le cadavre. Les muscles de l'éminence thénar s'étaient notablement rétractés et un relâchement de la bande d'Esmarch avait déterminé, à ce moment-là même, une tuméfaction considérable.

Malgré ces désavantages, le résultat obtenu fut suffisant pour permettre au sujet non seulement de reprendre son travail de filature, mais encore de faire son ménage, et même d'écrire, pourvu que le porte-plume soit volumineux.

Sans insister sur tous les détails, je dois ajouter qu'après avoir attendu pendant plusieurs mois, tout œdème ayant disparu, je refis, sans employer la bande d'Esmarch, le cinquième temps de mon opération, et, cette fois, je réussis sans encombre à suturer

solidement le ligament gléno-sésamoïdien du pouce à la portion phalangienne du tendon de l'extenseur du médius.

Pour expliquer l'innovation que je me suis permis d'entreprendre, j'ai ajouté, aux documents à l'appui, trois faits de perte soit absolue, soit fonctionnelle du pouce. Enfin, j'y ai rappelé le résultat, absolument remarquable, obtenu, il y a plus de vingt ans, par mon regretté maître, le professeur Parise (de Lille). C'est l'étude de ce résultat qui m'a inspiré d'entreprendre une tentative de cheiroplastie, malgré les mauvaises conditions réunies dans mon cas particulier.

— M. Berger met sous les yeux de ses collègues un appareil prothétique construit par M. Dujardin, et destiné à remplacer un maxillaire supérieur enlevé pour cause d'altération sarcomateuse. — A. T.

FORMULAIRE

Solution résolutive antistrumeuse. — Descroizilles.

Chlorure de sodium	40 grammes.
Sulfate de magnésie	15 —
Teinture d'iode	1 gramme.
Eau distillée	150 grammes.

Faites dissoudre. — On imbibe des compresses de cette solution, et on les applique sur les engorgements strumeux des enfants. En même temps, on ordonne un traitement général approprié à l'état du sujet. — N. G.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé à M. Paul Bert, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, député.

M. Dastre, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (chimie).

M. Pellat, maître de conférences de physique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique).

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Paris :

MM. Chatin (anatomie) ; Jannettaz (minéralogie) ; Salet (chimie organique) ; Mouton (physique) ; Joly (chimie) ; Vélain (géologie) ; Pruvot (zoologie) ; Riban (chimie) ; Pellat (physique).

— Pendant le cours de la session qui vient de se terminer, le Conseil supérieur de l'instruction publique a adopté un projet de décret portant création d'un certificat d'études à exiger des aspirants au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 11 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration,

tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mercredi 22 septembre, inclusivement.

— Le concours ouvert pour la nomination à deux places de prosecteur est terminé ; ont été nommés : 1. M. Boiffin ; 2. M. Hartmann.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Estor, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé le 27 juillet 1886, à l'âge de cinquante-six-ans.

Étude de Me Henri Bernier, commissaire-priseur à Paris, rue Saint-Lazare, 11. — Vente aux enchères publiques, *hôtel Drouot, salle n° 15*, le samedi 7 août 1886, à trois heures, du *Musée pathologique et orthopédique* réuni par feu M. le docteur Guérin, comprenant : Squelettes humains avec déviations. Troncs humains avec bassins. Préparations naturelles. Anatomie. Ostéologie. Statues. Bustes. Bras, Jambes et Mains moulés sur nature, en plâtre. Squelettes de mammifères. Préparations naturelles dans l'alcool, etc., etc. — Au comptant, 5 p. 100 en sus. — Exposition publique le vendredi 6 août, de une heure et demie à cinq heures et demie.

Bulletin bibliographique.

Hygiène de l'orateur, par le docteur A. Riant. 1 vol. in-18 de 288 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Crimes et délits dans la folie, par P. Max Simon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron. 1 vol. in-18 de 285 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1886, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. (*Septième année.*) 1 vol. in-8° de 224 pages. — Prix : 4 fr.

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par R. Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et L. Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-8° de 641 pages, avec 27 tracés. — Prix : 6 fr. 50.

La chirurgie ignée en général, et ses avantages en particulier, dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus, par J. Abeille, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin ordinaire du Val-de-Grâce et du Roule. 1 vol. gr. in-8° de 452 pages avec 2 pl. et 44 figures. — Prix : 12 fr.

La scrofule et les bains de mer, par le docteur C. Van Merris, médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8° de 648 pages avec plans et cartes. — Prix : 10 fr.

Traité pratique des maladies vénériennes, par le docteur Louis Jullien, lauréat de l'Institut et de la Faculté de médecine. (*Deuxième édition.*) 1 vol. in-8° de 1271 pages avec 246 figures dans le texte. Cartonné. — Prix : 21 fr.

Ces sept ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Une épidémie au siècle dernier, d'après les notes de François Bonamy, ancien recteur de l'Université de Nantes. Commentaires par le docteur Eugène Bonamy.

Cet ouvrage se trouve à Nantes, chez L. Mellinet et Cie, place du Pilori, 5.

Éléments de psychologie physiologique, par W. Wundt, professeur à l'Université de Leipsig, traduits de l'allemand par le docteur Rouvier, et précédés d'une introduction par M. D. Nolen. 2 forts volumes in-8° de la bibliothèque contemporaine, avec 180 figures dans le texte. — Prix : 20 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. A. Fournier : Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses. — II. F. Terrier : Ovariotomie double. — Guérison. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses (1).

C'est un fait usuel que la syphilis héréditaire se traduise dans le jeune âge par des lésions tégumentaires.

Quand ces lésions sont superficielles, elles ne laissent pas de traces après guérison. Mais, quand elles sont profondes, ulcératives, destructives, forcément il leur succède des cicatrices apparentes, des stigmates indélébiles.

Or, en ce qui nous concerne, une question se présente : Ces cicatrices peuvent-elles être utilisées pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire? Est-il permis, de par elles, d'affirmer ou de suspecter la syphilis sur un sujet âgé de 5, 10, 15, 20 ans, etc.?

Comme on devait s'y attendre, cette question a été différemment résolue.

Les uns ont dit : Oui, il est possible, facile même quelquefois, de reconnaître une syphilis héréditaire d'après les cicatrices qu'elle a laissées sur le corps, exactement comme les paléontologistes reconnaissent l'existence d'une espèce végétale ou animale, à telle ou telle époque de l'ancien monde, d'après quelques empreintes, quelques vestiges laissés par elle sur une couche géologique.

Pour d'autres, au contraire, les cicatrices en question n'auraient rien de spécial, alors surtout qu'on les interroge après nombre d'années; et ce serait se leurrer étrangement, ce serait « se payer d'illusions » que d'instituer un diagnoslic rétrospectif de la syphilis d'après quelques « misérables empreintes tégumentaires ».

A mon sens, la vérité n'est ni dans l'une ni dans l'autre de ces assertions exclusives. Je vais vous le démontrer.

Reconnaissons d'abord un fait indéniable. En nombre de cas, les cicatrices qu'on trouve à la peau, dans les conditions particulières que nous avons en vue, n'ont rien de significatif, rien qui permette de les rapporter à une origine spécifique. Prenons comme exemple un des malades actuels de nos salles.

Voici un enfant de 10 ans qui, très sûrement, incontestablement, est affecté de syphilis héréditaire. Nous avons eu des aveux formels de ses parents; nous avons reçu d'un confrère des renseignements précis sur les antécédents personnels du petit malade qui, de plus, est entré ici pour une récidive d'accidents d'ordre spécifique. Eh bien, examinons la peau de cet enfant. Nous y trouvons une douzaine environ de cicatrices manifestes, disséminées çà et là, sur l'abdomen, le dos, les fesses, les cuisses et les jambes. Ces cicatrices sont petites, lenticulaires, très légèrement déprimées, blanchâtres, les unes arrondies, d'autres sans forme spéciale, etc. Or, en l'espèce, que pourraient nous apprendre les cicatrices? Rien. Et cependant, en raison des antécédents connus du petit malade, elles sont très vraisemblablement, voire certainement, les stigmates d'une éruption

(1) Extrait du livre *Sur la syphilis héréditaire tardive*, par le professeur A. Fournier.

©BIU Santé

spécifique survenue dans le premier âge. Mais ont-elles quoi que ce soit de *spécial* comme caractères? Nullement. Diffèrent-elles de ce que seraient des cicatrices consécutives à une éruption banale? Pas le moins du monde. Conclusion : elles restent lettre morte au point de vue de la cause qui leur a servi d'origine.

Eh bien, il en est ainsi, croyez-le, pour quantité de cas. La peau, en effet, peut être offensée, lésée de cent façons différentes; elle est sujette à des affections multiples, telles que brûlures, contusions, traumatismes, furoncles, ecthyma, gale, varicelle, variole, syphilides, scrofulides, dermatoses, excoriatives ou ulcéreuses, etc., etc. Et les cicatrices que laissent à leur suite toutes ces lésions n'ont, le plus souvent, rien de distinctif.

De sorte — premier point — qu'en nombre de cas les cicatrices qu'on peut retrouver à la peau restent sans signification diagnostique en ce qui nous concerne, alors même parfois qu'elles dérivent d'une lésion authentiquement spécifique.

Mais en est-il toujours ainsi? Non, certainement non.

Il est des cas, au contraire, où des cicatrices, soit de la peau, soit des muqueuses, peuvent, *en raison de certains caractères plus ou moins spéciaux*, apporter un appoint important au diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire.

Il est des cas où des cicatrices de ce genre doivent faire soupçonner la syphilis ; et il en est de même où ils permettent de l'affirmer.

Quels sont donc les caractères *révélateurs* auxquels je fais allusion ici? Ou, si ce dernier mot vous paraît excessif, quels sont les caractères qui impriment à une cicatrice une physionomie assez spéciale pour attester la syphilis, tout au moins pour permettre de la soupçonner? Voilà ce qu'il s'agit actuellement de préciser.

I. — Tout d'abord, il est des cicatrices *suspectes* rien que par leur étendue. Une *grande* cicatrice restreint de beaucoup le champ des hypothèses à émettre sur sa provenance. Il est bien certain, par exemple, qu'une cicatrice large comme la paume de la main — ou plus large encore, *a fortiori* — ne saurait dériver ni de la varicelle, ni de la gale, ni d'un furoncle, etc., et que son étendue même constitue une présomption (je ne dis rien de plus) en faveur de la syphilis.

A plus forte raison, tout naturellement, de grandes cicatrices *multiples* sont-elles d'autant plus significatives dans le même sens.

II. — Des signes d'une valeur bien supérieure sont tirés de la *configuration* des cicatrices, comme aussi parfois de leur disposition réciproque.

Notons, à ce point de vue, comme éléments à consulter dans l'examen des cicatrices :

1° La *forme arrondie*, forme favorite des syphilides, comme chacun sait ;

2° La *configuration à contour polycyclique*. — Une cicatrice à contours constitués par une série d'arcs de cercle, une cicatrice en *arcades*, comme nous disons ici, est presque à coup sûr de provenance syphilitique ;

3° Le *graphique serpigineux*. — Une cicatrice étendue en ruban, ondulée, *serpentine*, appartient presque exclusivement à la syphilis ;

4° Une disposition plus caractéristique encore (mais qui, à la vérité, ne

se rencontre que rarement), est celle où plusieurs cicatrices voisines sont régulièrement disposées les unes par rapport aux autres *en arc de cercle*, en *demi-lune*. — Je vous ai montré récemment sur une malade du service, fille d'une mère syphilitique et syphilitique elle-même de naissance, un groupe de cicatrices coordonnées suivant cette modalité particulière et dessinant un demi-cercle parfait ;

5° Enfin, une dernière disposition également familière à la syphilis est celle où plusieurs cicatrices se trouvent groupées sur une région circonscrite et réunies les unes au voisinage des autres, sous forme de *bouquet* ou mieux de « *criblure en coup de plomb* », comme on dit vulgairement, par comparaison avec ce que produit sur la peau la décharge d'un coup de feu dont les plombs n'ont pas encore divergé.

III. — Un troisième élément de diagnostic est tiré du *siège* des cicatrices.

On peut dire sans exagération qu'il est des cicatrices presque significatives par le seul fait de leur siège. Et cela est tout simple, car, de l'aveu commun, il est des localisations éminemment familières aux syphilides ulcératives. Tout naturellement, donc, les cicatrices qui traduisent après coup ces localisations spéciales empruntent à leur siège même un cachet de spécificité.

Quelles sont les cicatrices que leur siège rend ainsi suspectes ?

Il en est de quatre ordres, à savoir :

1° *Cicatrices commissuraires des lèvres* (dites encore quelquefois cicatrices *angulaires*, parce qu'elles occupent l'angle formé par la commissure des lèvres).

Rien n'est commun, chez les nouveau-nés ou les enfants hérédo-syphilitiques, comme les syphilides des commissures labiales. Il est vraiment peu d'enfants syphilitiques qui échappent à cette lésion.

Les syphilides qui siègent en ce point sont des érosions, des papules érosives ou des ulcérations. Elles occupent exactement la commissure, en empiétant quelque peu — voire quelquefois largement, mais cela est plus rare, — sur les téguments cutanés du voisinage. Par elles-mêmes elles sont peu profondes ; mais il arrive presque invariablement qu'elles se fissurent au niveau de l'angle des lèvres et qu'elles forment là des rhagades, des sillons ulcéreux, lesquels, déchirés à maintes reprises, se creusent de plus en plus, deviennent profonds, ne guérissent que lentement, difficilement, et laissent à leur suite des cicatrices persistantes, indélébiles.

De telle sorte que, même après de longues années, on retrouve en ce point, comme *témoin posthume*, une cicatrice nettement accentuée, occupant la commissure labiale et les téguments cutanés adjacents. Cette cicatrice affecte généralement la forme d'une petite ligne blanchâtre, effilée, allongée, transversale ou légèrement oblique de haut en bas. Il se peut qu'elle soit atténuée ou même à peine visible sur la muqueuse (on sait que les lésions des muqueuses se réparent d'une façon moins apparente que celles de la peau) ; mais elle reste toujours distincte et manifeste sur le tégument cutané.

Plus rarement, des cicatrices de ce genre se retrouvent sur le pourtour des lèvres. En voici un superbe exemple emprunté à la collection de M. Parrot (1). Vous voyez sur cette pièce une série confluente de *cicatrices*

(1) V. Musée de l'hôpital Saint-Louis, collection de M. le prof. Parrot, pièce n° 35.

©BIU Santé

labiales et périlabiales sillonnant de longues stries blanchâtres et déprimées tout le pourtour de l'orifice buccal.

2° *Cicatrices du nez.* — Pour la syphilis héréditaire, comme pour la syphilis acquise, le nez est un véritable siège d'élection.

Nombre de sujets hérédo-syphilitiques présentent, dans le jeune âge, des lésions ulcéreuses du nez. Ces lésions sont tantôt limitées et tantôt extensives. Il n'est pas rare qu'elles deviennent serpigineuses et lupiformes. Elles peuvent affecter tous les points de la surface nasale, mais elles siègent de préférence sur les ailes du nez ou la sous-cloison.

Il va sans dire qu'elles laissent à leur suite soit des cicatrices étalées, soit des pertes de substance, des entamures, de véritables mutilations de l'organe, tous stigmates qui, du fait seul de leur siège, constituent des présomptions de syphilis.

3° *Cicatrices lombo-fessières, cicatrices crurales postérieures.* — Signalées et bien étudiées par M. Parrot, celles-ci sont les vestiges de ces syphilides qui affectent si communément les enfants du premier âge au niveau des régions postéro-inférieures du tronc et postéro-supérieures des membres pelviens.

Ce qui les recommande à l'attention et ce qui constitue pour elles une particularité, c'est, chose bizarre, un caractère à peu près *négatif*. Vous allez me comprendre.

Ces cicatrices — notez bien ceci — sont *pauvrement formulées*. Ce sont moins des cicatrices, à vrai dire, que des maculatures, des taches blanchâtres. D'une part, en effet, elles n'ont que des contours indécis, mal arrêtés, mal définis. D'autre part, elles sont remarquablement superficielles et de plain-pied avec les tissus environnants. Enfin, elles diffèrent peu, comme coloration, de la teinte de la peau normale; tout au plus sont-elles un peu plus blanchâtres. Si bien qu'en nombre de cas, *il faut les rechercher avec attention pour les voir*. Parfois même il est besoin d'une certaine incidence de lumière, d'un « éclairage propice », pour les trouver. Bref, ainsi que l'a bien dit M. Parrot, ce sont des cicatrices *frustes*, à force d'être atténuées comme caractères.

Eh bien, elles doivent précisément leur signification diagnostique à ce fait d'être atténuées comme caractères de cicatrices, d'être *presque effacées*, à peine visibles. Cela démontre, en effet, que ce sont là par excellence de *vieilles* cicatrices, remontant au plus jeune âge, remontant à un époque où la régénération des tissus se fait d'une façon plus intégrale que jamais, et correspondant en conséquence à cette étape de la vie où se produisent de préférence les syphilides des régions postéro-inférieures du tronc et postéro-supérieures des membres pelviens.

Depuis l'époque où ces cicatrices spéciales ont été signalées, vous avez pu voir tous les médecins qui s'occupent de syphilis, tous les médecins de cet hôpital, par exemple, les rechercher avec un soin minutieux; et, sans aucun doute, vous avez entendu apprécier très différemment la signification qu'il convient de leur accorder. On a déjà beaucoup discuté sur elles, et, comme d'usage, les opinions sont très partagées. Les uns exaltent la valeur de ce signe, les autres la contestent et même la récusent absolument. *In medio veritas*, à mon sens. Ou, pour mieux dire, tout dépend des cas. Il est des cas où ces cicatrices ne fournissent vraiment aucun indice séméiologique, comme il en est d'autres où elles sont de nature à éveiller le soupçon d'une origine spécifique, où elles suffisent presque à affirmer la syphilis.

Somme toute, c'est là un signe qui ne vaut ni plus ni moins que la plupart de ceux qui précèdent. Par lui-même, il ne comporte rien d'absolument formel, mais il apporte au diagnostic un appoint de probabilité qui certes a bien son prix.

4° *Cicatrices du voile palatin et de la gorge.* — Les régions palatines et gutturales sont encore, comme le nez, de véritables foyers de prédilection pour la syphilis héréditaire, qui souvent détermine là des lésions gommeuses. Et il est presque superflu d'ajouter que ces gommes, d'ailleurs fréquemment méconnues comme nature, aboutissent en nombre de cas à entamer, mutiler, quelquefois même anéantir tout ou partie du voile palatin, des piliers et du pharynx.

De là, dans une étape ultérieure, des cicatrices, des pertes de substance, des perforations, des adhérences vicieuses palato-pharyngées, etc., lesquelles constituent des indices précieux pour le diagnostic dont nous poursuivons l'étude. Ici encore la spécialité de siège fait la valeur de ces témoignages rétrospectifs.

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

Ovariotomie double. — Guérison.

La nommée Sibaud Marie, femme Martin, âgée de 44 ans, sans profession, entre le 4 avril 1884 à la salle Chassaignac, lit n° 28. Cette femme, depuis seize ans, est sujette à de la dyspepsie et à du ballonnement du ventre; depuis huit ans, elle ne peut plus faire d'efforts ou de travaux pénibles sans ressentir de la gêne, des tiraillements et même des douleurs dans l'abdomen; de plus, le ballonnement, d'abord passager, est devenu presque permanent; c'est surtout aux époques où le ballonnement est considérable que les douleurs sont vives.

Il y a trois ans environ, la malade reconnut, en palpant son ventre, une tumeur mamelonnée, occupant la fosse iliaque gauche et l'hypogastre; cette tumeur ne faisait aucune saillie à la vue et ne déformait pas le ventre, dont le volume était normal en dehors des accès de ballonnement; cette tumeur était absolument indolente.

Depuis longtemps, la défécation est difficile, la miction est presque normale, à part une légère cuisson; depuis un an, la malade est affectée d'un prolapsus utérin très marqué qui occasionne une grande gêne de la miction et la station debout cause des tiraillements très douloureux dans le bas-ventre.

Les règles se sont établies sans difficulté vers l'âge de 17 ans; elles ont toujours été exactes et peu abondantes jusqu'au mariage, qui eut lieu à 27 ans; trois mois après, à la suite d'une perte considérable qui dura cinq mois, les règles devinrent très abondantes tout en gardant leur régularité; depuis quatre ans, elles se sont transformées peu à peu en ménorrhagies et sont devenues très irrégulières; enfin, elles ont à peu près disparu depuis cinq à sept mois; depuis cette époque, la malade n'a perdu que quelques gouttes de sang et à des intervalles très variables.

La malade n'a jamais eu d'enfants. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires.

Telle est l'histoire de cette malade jusqu'aux deux mois qui ont précédé l'entrée à l'hôpital; l'état général était relativement assez bon et les forces étaient en grande partie conservées; mais, pendant ces deux mois, la malade s'est livrée à un travail excessif, espérant, disait-elle, trouver en lui sa guérison, et à la suite de ce surmenage, qui, comme on le pense, ne fit qu'aggraver la maladie, cette femme fit des voyages de plusieurs lieues à pied pour aller consulter divers médecins; aussi arriva-t-elle à l'hôpital Bichat après un trajet de dix-sept heures en chemin de fer dans un état véritablement désespéré.

Les membres inférieurs sont distendus par un œdème considérable; la paroi abdominale, également œdématiée au niveau de l'hypogastre, est extrêmement tendue, lisse,

©BIU Santé

luisante, difficile à déprimer; la résonance produite par le tympanisme occupe tout l'abdomen; il n'existe un peu de matité qu'à la partie inférieure du ventre. La distension de la paroi gêne la palpation; la main ne peut limiter que quelques noyaux et quelques plaques qui semblent peu épaisses; à leur niveau, la sonorité est exagérée comme dans les autres points; elles jouent le rôle de plessimètre par rapport aux anses intestinales sous-jacentes météorisées; ces plaques ont fait croire à plusieurs observateurs que cette malade était atteinte de péritonite cancéreuse.

Après des alternatives de diarrhée et de constipation, la diarrhée s'est définitivement établie, la faiblesse est extrême, la dyspnée est très marquée, le facies est jaunâtre.

La malade était *littéralement mourante* à son entrée à l'hôpital; son état reste le même pendant tout le mois d'avril; il faut signaler la persistance de l'appétit, qui n'a jamais fait défaut, et l'absence d'albumine et de sucre dans les urines. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures était très faible; elle était de 250 grammes, de 500 grammes au plus, et la quantité d'urée excrétée par jour ne dépassait pas 3 à 6 grammes.

Dans les premiers jours de mai, la quantité quotidienne d'urine s'accroit très rapidement, et, à partir du 4 mai, elle est en moyenne de deux litres; parfois, la malade rend, par jour, trois, quatre et même cinq litres et demi d'urine. A mesure que cette évacuation abondante est obtenue à l'aide du régime lacté, l'œdème diminue, puis disparait; le tympanisme tombe, les selles redeviennent normales; l'appétit, qui a toujours persisté, devient encore plus actif; la température, qui oscillait entre 38° et 39°, se maintient à présent aux environs de 37°.

Voici les résultats de l'examen local pratiqué le 27 mai :

Le ventre est arrondi, assez régulier, ne retombe pas sur les cuisses; sa circonférence au niveau de l'ombilic est de 97 centimètres; l'ombilic est à 24 centimètres de chacune des deux épines iliaques antéro-supérieures; à 18 centimètres de l'appendice xiphoïde, à 20 centimètres de la symphyse pubienne; il est effacé et déplissé; la peau n'est plus distendue, n'est pas parcourue par des dilatations veineuses; elle est couverte de vergetures dans la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale. On observe à la vue deux saillies, l'une à droite de l'ombilic, l'autre à gauche et au-dessous de lui.

Il n'y a pas d'ascite notable appréciable. La matité occupe les entièrement régions hypogastrique et iliaque; elle remonte sur la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; à gauche, elle est limitée par une ligne qui va rejoindre obliquement l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante; à droite, la matité occupe tout le flanc et remonte presque jusqu'à l'hypochondre, une mince bandelette de sonorité sépare seule la matité abdominale de la matité hépatique. On trouve de la sonorité au niveau des échancrures costo-iliaques, du flanc gauche, de l'hypochondre gauche et de l'épigastre.

A la palpation, on constate deux saillies fluctuantes du volume d'une grosse pomme, l'une à droite et au-dessous de l'ombilic, l'autre dans le flanc droit et remontant presque jusqu'au rebord cartilagineux des fausses côtes; au niveau de cette seconde saillie, la main perçoit un frottement neigeux très manifeste. A gauche de la ligne médiane, dans toute la région située au-dessous de la ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic existent de nombreux lobules arrondis du volume d'une noix à une noisette; un lobe plus volumineux est situé à gauche et au-dessous de l'ombilic. Quant à la région hypogastrique, elle est souple et occupée par la vessie.

L'utérus fait une saillie très considérable à travers la vulve, même quand la malade est dans le décubitus dorsal; la réduction est facile, mais le prolapsus se reproduit aussitôt, alors même que la malade ne fait aucun mouvement et reste dans le décubitus dorsal. Le vagin est complètement renversé, il n'existe qu'une gouttière très superficielle, circulaire, entre la vulve et l'utérus prolapsé; l'orifice utérin est facilement reconnaissable au sommet de la saillie utérine.

Opération le 10 juin 1884. — L'opération est faite avec l'aide de MM. Périer, Berger et J. Championnière. M. le docteur Peyrot y assiste.

L'incision médiane donne du sang et nécessite l'application de pinces hémostatiques nombreuses. Le péritoine est facile à trouver, on l'ouvre largement en haut et en bas avec des ciseaux. En bas, l'ouverture de la paroi est prolongée jusqu'à quelques centimètres du pubis; en haut, on va jusqu'au-dessus de l'ombilic et en passant directement à travers cette cicatrice.

Il s'écoule de l'ascite en quantité notable et le kyste apparaît très bosselé.

Une ponction faite dans un lobe inférieur permet de retirer 5 à 6 litres de liquide filant et clair. Cette poche vidée, on aperçoit nettement le pédicule, situé à gauche; il est saisi entre quatre pinces courbes et sectionné.

Pour enlever le kyste, il faut agrandir l'incision par en haut, et de plus ponctionner une poche située en haut et à droite, ce qui élimine 3 litres de liquide clair.

Il n'y a pas d'adhérences aux parois, une adhérence à l'épiploon est liée au catgut. Le pédicule gauche est alors lié avec trois fils de soie disposés en chaîne. A droite, il existe un second kyste enclavé dans l'excavation et le ligament large. Son pédicule est isolé avec peine et on y place deux pinces courbes et une pince à pression sur une artériole. Ce pédicule est lié avec trois fils de soie disposés en chaîne.

L'utérus est remonté dans le bassin, et la toilette péritonéale est faite. Suture de la paroi par treize points profonds et quatre superficiels.

L'opération a duré cinquante-huit minutes et a été faite d'après les règles de Lister.

Le 10 juin. — Soir : Quelques vomissements muqueux; pas de douleurs abdominales; léger suintement sanguin par le vagin; bien que depuis sept mois les règles aient disparu, la malade perd de temps en temps quelques gouttes de sang; deux ou trois jours avant l'opération, elle avait remarqué un peu de sang, ce léger écoulement apparut immédiatement après une tentative faite pour réduire le prolapsus utérin. Temp. 38°, pouls 80, resp. 24. Un piqûre de morphine de 1 centigramme, glace, champagne, eau de seltz.

Le 11. — Matin : Quelques nausées cette nuit. L'écoulement sanguin a cessé. Temp. 37°8, pouls 78, resp. 23. — Soir : Quelques douleurs abdominales, pas de ballonnement; nausées. Quantité d'urine dans les vingt-quatre heures : un litre un quart. Deux piqûres de morphine de 1 centigramme chacune. Temp. 38°, pouls 84, resp. 24.

Le 12. — Matin : Nausées, un vomissement porracé ce matin; des douleurs abdominales. Temp. 38°, pouls 90, resp. 23. — Soir : Pas de nausées ni de vomissements à la suite de l'évacuation de gaz par une sonde molle introduite dans l'anus. Le malade urine seule pour la première fois, un litre d'urine en vingt-quatre heures. Temp. 38°6, pouls 100, resp. 26.

Le 13. — Matin : La malade se trouve bien. Lait. Temp. 37°8, pouls 88, resp. 24. — Soir : Temp. 38°6, pouls 88, resp. 25. Urine : trois quarts de litre.

Le 14. — Premier pansement, réunion par première intention parfaite, dix fils dont six profonds et quatre superficiels sont enlevés. La malade urine très fréquemment et très peu à la fois, peut à peine retenir ses urines; l'urine reposée ne présente pas de dépôt. Temp. 38°, pouls 76, resp. 22. — Soir : Temp. 38°4, pouls 84, resp 24. Urine : trois quarts de litre.

Le 15. — Matin : Temp. 37°6, pouls 80, resp. 22.

Le 16 — Matin : Deuxième pansement, les fils restant sont enlevés.

Du 16 au 21 juin, la température monte à 38°, 38°5 au plus le soir.

Du 21 au 28, la température, qui le matin est de 38°, monte tous les soirs à 39°; la malade a des nausées et même quelques vomissements bilieux, la diarrhée s'établit et devient rapidement très abondante, le ventre est sensible sans être ballonné au niveau de l'hypogastre et des fosses iliaques, probablement par inflammation subaiguë du pédicule; légère eschare au sacrum. La malade prend tous les jours de la viande crue et du lait pour toute nourriture, une potion avec 4 grammes de bismuth et 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Depuis le 29 juin la malade va très bien; elle sort complètement guérie le 22 juillet 1884, elle était entrée mourante le 4 avril.

La cicatrice, mesurée avant le départ de la malade, a une longueur de 17 centi-

©BIU Santé

mètres, dont 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Il y a une petite éventration sur la ligne médiane.

Les règles n'étaient pas apparues encore le jour du départ.

En février 1885, j'ai reçu des nouvelles de Mme M... la santé était excellente, sauf l'existence probable d'un ver solitaire et de fréquentes bouffées de chaleur. L'embonpoint est normal. Les règles ne sont pas revenues depuis l'opération.

La tumeur enlevée à gauche était un kyste multiloculaire à loges moyennes avec une grande poche, elle pesait 2 kilog. 950, ce qui, ajouté aux 9 litres enlevés pendant l'opération, donne environ 12 kilog.

Du côté droit, la tumeur aussi polykystique s'accompagnait d'une dilatation kystique de la trompe et pesait 250 grammes.

Cette observation est remarquable par le volume acquis par la tumeur, volume s'accompagnant de symptômes généraux et locaux tels qu'à son entrée à Bichat, la malade paraissait vouée à une mort rapide et avant toute intervention possible. Notons encore l'aménorrhée totale, après l'ablation des deux ovaires.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 août. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté sur la nature et le traitement du goître, adressé par M. Chénier, vétérinaire. (Accepté.)

M. Gallard présente, de la part de M. le docteur Lediberder (de Lorient), une brochure intitulée : *La scarlatine, sa nature, son traitement.*

M. Brouardel présente, de la part de M. Lacassagne (de Lyon), un exemplaire de la 2e édition de son *Précis de médecine judiciaire.*

M. Dujardin-Beaumetz présente une brochure intitulée : *Documents historiques sur l'hôpital Cochin*, par le docteur Jacquet de la Tuffière, avec une préface de M. Dujardin-Beaumetz.

M. Maurice Perrin présente, de la part de M. Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un volume intitulé : *Traité des manœuvres d'ambulance et des connaissances militaires pratiques.*

M. Blot, au nom de la Commission de vaccine, donne lecture de la réponse qu'il avait été chargé de faire à la ettre dans laquelle le ministre de l'agriculture demande des renseignements sur la vaccine.

Ces renseignements portent : 1° sur le nombre de tubes de vaccin délivrés chaque année par l'Académie de médecine ; 2° sur le nombre de vaccinations et de revaccinations pratiquées annuellement ; 3° sur la proportion des succès obtenus par ces vaccinations.

Dès les six dernières années, il a été fait 62,216 envois de vaccin en plaques, 26,000 de vaccin en tubes. — Le service de la vaccination de l'Académie a pratiqué, en outre, 3,000 vaccinations. Sur ce nombre, les vaccinations de bras à bras ont donné 99 p. 100 de succès, et les vaccinations avec du vaccin en plaques ou en tubes 85 à 90 p. 100.

M. Blot termine en demandant, au nom de l'Académie, la création de nouveaux centres vaccinogènes dans les principales villes ou ports d'arrivage, tels que Bordeaux, Marseille, Nantes, etc.

Cette proposition est adoptée.

M. Verneuil fait une communication *sur le parasitisme microbique latent.* L'éminent chirurgien appelle ainsi un état pathologique caractérisé par l'existence en divers points

de l'organisme : surface externe ou interne, cavités avec ou sans communication avec l'extérieur, système vasculaire, interstices conjonctifs ou interorganiques, etc., de microbes pathogènes pouvant rester inactifs ou en disponibilité pendant des mois, des années, des lustres, ne se révélant par aucun symptôme patent jusqu'au jour où une cause occasionnelle surgissant, ils arrivent à ébranler la santé ou même à la détruire.

Ces microbes pathogènes existent en grand nombre; beaucoup d'affections locales et de maladies générales ont un agent spécial et spécifique figuré, visible, isolable, cultivable, reconnaissable, en l'absence duquel elles ne sauraient ni exister, ni se développer, ni se propager. Ces microbes, si nocifs qu'ils paraissent être, et qu'ils soient en effet, peuvent nous habiter, nous envahir, nous pénétrer pendant un temps plus ou moins long sans révéler leur présence, ce qui constitue cet état latent, cette latence microbique dont il s'agit ici.

Le microbe peut exister et existe à l'état latent dans le pus de certains abcès (abcès froid, prévertébral, etc.); dans le furoncle et l'anthrax; dans la carie dentaire, origine des abcès dentaires et des périostites diffuses chez les sujets atteints de gingivite chronique ou de périostite alvéolaire; dans l'érysipèle; dans la fièvre de foin; dans la phthisie traumatique des mariniers du Rhône; dans l'intestin des sujets atteints d'obstruction intestinale; dans l'ostéomyélite ou ostéite infectieuse, la tuberculose, la syphilis, la malaria, la fièvre récurrente, etc.

A l'origine de toutes ces maladies, on trouve des microbes qui, longtemps tolérés, inaperçus et semblant alors non pathogènes, font, à un moment donné, naître ou renaître ces affections spécifiques. D'autre part, ces microbes, après avoir déterminé la maladie spécifique, peuvent redevenir inoffensifs pendant une période de temps variable pour reprendre ensuite de nouveau leur nocuité, passant ainsi par des phases d'activité et de repos qui expliquent les retours, réveils, rechutes et récidives, après disparition des maladies infectieuses.

D'une manière générale, on peut dire qu'aucun point du corps n'est à l'abri de l'invasion ni de l'occupation plus ou moins prolongée des microbes; mais M. Verneuil compte dans l'organisme six districts au moins qui se comportent différemment vis-à-vis d'eux :

A. Surface tégumentaire avec ses plis, ses saillies et ses cryptes;
B. Cavités muqueuses en communication immédiate ou médiate avec l'atmosphère;
C. Cavités séreuses et espaces conjonctifs;
D. Cavités vasculaires et lymphatiques;
E. Parenchymes glandulaires ou autres;
F. Foyers pathologiques divers.

Au premier rang doivent être placés la surface tégumentaire, les cavités muqueuses ouvertes et les foyers pathologiques; puis viennent les canaux vasculaires et, enfin, les espaces séreux ou conjonctifs et les masses parenchymateuses. Chaque district peut, d'ailleurs, recevoir une espèce particulière ou plusieurs espèces de microbes.

L'aptitude à être envahi par les microbes varie suivant les individus, les âges et les différentes conditions de la vie normale ou pathologique.

On peut, à ce point de vue, admettre six catégories de sujets : 1° sujets sains; 2° sujets bien portants issus de parents sains; 3° sujets bien portants issus de parents ayant été atteints de microbopathies ou l'étant encore; 4° sujets bien portants, mais ayant été antérieurement atteints de microbopathies; 5° sujets en convalescence de microbopathies; 6° sujets actuellement en puissance de microbopathies.

Examinant le microbisme latent chez les individus de ces diverses catégories, M. Verneuil montre que, chez les sujets sains, ce microbisme, s'il ne crée pas la maladie, constitue toujours un danger prochain, une imminence morbide, et le danger n'existe pas seulement pour le microbifère resté sain, mais aussi pour son entourage. Ce recel latent des germes morbides peut durer un temps illimité, ce qui en constitue le péril.

Chez les sujets bien portants, issus de parents sains, le microbisme latent crée une imminence morbide plus prochaine que chez les sujets sains et presque inévitable. M. Verneuil appelle période de latence *prémorbide* la phase comprise entre l'infection réelle et les premières manifestations pathologiques; elle répond à ce qu'on appelle

©BIU Santé

vulgairement l'*incubation* et varie beaucoup d'une maladie à l'autre. La latence peut se prolonger pendant la vie entière, ce qui arrive même communément pour la tuberculose, puisque, à l'autopsie d'un grand nombre de sujets âgés, on trouve au sommet des poumons des dépôts crétacés anciens attestant une atteinte dont rien n'avait fait soupçonner l'existence.

Chez les sujets bien portants issus de parents atteints d'une maladie microbique, le microbisme latent peut avoir une double origine, ou la contagion après la naissance, ou l'infection pendant la vie intra-utérine. Si l'on admet l'infection congénitale, on accepte implicitement le microbisme latent depuis la vie intra-utérine jusqu'à l'apparition des premiers symptômes spécifiques, c'est-à-dire pendant un quart de siècle si par hasard la tuberculose héréditaire n'éclate qu'à 25 ans. Il y a plus et la latence microbique peut, dans cette catégorie également, durer toute la vie, si l'on croit possible que l'hérédité saute une génération et passe de l'aïeul au petit-fils sans atteinte apparente du père ou de la mère.

Donc, pour quelques maladies infectieuses, le microbisme latent, s'il n'est ni constant ni même fréquent, est au moins toujours admissible chez les sujets fort bien portants en apparence, mais dont les ascendants ont été infectés.

Chez les sujets bien portants, mais antérieurement atteints d'une maladie microbique, le microbisme latent, s'il n'existe pas toujours, est au moins fort habituel. Dans certaines maladies (syphilis, malaria, tuberculose, ostéomyélite), il persiste en quelque sorte indéfiniment, la maladie n'abandonnant guère l'organisme et reparaissant après des entr'actes de durée variable sans contagion nouvelle, en divers points et sous différentes formes. Dans un second groupe de microbopathies (septicémie, érysipèle, furonculose, blennorrhagie), la maladie paraît susceptible de guérison complète, la *restitutio ad integrum* est admissible, mais le retour de la maladie peut se faire, soit par contagion nouvelle, soit par réveil, rechute ou récidive du microbisme latent.

Chez les sujets en convalescence de microbopathies, le microbisme persiste ayant seulement pris la forme latente. En regard du parasitisme microbique latent *prémorbide* ou de l'*incubation*, on peut admettre le parasitisme latent *post-morbide* ou de la *convalescence;* les deux ayant une durée variable et malheureusement tout à fait indéterminée dans la majorité des cas.

Enfin, chez les individus de la sixième catégorie, c'est-à-dire actuellement atteints de microbopathie, le microbisme peut encore exister à l'état latent, soit qu'il ait une origine antérieure à l'invasion microbique nouvelle, soit qu'il ait été surajouté, soit qu'il y ait association de microbes différents dans un même foyer, soit, enfin, qu'il y ait multiplicité de foyers microbiques.

M. Verneuil pense que la doctrine du microbisme latent telle qu'il la conçoit, est de nature à éclairer divers points encore fort contestés de pathologie générale ; elle renverse entre autres un des arguments les plus puissants invoqués en faveur de la spontanéité des maladies infectieuses; celui qui consiste à nier l'origine extérieure du mal quand on ne parvient pas à prendre l'agent infectieux en flagrant délit de pénétration. En revanche, elle rend possible une entente vainement recherchée jusqu'à ce jour entre les spontanéistes qui accordent et les hétérogénistes qui refusent à l'organisme la puissance d'engendrer les maladies infectieuses, en formulant cette proposition, que l'organisme peut, en effet, renfermer en lui les germes morbides, mais à condition de les avoir reçus et sans jamais les avoir créés.

Elle explique à merveille la durée illimitée, les récidives, les rechutes, les contagions inattendues et invraisemblables des maladies infectieuses, ainsi que leur apparition ou leur réapparition sous l'influence de causes banales.

Elle simplifie notablement leur étiologie et leur pathogénie en permettant d'affirmer l'existence de leur agent spécial, si caché qu'il soit, quand elles viennent à éclater, et en indiquant qu'il faut chercher cet agent non seulement dans le milieu extérieur où vit le patient, mais encore en lui-même, dans tous les districts et dans tous les milieux partiels du corps.

La même théorie conduit à des applications pratiques nombreuses :

Sur le terrain chirurgical, elle dicte une série d'actes locaux et généraux d'une impor-

tance égale pour l'opérateur et pour le thérapeute. Elle commande au premier de stériliser avec soin les foyers morbides sur lesquels il doit agir; de purifier avec persévérance et rigueur les régions exposées et les cavités où les microbes pourront persister insidieusement après l'attaque spécifique; d'attendre au moins, en cas de parasitisme permanent et inévitable, le retour des microbes à l'état latent; en cas d'infection locale circonscrite, de dépasser les zones suspectes ou de modifier ces zones par des moyens locaux appropriés; en un mot, elle complique sans doute le traitement préliminaire, mais de façon à décupler les chances des succès opératoires et aussi des succès définitifs.

La théorie rappelle au chirurgien thérapeute qu'il a le plus souvent affaire non seulement à des foyers microbiques patents ou latents, mais aussi à une affection parasitaire généralisée qui peut précéder, accompagner ou suivre les manifestations locales; que, en d'autres termes, si certains points circonscrits de l'organisme semblent et sont en effet plus gravement occupés par les parasites, le reste de l'économie, au degré près, est également envahi.

En conséquence la thérapeutique doit toujours viser les deux éléments morbides et chercher à détruire les microbes, aussi bien dans les localités où ils se montrent que dans les profondeurs de l'organisme où ils se cachent.

Chaque fois que l'on sera en possession d'un traitement spécifique, on devra l'appliquer avant, pendant et après les actes chirurgicaux ou les manifestations infectieuses. Au lieu de cesser ce traitement après la guérison apparente des traumas ou des affections réputées spontanées, comme on a trop de tendance à la faire, il faudra le continuer longtemps, très longtemps même, dans l'espoir de détruire les microbes pathogéniques et leurs germes.

On devra profiter, beaucoup plus qu'on ne le fait, des périodes de latence prémorbide et postmorbide ainsi que des trèves plus ou moins longues qu'on observe entre les rechutes ou récidives, parce que la logique permet de croire qu'on détruirait plus facilement les micro-organismes lorsqu'ils sont rares et inactifs que lorsqu'ils abondent et jouissent de toutes leurs propriétés nocives.

M. Verneuil pense que cette théorie, encore à l'état d'ébauche, prendra bientôt dans la science médicale la place qu'elle mérite, s'il faut en juger par les adhésions discrètes qu'elle commence à recevoir de toutes parts.

— M. Pécholier (de Montpellier) lit un travail intitulé : *De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen du sulfate de quinine et des bains tièdes.*

L'auteur conclut que, « par son action antizymotique, la quinine associée aux bains tièdes dompte et raccourcit la fièvre typhoïde; elle la jugule, elle ne lui laisse qu'une durée moyenne de quatorze ou seize jours. Les 13 faits contenus dans ce mémoire portent aujourd'hui au delà de 65 les cas consécutifs, hâtivement guéris par cette méthode sans aucun insuccès. »

M. Bergeron, rapporteur de la commission de l'alcool, donne lecture des nouvelles conclusions adoptées par la commission.

1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, telle qu'elle se pratique partout aujourd'hui avec les alcools industriels. Mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucre cristallisé;

2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirets;

3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool. Parmi ces mesures, elle signale la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ouverts à l'importation des vins étrangers;

4° Les alcools dits supérieurs augmentant dans une forte proportion les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à la fabrication des liqueurs soient absolument purs;

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

La discussion reprendra, dans la prochaine séance, sur ces nouvelles conclusions.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les différents concours du clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

1° *Clinicat des maladies cutanées syphilitiques.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Morel-Lavallée ; chef de clinique adjoint : M. le docteur Feulard.

2° *Clinicat des maladies des enfants.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Queyrat ; chef de clinique adjoint : M. le docteur Le Gendre.

3° *Clinicat des maladies mentales.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Pichon ; chef de clinique adjoint : M. le docteur Rouillard.

4° *Clinicat médical.* — Chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs Bourcy et Sapelier ; chefs de clinique adjoints : MM. les docteurs Duflocq et Œttinger.

5° *Clinicat chirurgical.* — Chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs Barette, Castex et Guinard ; chef de clinique adjoint : M. le docteur Hache.

6° *Clinicat obstétrical.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Loviot ; chef de clinique adjoint : M. Boissard.

7° *Clinicat ophthalmologique.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Valude ; chef de clinique adjoint : M. le docteur Kolt.

— Le concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le lundi 26 juillet 1886. Ont été nommés : MM. les docteurs Marchant et Bazy.

— Le concours ouvert le 28 juin dernier pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés, s'est terminé samedi matin 24 juillet 1886. Le nom de M. le docteur Seglaz a été proclamé.

— M. Stanistas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera, du vendredi 6 au lundi 16 août 1886, une excursion géologique en Suisse, conformément à l'itinéraire suivant. Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le vendredi 6 août, à neuf heures dix minutes du soir, où l'on prendra le train pour Genève.

Première journée, samedi 7 août : Genvèe ; — deuxième journée, dimanche 8 août : Berne, lac de Thoune, Dœrlingen ; — troisième journée, lundi 9 août : d'Interlaken à Grindelwald par le Wengernalp ; l'Eiger ; la Jungfrau ; — quatrième journée, mardi 10 août : de Grindelwald à Meirigen ; la grande Scheideck ; le glacier de Rosenlaui ; — cinquième journée, mercredi 11 août : de Meirigen à l'hospice du Grimsel ; — sixième journée, jeudi 12 août : de l'hospice du Grimsel, par le col de la Furca, à Andermatt ; vallée d'Uri ; glacier de Galenstock ; — septième journée, vendredi 13 août : d'Andermatt, par la vallée de la Reuss, à Altorf et à Fluelen ; — huitième journée, samedi 14 août : de Fluelen à Lucerne, par le lac des Quatre-Cantons ; ascension du Righi ; le mont Pilate ; — neuvième journée, dimanche 15 août : chemin de fer pour Berne, Neuchatel-Pontarlier et Paris, où l'on sera rentré le lundi 16 août 1886 au matin.

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer de Paris à Genève et de Pontarlier à Paris sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie du Muséum d'ici au mercredi 4 août 1886, quatre heures du soir, et y verseront le montant de la demi-place, soit la somme de 49 fr. 90 cent.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Muséum, au laboratoire de géologie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Trois observations d'hystérectomie vaginale. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Causerie. — V. Formulaire.

Trois observations d'hystérectomie vaginale,

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

Je désire vous entretenir de trois malades auxquelles j'ai fait l'hystérectomie vaginale et qui sont aujourd'hui bien portantes. Vous les connaissez déjà sommairement. Les notes qui vont me servir à vous exposer leur histoire m'ont été remises obligeamment par M. Verchère, chef de clinique à la Pitié, et par M. Bonnet, interne à l'hôpital Bichat.

I. — Il s'agit, en premier lieu, d'un énorme épithéliome du col utérin, malheureusement propagé au ligament large du côté droit, et que j'ai opéré dans le service de mon excellent maître, M. Verneuil.

Augustine F... a 31 ans, cinq enfants et une parfaite santé. Le dernier accouchement remonte au mois de juin de l'année dernière. Elle vient en mars 1886 à la consultation de la Pitié, se plaignant de quelques douleurs et surtout de pertes rousses. On trouve avec surprise, chez une femme d'aussi belle apparence, un épithélioma du col. A ce moment, elle allaite encore son enfant et n'a point eu son retour de couches.

Au toucher, la tumeur est très irrégulière, déchiquetée, semblant formée d'une série de polypes longs et grêles, implantés sur toute la surface du col utérin. Celui-ci présente, au-dessus des végétations, sa consistance normale. Il est facile de le contourner avec l'indicateur; sur toute la circonférence, il existe entre les tissus malades et les culs-de-sac une hauteur de 1 centimètre au moins.

C'est maintenant qu'il faudrait opérer. Mais la malade rentre chez elle

FEUILLETON

CAUSERIE

Propos alcooliques.

Voilà l'Académie de médecine complètement prise de boisson, avec sa discussion sur l'alcool : discussion pleine d'intérêt, comme tout ce qui touche à ce sujet brûlant; il faut savoir gré au Sénat de l'avoir provoquée, en donnant la parole à l'Académie de médecine la première dans la grande enquête que le Parlement a entreprise sur l'alcoolisme.

Vinage, sucrage, mouillage, peuvent sembler de bien menus détails dans la fabrication et la manipulation du vin; on comprend, à la rigueur, les hygiénistes qui acceptent ces pratiques comme de peu d'importance parmi les causes de l'alcoolisme; mais on comprend aussi ceux qui les repoussent et réclament le respect absolu du jus de la treille, parce qu'en fait d'alcoolisme il n'y a pas de facteur négligeable, et qu'ici plus que partout les petites causes produisent de grands effets. Je voterais donc avec les intransigeants, contre tous les maquillages qu'on fait subir au vin; l'hygiène publique ne peut obtenir une satisfaction relative contre l'alcoolisme que si l'autorité se montre intraitable sur les principes; à des lois rigoureuses on trouvera toujours assez de fissures pour en prendre à son aise avec nos boissons; si les lois sont molles et tolérantes, les fissures se changeront en fleuves pour nous abreuver de poisons.

pour faire passer son lait et sevrer son enfant. Revenue le 4 mai, on trouve que la tumeur a fait des progrès considérables; le col est partout envahi; un énorme fongus remplit le vagin; le doigt contourne avec peine la masse morbide et trouve partout les culs-de-sac libres, sauf à droite, où le tissu cancéreux paraît se propager davantage. L'ablation totale de l'utérus est possible, mais elle offrira des difficultés, comme le fait prévoir l'envahissement d'un cul-de-sac vaginal.

Le 20 mai 1886, je procède à l'opération avec l'aide de M. Verneuil. Sur son avis, je commence par enlever avec une chaîne d'écraseur la moitié du cancer dont le vagin est obstrué; je puis alors saisir le tissu morbide avec les pinces de Museux et abaisser l'utérus, mais dans une faible mesure. Incision circulaire des culs-de-sac vaginaux, décollement de la vessie, ouverture du péritoine en avant et en arrière, difficile à cause du volume de la tumeur que je n'ai pas assez largement réséquée.

Les premiers temps sont terminés, mais l'utérus a toujours peine à descendre. J'arrive à toucher du doigt le bord supérieur du ligament large du côté gauche, attaqué le premier parce qu'il est souple et sans trace d'envahissement. La pince longue est placée; la section au ras de l'utérus est faite assez péniblement, car il faut monter très haut pour atteindre le fond de l'organe.

C'est alors que l'exploration attentive du côté droit nous montre l'impossibilité de placer commodément la pince longue sur le second ligament large en dépassant les limites de la tumeur. Je me décide à tirer hors de la vulve l'utérus libéré du côté gauche, et à placer à droite, sur le tissu morbide friable et saignant, des pinces de différents modèles, droites et courbes, qui étreignent les parties dans tous les sens, à mesure que je détache l'utérus à coups de ciseaux. L'organe enlevé, il reste six pinces appliquées sur le tissu cancéreux, et qui, j'espère, le feront tomber en détritus; mais il m'est impossible d'affirmer que j'aie dépassé en dehors les limites du mal. — Tampons d'iodoforme, ouate aseptique et bandage en T; l'opération a duré une heure un quart.

Il faut attaquer l'alcoolisme par ses petits cotés, le harceler, le taquiner, parce que dans ses causes premières et générales, dans son existence, il est invulnérable. On ne peut pas supprimer l'alcoolisme; on ne peut que le mitiger, l'adoucir; non pas extirper le mal, mais le diminuer; non pas fermer la plaie, mais la rendre moins profonde et moins cuisante.

En attendant le retour de l'âge d'or ou la réouverture du paradis terrestre, seules conditions où l'on pourrait se figurer les hommes ne buvant pas de spiritueux, il s'agit d'obtenir qu'ils boivent bon, au lieu de boire mauvais. Cette solution, la seule pratique et acceptable dans la lutte contre l'alcoolisme, est en même temps le seul antidote efficace de l'alcoolisme lui-même. Des gens timorés s'écrieront, en lisant ce qui précède : Mais c'est abominable! En fournissant au peuple des boissons saines et agréables, vous le pousserez à boire de plus en plus. — Eh bien, c'est tout le contraire; les boissons naturelles ne sont pas celles qui poussent à la consommation; on se rassasie plus vite de bon vin, de bonne eau-de-vie, que des mélanges inavouables qui les remplacent aujourd'hui, car ceux-ci contiennent des poisons dont un des effets est précisément d'exciter le buveur à forcer toujours la dose; c'est une dypsomanie aiguë, une fureur de boire, d'autant plus impérieuse que l'alcool ingéré est plus toxique; c'est sous l'influence des boissons les plus nuisibles qu'on voit les buveurs se lancer des défis, multiplier les tournées, et ne s'arrêter dans ce vertige qu'à la saturation et à l'ivresse complètes. Les spiritueux de bonne qualité produisent beaucoup moins cette insatiabilité, ces fanfaronnades, et le proverbe : Qui a bu boira, se vérifie surtout dans l'ivrognerie la plus

Dans la soirée, quelques vomissements et douleurs modérées; temp. 38°. Cathétérisme, piqûre de morphine, potion de Todd et champagne frappé.

Le 21, vomissements fréquents, temp. 38°, facies légèrement grippé, un peu de ballonnement du ventre. Le 22, ablation des pinces. Le 23, la figure est bonne et le ventre n'est pas douloureux.

Jusqu'au 28, les tampons sont entraînés successivement par les lavages au sublimé; on continue ensuite les irrigations trois fois par jour. L'état général s'améliore franchement et la température oscille de 37° à 38° au maximum. Le 25, on observe un écoulement notable d'urine par le vagin, bien que la vessie en donne toujours au cathétérisme; il est évident qu'une des pinces a pris l'uretère du côté droit.

Du 28 mai au 15 juin, la malade s'alimente et reprend ses forces; l'écoulement d'urine par le vagin continue.

Le 15 juin, on reconnaît par le toucher que le vagin se termine en cul-de-sac. Tout en haut, vers la droite, on sent dans la paroi quelques nodosités mamelonnées, irrégulières, revêtues de la muqueuse intacte, et au-dessus d'elles une dépression en cul-de-poule, qui paraît être l'orifice anormal de l'uretère. Par le spéculum, on voit un bourgeon rougeâtre, arrondi, non saignant, qui semble former le centre d'une cicatrice étoilée. En déplissant les parois vaginales, on ne peut apercevoir ni les nodosités que le doigt sentait ni l'orifice par où s'échappe l'urine.

En juillet, les nodosités de la paroi ont augmenté de volume, la muqueuse reste saine; la malade se plaint de quelques douleurs du côté du rectum et d'un peu de gêne pour aller à la selle, mais le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Elle quitte l'hôpital, perdant toujours une partie de ses urines et portant un appareil, mais d'ailleurs en très bonne santé.

II. — Encore un épithéliome du col utérin, mais siégeant à sa face interne, bien limité, n'ayant pas touché les annexes.

Louise C... (hôpital Bichat, 27 mai 1886) est une femme de 33 ans, vigoureuse et bien portante, sans aucun antécédent héréditaire; quatre gros-

---

dangereuse. Rendre l'alcool moins méchant, c'est en même temps en diminuer l'usage; il y a donc là comme un cercle à tracer autour de l'alcoolisme, cercle qui pour une fois, et contrairement à l'habitude de tous les cercles, ne sera pas vicieux.

*
* *

L'alcoolisme est vieux comme le monde, et il couvre le monde entier; toutes les époques, toutes les races sont égales devant la bouteille. Le sauvage adore la liqueur de feu et se soûle avec frénésie; l'état de nature n'est donc pas un préservatif de l'ivrognerie; quant aux peuples qui se piquent de civilisation, ils se piquent aussi le nez comme de simples Hurons. La vertueuse Helvétie, à qui nous devons les boîtes à musique et les cigares de Vevey, a dû prendre dernièrement des mesures restrictives très sévères contre l'importation et la vente des spiritueux; la non moins vertueuse Angleterre se pocharde en chantant le *God save the Queen*; la Russie tire le plus clair de ses revenus des droits sur l'alcool, ce qui prouve qu'on ne l'y emploie pas exclusivement pour chauffer les cafetières à l'esprit-de-vin; enfin sous toutes les latitudes on boit et on se grise. Un penchant si universel n'est pas un caprice dsnt on puisse espérer la disparition; c'est une tunique de Nessus qui restera collée aux flancs de l'humanité; pourquoi cette habitude est-elle passée au rang des instincts, des besoins irrésistibles de l'homme? Je ne me charge pas d'en trouver la raison; je constate ce qui est, ce qu'on ne peut nier ni méconnaître à moins d'un optimisme aveugle.

A cette passion devenue comme une seconde nature, les circonstances donnent parfois

sesses normales et accouchements faciles de 20 à 27 ans. Il y a deux ans, troubles utérins passagers; leucorrhée habituelle.

En février dernier, survint au moment de ses règles, et pour la première fois, une métrorrhagie abondante. Depuis cette époque, elle a presque continuellement, dans l'intervalle des règles, un suintement roussâtre et fétide. Elle ne se plaint d'aucune douleur et l'état général est satisfaisant, bien qu'elle affirme avoir maigri et perdu de ses forces depuis le mois de février.

Le col est volumineux, largement ouvert; les lèvres épaisses, indurées, déjetées en dehors, sont doublées à leur face interne d'un tissu noirâtre, bourgeonnant, ulcéré, dont le doigt, introduit difficilement, n'atteint pas la limite supérieure. La face externe du col et les culs-de-sac vaginaux sont indemnes. L'existence d'un épithéliome ayant débuté par la cavité cervicale n'est pas douteuse.

Le 11 juin, hystérectomie vaginale avec l'assistance de mon collègue Terrier. Anesthésie par M. Rollin, interne du service.

Après l'évacuation de la vessie et l'irrigation du vagin au sublimé, l'utérus est attiré à la vulve à l'aide de deux pinces de Museux. Incision circulaire avec le bistouri, au niveau de l'insertion du vagin sur le col; séparation de la vessie et de l'utérus, principalement avec le doigt; le cul-de-sac antérieur du péritoine est pincé, ouvert avec les ciseaux, puis largement déchiré. En arrière, ouverture du cul-de-sac péritonéal par une manœuvre analogue.

L'utérus ne tenant plus alors que par les ligaments larges, celui du côté droit est accroché par son bord supérieur avec l'index de la main gauche, puis saisi par une longue pince, courbe sur le champ, dont les mors sont introduits dans chacune des deux ouvertures péritonéales, et que je serre au dernier cran. Cela fait, l'insertion du ligament large est coupée au ras de l'utérus avec de longs ciseaux, et l'organe, libéré du côté droit, peut être attiré hors de la vulve. Le ligament gauche est alors saisi facile-

---

un surcroît de gravité. L'état social et politique d'un pays peut y augmenter la consommation de l'alcool, et je crois que c'est un peu le cas chez nous. Le caractère démocratique et passablement démagogique de nos institutions est complice des progrès de l'alcoolisme en France. L'homme à qui l'on répète tous les jours qu'il est le maître, qu'il est souverain, arrose volontiers sa souveraineté de quelques petits verres, au fond desquels il trouve l'entrain, la gaîté, la confiance, la jactance qui lui tiennent lieu de sceptre et de couronne. Au commencement, les révolutions se sont faites à coups de canon ; elles s'affirment et se glorifient maintenant à coups de canon..... sur le comptoir. De sorte que les conquêtes de 1789 auront préparé l'avènement, non pas du tiers-état, ni du quatrième état, mais de l'état d'ébriété.

Les Sociétés de tempérance n'y peuvent rien, car elles servent surtout à constater la tempérance de leurs membres, sans étendre cette vertu beaucoup au delà. Elles sont fondées par des gens n'aimant pas la boisson et ayant mauvais estomac; ils distribuent ensuite des médailles et des diplômes pour récompenser chez leurs semblables le même genre de dyspepsie. C'est comme les prix de vertu ; excellents pour les vertus existantes, peu efficaces pour faire naître des vocations. Combien nous, médecins, pourrions-nous relever dans notre pratique d'alcooliques guéris de leurs funestes habitudes, même dans les cas où la maladie appuyait cruellement nos conseils? Les conversions qu'on n'obtient pas par l'explication, par la démonstration des suites affreuses de l'ivrognerie, les bonnes paroles n'y réussissent pas davantage. Ne signale-t-on pas un marasme désolant de l'industrie des rosières malgré les fêtes qu'on célèbre

ment dans les mors d'une seconde pince, la section faite à ciel ouvert, et l'utérus enlevé.

Quelques artères saignant sur les bords de la plaie vaginale, j'y applique cinq pinces longues et droites et je les laisse à demeure avec les deux pinces courbes. L'hémostase étant faite et la région nettoyée avec quelques éponges montées, je place dans le vagin plusieurs tampons d'ouate iodoformée; ouate aseptique sur la vulve et bandage en T. L'opération a duré trente-cinq minutes.

Le soir, quelques vomissements bilieux ; douleur lombaire et abdominale modérée. Le suintement séro-sanguinolent oblige à renouveler le pansement extérieur. — Temp. 37°6. — Champagne et glace ; une injection de morphine ; cathétérisme. — Repos et sommeil pendant la nuit, dans l'intervalle des vomissements.

Le 12, on enlève les pinces droites, mais non les deux pinces courbes des ligaments larges. On laisse deux tampons d'iodoforme, et des injections de bichlorure, trois fois dans la journée, sont faites à l'entrée du vagin.

L'ouate extérieure est à peine souillée le soir ; les douleurs sont légères, les vomissements ont disparu. — Temp. 38°.

Le 13 et le 14, ablation des deux pinces courbes et des derniers tampons; la température est encore le soir à 38°4. Le 15, l'urine est rendue spontanément ; la malade, qui jusqu'ici n'a pris que du lait et des potages, demande à manger. Le 17, l'appétit est bon, les digestions faciles, la température à 37°, la douleur nulle.

Le 25, date correspondant à l'époque des règles, la malade éprouve quelques douleurs et expulse un petit caillot. Elle se lève le 3 juillet pour la première fois, et nous quitte le 11 en parfait état.

III. — Le troisième cas nous sort des cancers ; il s'agit de petits fibrômes et d'un utérus enclavé.

Juliette B... (hôpital Bichat, 7 juin 1886) est une femme de 41 ans qui, mariée à 20 ans, a fait une fausse couche l'année suivante sans cause appréciable, et n'a pas eu de nouvelle grossesse. Depuis sept ou huit ans, elle a

---

en leur honneur, avec livrets de caisse d'épargne à l'appui, dans plusieurs localités des environs de Paris ? On affirme que l'*Assommoir* de Zola a eu une influence réelle sur la diminution de l'ivrognerie dans le peuple ; il est certain que ces vigoureuses peintures du delirium tremens étaient faites pour impressionner la foule, surtout quand elles furent transportées au théâtre ; Legrand du Saulle croyait à cette action prophylactique des principales scènes de l'*Assommoir ;* mais toutes les générations ne liront pas ou ne verront pas représenter l'*Assommoir* ; ses bons effets seront ainsi essentiellement passagers.

***

Le vrai remède, c'est la réaction non pas contre les progrès de l'alcoolisme, qu'on ne peut atteindre directement, mais contre les progrès de l'industrie, qui ont réduit l'alcool à une condition déplorable. L'alcool de vin, ou alcool éthylique, est un mythe aujourd'hui; quelques collectionneurs en possèdent des échantillons qu'on s'arrache pour les musées. Ce qui circule dans le commerce, c'est cette série d'alcools qui sont des poisons, de vrais poisons, autant que l'acide prussique ou le vitriol; leurs noms seuls sont des épouvantails. Considérez cette nomenclature : éthylique a quelque chose de léger, de rapide, qui indique la bienfaisante stimulation de l'alcool de vin; amylique et méthylique sont déjà plus lourds; que dire ensuite des alcools butylique, propylique, caproïque, œnanthilique, caprylique ? Ces mots, en écorchant la bouche, donnent une idée juste des substances qu'ils désignent; c'est de l'harmonie imitative.

des douleurs lombaires au moment des règles ; depuis quinze mois, les douleurs sont devenues continuelles ; depuis un an, elles règnent le long du sciatique gauche et se sont montrées à droite un ou deux mois plus tard. Elles sont surtout violentes pendant la station debout et rendent la marche presque impossible.

Il y a deux mois, la malade a subi deux pulvérisations de chlorure de méthyle, qui ont un peu diminué la douleur. Les pointes de feu, les vésicatoires sur la région sacrée n'ont servi à rien.

Examinée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Landrieux, en mai 1886, la malade est très souffrante et presque paraplégique ; mais elle n'a ni métrorrhagies, ni douleurs hypogastriques, et son état général est satisfaisant.

Au toucher, le col utérin a sa direction normale ; le corps paraît en rétroflexion prononcée, saillant dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; par le rectum, on apprécie mieux sa forme et ses dimensions : il est volumineux, bosselé, comme bourré de petits fibrômes. L'utérus est peu mobile et paraît enclavé dans le petit bassin.

Au toucher comme au spéculum, on constate la présence d'une cloison muqueuse verticale, peu développée, insérée sur le col et le divisant en deux parties inégales. Ce cloisonnement incomplet du vagin fait penser à un utérus double ; mais, en présence des symptômes et des indications chirurgicales, aucune recherche n'est faite pour élucider ce point d'anatomie.

Les douleurs incessantes, la faiblesse des jambes, la tendance probable de ces tumeurs à augmenter de volume, à s'enclaver de plus en plus, à comprimer les organes voisins, rendent nécessaire une opération radicale. Je fais passer la malade à l'hôpital Bichat, et je fais l'hystérectomie vaginale le 5 juillet, avec l'aide de M. Bonnet, interne du service.

Le cathétérisme, l'irrigation antiseptique, l'abaissement de l'utérus, l'incision circulaire des culs-de-sac vaginaux sont exécutés comme à l'ordinaire. La vessie est décollée facilement, mais le cul-de sac antérieur du péritoine est très élevé (comme il arrive dans les cas d'utérus bifide) et se

---

Quant aux provenances de ces alcools dits supérieurs, elles ne sont pas moins effrayantes. On fait maintenant de l'alcool avec n'importe quoi ; tout se distille et se transforme en casse-poitrine ; l'honnête et primitif esprit-de-vin s'est accru d'une lignée de rejetons, parmi lesquels on trouve non seulement l'esprit de betteraves, de grains, de pommes de terre, mais aussi l'esprit de chiffons, l'esprit de vieilles savates, l'esprit de boites Poubelle, etc. Comme c'est appétissant !

***

Malheureusement, l'industrie qui obtient ces estimables produits est représentée par les industriels qui les vendent, et contre eux la lutte sera terrible et incertaine. On se rappelle les cris qu'ils ont poussés quand est venu devant l'opinion le séduisant projet du monopole des alcools. Ce projet sera peut-être un jour la suprême ressource et contre l'alcoolisme et contre nos détresses financières, en donnant à la fois la surveillance et les profits de l'alcool à l'État. Ne serait-ce pas une compensation logique que l'État récupérât en argent, par l'alcool, ce que la nation peut perdre en vigueur par l'alcoolisme ? Mais les distillateurs et débitants ne l'entendent pas ainsi, et la menace du monopole a mis la famille Mastroquet en fureur. Ils ont intrigué, réclamé, pétitionné ; la Chambre syndicale des distillateurs-liquoristes en gros de Paris a exposé à M. le ministre du commerce et de l'industrie que 500,000 familles, vivant du commerce des eaux-de-vie et liqueurs, seraient ruinées par la combinaison de M. Alglave ; et comme le marchand de vins est une puissance électorale, un nommé Jacques, conseiller muni-

dérobe aux recherches. Alors, j'attaque le péritoine en arrière et je l'ouvre bientôt; une pince longue et droite est placée sur la moitié inférieure du ligament large, à droite, de telle façon que l'un de ses mors pénètre dans la déchirure postérieure du péritoine, et l'autre dans l'épaisseur même du ligament qu'il dédouble, puisque le feuillet antérieur de celui-ci n'est pas encore déchiré et ne donne pas accès dans le péritoine. Ce mode d'application de la pince droite suffit pour saisir les vaisseaux contenus entre les deux feuillets, et permet de couper au ras de l'utérus la partie inférieure du ligament. La même manœuvre, répétée de l'autre côté, achève de libérer l'utérus dans une certaine hauteur et permet de l'abaisser davantage, de sorte que le cul-de-sac antérieur du péritoine finit par se laisser atteindre, ouvrir et déchirer comme dans les cas ordinaires. Les pinces courbes sur le champ sont alors conduites à travers les deux ouvertures péritonéales pour aller saisir chacun des deux ligaments larges dans sa partie supérieure; mais d'abord il a fallu contourner avec le doigt les petits fibromes qui font saillie en arrière, afin de rompre leurs adhérences au rectum et à l'enceinte pelvienne; il faut en outre, pour saisir le ligament, porter les pinces en dehors et contourner les masses fibreuses. Section des ligaments au ras de l'utérus, et ablation. Ces diverses manœuvres ont fait durer l'opération une heure un quart, sans compter sept pinces longues ou courtes que j'ai dû placer sur les bords de la plaie vaginale. Tampons d'ouate iodoformée dans le vagin, ouate phéniquée à l'extérieur, bandage en T.

Trois vomissements bilieux dans la soirée, deux piqûres de morphine, sommeil la nuit, temp. 37°8. Très léger suintement jusqu'au lendemain matin.

Le 6, on enlève quatre pinces; il n'y a pas de vomissements, et la douleur abdominale est insignifiante; la malade urine déjà seule vers le soir. Injections superficielles de sublimé, au devant des tampons.

Le 7, ablation des autres pinces; la malade est toujours au champagne et au lait. Le 8, plusieurs tampons ont été entraînés par l'injection; ils n'ont aucune mauvaise odeur. Le 9, les deux derniers tombent; on en met un à

---

cipal, a déposé, dans la séance du 10 mars, un projet de vœu tendant à ce que l'établissement d'un monopole sur les alcools soit repoussé par les pouvoirs publics. Nous sommes donc exposés à voir voter un jour à titre d'indemnité le milliard des marchands de goutte, comme le milliard des émigrés.

Espérons cependant que la santé publique aura gain de cause contre les alcools vénéneux et contre leurs protecteurs intéressés; que le mot d'ordre, lancé par l'Académie de médecine, soit : Rectifions, rectifions, mes frères!

Car on aura beau faire, on n'empêchera jamais que les hommes trouvent du plaisir à *se coller un peu de paradis dans la peau*, comme on dit au *Chat Noir*.

P. Dubray.

Liniment calmant. — N. Gueneau de Mussy.

Baume tranquille		50 grammes.
Laudanum de Rousseau	àà	7 gr. 50 centigr.
Teinture de belladone		
Chloroforme		5 grammes.

Mêlez. — On pratique des onctions, à l'aide de ce liniment, sur les régions douloureuses des personnes atteintes de fièvre typhoïde. — N. G.

la vulve, comme unique pansement, dans l'intervalle des injections. La malade commence à manger; la température n'a jamais atteint 38°.

Juliette B... n'a pas encore quitté l'hôpital ; mais la guérison est acquise, car le 27 juillet elle s'est levée, pour la première fois et marche déjà mieux qu'elle ne marchait depuis bien longtemps, avant d'être opérée.

L'utérus offre deux cavités nettement séparées par une cloison verticale. Le col est double et a deux orifices externes, de chaque côté du cloisonnement vaginal. Le corps est incliné par le poids des tumeurs fibreuses ; celles-ci, développées sous le péritoine, forment deux groupes latéraux, accolés sur la ligne médiane et saillants en arrière. L'ensemble de l'organe a les dimensions d'un petit poing d'adulte.

Aux observations qui précèdent ajoutons, Messieurs, quelques commentaires. Dans la première, je ne pouvais prétendre qu'à un succès opératoire, puisqu'il m'a été impossible de dépasser les limites du cancer, propagé au ligament large. On peut se demander s'il n'aurait pas mieux valu réséquer simplement la partie sous-vaginale du col, c'est-à-dire se contenter d'une opération palliative, après laquelle on aurait fait des pansements attentifs et poursuivi le mal par des cautérisations successives ; on pouvait, en fin de compte, améliorer la situation, calmer les douleurs et prolonger la vie. Souvent nous en sommes réduits là par des cancers franchement inopérables, et nous rendons encore d'assez grands services aux malades. Mais d'abord, il aurait fallu reconnaître l'envahissement du ligament large ; ensuite, l'ayant reconnu, je me demande si la conduite que j'ai tenue n'était pas encore la meilleure. Par l'ablation totale, j'obtenais, au prix d'une opération dont les périls me paraissent de jour en jour plus minimes, une cicatrisation provisoire, une apparence de guérison définitive, un répit prolongé avant que les parcelles cancéreuses, laissées sur place en dépit de mes efforts, aient eu le temps de grossir visiblement, de saigner ou de comprimer les organes. La situation ne valait-elle pas mieux que celle d'une femme à qui on en enlève la partie saillante de sa tumeur, et qui survit peut-être aussi longtemps, mais avec des pansements journaliers, des ennuis continuels, toujours à l'état d'opérée ou de convalescente? Au contraire, ma malade de la Pitié est contente et se croit guérie ; elle n'a ni suintements ni douleurs graves ; un doigt exercé trouve au fond de son vagin des nodosités suspectes, et voilà tout. Malheureusement, l'uretère a été pris dans les manœuvres que j'ai dû faire pour enlever largement les tissus morbides ; elle perd ses urines et porte un appareil ; il faut lui dire qu'on guérira sa fistule et s'ingénier à lui faire prendre patience. Voilà un accident qui m'empêche de beaucoup vanter mon intervention ; mais en vérité, sans la fistule, je trouverais ma malade mieux traitée par l'ablation totale de son utérus que par une opération plus timide.

La seconde opérée, femme de 33 ans, bien portante et vigoureuse, était ce que nous appelons tous « un cas favorable ». Notons qu'il s'agissait d'un épithéliome de la face interne du col, et que je ne pouvais savoir si la muqueuse du corps était envahie. Les détracteurs de l'hystérectomie vaginale ont dit qu'elle était bonne seulement pour les cancers débutant par le corps, c'est-à-dire pour des cas excessivement rares. Ils oublient les cancers de la muqueuse, débutant par le col mais gagnant rapidement toute la cavité, rongeant l'utérus par sa face interne, et pendant de longs mois respectant une coque de la paroi qui sépare le néoplasme des tissus voisins. C'est une

forme de l'épithéliome utérin contre laquelle échouerait toute opération parcimonieuse, et qui, d'autre part, nettement circonscrite malgré son étendue, reste longtemps justiciable d'une intervention radicale. L'hystérectomie vaginale trouve dans les cas de ce genre une de ses plus formelles indications.

Enfin, la troisième malade soulève une question intéressante : l'hystérectomie vaginale appliquée aux affections non cancéreuses. Cette femme avait un utérus enclavé, bourré de petites tumeurs et donnant de graves symptômes. Que serait-il advenu? L'utérus grossissant dans la même attitude, la malade serait devenue entièrement paraplégique, épuisée par la douleur, inopérable; ou bien, les tumeurs se développant vers l'abdomen, il aurait fallu recourir, un jour ou l'autre, à l'hystérectomie sus-pubienne. Or celle-ci, pour des raisons diverses, est encore très périlleuse; l'ablation vaginale, au contraire, paraît aussi bénigne que l'ovariotomie la plus simple. N'hésitons pas, quand nous sommes consultés à temps, quand les symptômes nous indiquent une marche progressive, à tirer en bas les tumeurs qui peuvent passer dans la filière pelvienne. Pourquoi la plupart des auteurs n'ont-ils songé qu'à l'épithéliome? C'est que lui seul pouvait légitimer une opération dangereuse, difficile et mal réglée. Mais, aujourd'hui qu'elle peut guérir à peu de frais des maladies que nous regardions s'accroître en spectateurs désarmés ou timides, je n'hésite pas à croire que ses indications vont s'étendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Friedel, présente une note de M. L. Garnier, sur le *rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique.*

« L'oxygénation du sang veineux dans les poumons, sa transformation en sang artériel se comprend très facilement, étant donné que l'oxygène s'y trouve presque en entier combiné à l'hémoglobine (14/15 dans les expériences de M. P. Bert) qui s'en empare, alors même que la tension du gaz dans l'air alvéolaire est bien inférieure à celle qu'il possède dans l'air atmosphérique.

« Il n'en est plus de même du dégagement de l'acide carbonique du sang veineux. Outre que sa tension dans l'air du poumon est assez forte (de 5,4 à 3,8 pour 100, suivant les auteurs), il résulterait des recherches de Wolffberg et Nussbaum que la tension du gaz carbonique dans le sang venant du cœur serait à peu près la même que celle du gaz libre dans les alvéoles ; d'ailleurs, M. P. Bert a démontré que, même au contact de l'air pur, le sang veineux ne perd que très lentement son acide carbonique et que l'influence du vide n'accélère le dégagement qu'à de basses pressions. Il s'ensuit que le départ de CO^2 se trouve soumis aux conditions physiques les plus défavorables, et qu'il y a lieu de chercher si une action chimique n'intervient pas pour provoquer ce dégagement au contact de l'air alvéolaire.

« Mes recherches m'ont conduit aux résultats suivants :

« 1° Si l'analyse chimique du poumon ne m'a pas permis d'en extraire un acide déterminé, j'ai du moins constaté sur trois poumons de bœuf et de mouton très frais que le tissu pulmonaire haché avec de l'eau froide donne, par expression, un liquide qui, bien que mélangé au sang alcalin, est toujours faiblement, mais nettement acide.

« 2° Le tissu pulmonaire rendu exsangue par une injection d'eau distillée dans les vaisseaux, sur des chiens chloroformés, est encore faiblement acide, et cette acidité n'est pas due à l'acide carbonique.

« 3° L'outremer bleu injecté en pulvérisation dans le poumon de cobayes vivants se

décolore après un certain temps de séjour dans le parenchyme (vingt-six jours dans mes expériences), qui retient les éléments minéraux de la matière colorante, silice et alumine. Cette décoloration, déjà indiquée par Dressler, ne peut se produire qu'au contact d'un acide fort ; la taurine, l'acide carbonique et les bases sont sans action.

« La conclusion est la suivante : il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différent de la taurine, auquel doit être attribuée l'action de ce parenchyme sur les réactifs de coloration que j'ai mentionnés. Que ce corps soit ou non l'acide pneumique de Verdeil, que je n'ai d'ailleurs pas retrouvé, le fait de l'acidité du poumon a en lui-même une grande importance physiologique.

« J'ai dit combien il est difficile d'expliquer par une simple action physique le passage de l'acide carboniqne du sang veineux dans l'atmosphère des alvéoles, la tension de dissociation de ce gaz étant contrebalancée en partie, sinon même totalement, par la tension propre à CO^2 qui existe déjà dans les alvéoles ; mais, si le tissu pulmonaire est acide, une réaction doit se produire entre cet acide et les combinaisons carboniques du sang veineux, bicarbonate et phosphocarbonate de soude, réaction qui aboutit à la mise en liberté du gaz carbonique, qui acquiert ainsi une tension de beaucoup supérieure à la simple tension de dissociation qu'il possède dans les combinaisons mentionnées. »

M. A. Milne-Edwards présente une note de M. G. Pennetier *sur la limite de la résistance vitale des anguillules de la nielle.*

« Une série d'expériences, poursuivie depuis 1872, m'a permis de fixer la limite de la résistance vitale des Anguillules de la nielle conservées à l'air libre, à l'abri de leur coque.

« Tous les ans, pendant l'été, au mois de juillet ordinairement et par une température de 20° à 25°, je place un certain nombre de grains dans autant de verres de montre, que j'expose sous une cloche à l'action de l'air humide, et, au bout de quelques jours, j'ajoute de l'eau à la température ambiante.

« Après un temps variable, temps d'autant plus long que les grains sont plus âgés, j'ai pu constater jusqu'à ce jour des mouvements, d'abord partiels et douteux, bientôt suivis d'une immobilité momentanée ; puis ensuite des mouvements ondulatoires généraux s'effectuant sur place.

« A propos des Anguillutes de la nielle, Baker écrivait, en 1753 :

« Lorsqu'elles sont une fois parfaitement sèches et dures, elles paraissent à peu près « à l'abri des altérations ultérieures, pourvu que leurs organes ne soient ni brisés, ni « dilacérés; dès lors, n'est-il pas possible qu'elles soient rendues à la vie, même au bout « de vingt, de quarante, de cent ou d'un nombre quelconque d'années, à condition que « leurs organes soient conservés intacts? L'expérience future peut seule répondre à cette « question. »

« Needham qui, en 1743, découvrit les anguillules de la nielle, constata également leur réviviscence au bout de deux années.

« Baker renouvelant en 1747, puis en 1771, l'expérience de Needham sur les grains recueillis par ce dernier et conservés au sec depuis 1743, vit encore les anguillules revivre au bout de vingt-huit ans. Cette observation, la plus longue que l'on connaisse, méritait confirmation.

« Depuis Baker, Bauer observa la faculté de réviviscence durant cinq ans et huit mois, temps après lequel les anguillules la perdirent; puis, dans une deuxième série d'expériences, pendant six ans et un mois.

« De son côté, Davaine constata qu'elle n'était pas encore éteinte au bout de quatre années :

« Je possède, dit-il, des grains qui ont été récoltés il y a quatre ans et dont les anguil- « lules retrouvent, toutes, le mouvement et la vie lorsqu'on les laisse une journée dans « l'eau. »

« Mais il n'assigna aucun terme à leur résistance vitale :

« Les larves desséchées gardent, ajoute-t-il, pendant un nombre d'années encore « *indéterminé*, la faculté de revivre. »

« Profitant d'une occasion qui avait mis à ma disposition une notable quantité de grains niellés, j'ai voulu à mon tour répéter l'expérience.

« Depuis 1872 (époque où la nielle, inconnue jusqu'alors dans le département de la Seine-Inférieure, y sévit avec une certaine intensité), ces grains sont conservés au sec dans mon laboratoire du Muséum de Rouen, et, chaque année, six ou huit sont mis en expérience.

« Le phénomène de réviviscence se renouvelle chaque fois depuis deux ans avec moins d'intensité; il était devenu à peine sensible l'année dernière, et mes dernières observations, faites du 2 juillet au 13 juillet 1886, m'ont donné des résultats absolument négatifs.

« Je me trouve donc autorisé à conclure que les anguillules de la nielle, conservées et traitées dans les conditions ci-dessus énoncées, gardent pendant quatorze années la faculté de réviviscence, mais ne dépassent pas cette limite. »

COURRIER

Faculté de médecine. — Le concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle, ouvert le mardi 1er juin 1886 à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé mercredi 4 août 1886, à trois heures du soir. Ont été proclamés agrégés, pour les Facultés de médecine ci-après désignées, les douze candidats dont les noms suivent :

A. *Anatomie et physiologie.* — Faculté de Paris : MM. les docteurs Quenu et Poirier.
Faculté de Bordeaux : M. le docteur Ferré.
Faculté de Lille : M. le docteur Assaky.
Faculté de Lyon : MM. les docteurs Rodet et Jaboulay.
Faculté de Montpellier : MM. les docteurs Gilis et Tapie.
Faculté de Nancy : MM. les docteurs René et Nicolas.
C. *Histoire naturelle.* — Faculté de Bordeaux : M. le docteur Nablas.
Faculté de Lille : M. le docteur Barrois.

— L'Association française pour l'avancement des sciences communique une nouvelle liste des communications qui doivent être faites pendant la session du Congrès qui doit s'ouvrir à Nancy le 12 de ce mois. Nous y relevons les questions suivantes qui intéressent plus particulièrement les sciences médicales :

M. Arnould (Jules) : Sur l'état sporadique de la fièvre typhoïde.
M. Brémond (F.) : Hygiène professionnelle du blanchissage et des travaux qui le précèdent ou le suivent.
M. Brouardel : Sur la réforme des lois relatives à l'hygiène.
M. Canu (Eug.) : Sur l'anatomie des mollusques et la systématique des infusoires.
M. Carnot (A.) : Principes à consulter dans le choix des terrains destinés à recevoir les eaux d'égout des villes. — Application à la ville de Paris.
M. Cartailhac : Étude anthropologique des habitants de la vallée de Bethmale.
M. Certes : Sur l'emploi des matières colorantes pour les études histologiques et physiologiques.
M. Chatin : Anatomie comparée végétale appliquée à la phytotaxie. — Sur la mesure de la graduation organique dans les végétaux. — Aperçu de la flore de Paris et du Dauphiné.
M. Deshayes : Du rôle des ptomaïnes dans les empoisonnements par les substances alimentaires.
M. de Ferry de la Bellone : De l'organisation générale des champignons hypogés et de celle des tubéracés en particulier.
M. Gariel (C.-M.) : Du grossissement dans les instruments d'optique et en particulier dans le microscope.
M. Gérardin (A.) : L'hygiène et les lavoirs publics.
M. Grynfeltt : Le bassin sbondylisématique.
M. Guillaume : Relation entre les températures moyennes de l'air et celles du sol.
M. Haller (A.) : Sur l'isomérie des camphols et des camphres. — Sur la cyanacétophénone.
M. Hanriot : Faits sur l'eau oxygénée.

M. Henry (E.): Sur la répartition du tannin dans les bois de chêne.

M. Houdaille : Sur l'évaporation de l'air en mouvement.

M. Kunckel d'Herculais (Jules) : Sur l'organisation des animaux articulés. — Appareils de sécrétion chez les insectes.

M. Ladame : Note sur un cas de myopathie atrophique progressive.

M. Ladureau (A.) : Étude sur un ferment inversif de la saccharose. — Sur la saccharine du docteur Fahlberg.

M. Lantier (E.) : Considérations économiques, sociales et politiques sur le décret du 18 août 1810, concernant les remèdes nouveaux ; sur la loi du 5 juillet 1844, concernant les brevets d'invention ; sur le décret du 3 mai 1850, concernant les remèdes nouveaux.

M. Lardier : Du phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez les alcooliques ; auto-traumatisme et auto-infection.

M. Langlois (Marcellin) : Théorie atomique et moléculaire; résultats obtenus. — Propriétés physiques de l'eau et du mercure. — Observations hygrométriques.

M. Le Dentu (A.) : De l'œsophagotomie interne à temps espacés. — Des scarifications comme traitement préparatoire de l'ablation dans certaines hyperplasies éléphantiasiques.

M. Liébault : Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine chez les adultes et chez les enfants au-dessus de trois ans.

M. Maurel : Du sang dans les différentes races humaines. — Des lois de l'acoustique et du stéthoscope. — Habitations et vêtements dans les pays chauds.

M. Meunier (J.) : Sur l'isomorphisme de l'hexabromure de benzine avec l'hexachlorure du même hydrocarbure. — Sur la saponification de l'hexabromure de benzine. — Sur la synthèse de l'hexachlorure de benzine.

M. Ollivier : De l'hématémèse hystérique.

M. Stœber : Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis dans l'œil et en particulier dans l'iris.

M. Vuillemin (P.) : Les unités morphologiques en botanique. — Recherches mycologiques.

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, n° 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. Henri Huchard : Considérations sur les indications thérapeutiques en général. — II. L. Roulin : Observation de fièvre lactée prolongée selon le type décrit par Cazeaux et Tarnier. — III. Intérêts professionnels : La question de la responsabilité des pharmaciens devant la Société de médecine légale. — IV. Bibliothèque : Etude sur la colombine (principe actif du colombo). — V. Revue des Journaux : De l'action réflexe dans le traitement du hoquet. — De l'action diurétique du calomel. — L'étiologie de la dysménorrhée membraneuse. — — VI. Correspondance. — VII. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Bulletin bibliographique.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN GÉNÉRAL (1).

IV

Indications thérapeutiques dans quelques maladies aiguës et infectieuses. Microbes et ptomaïnes ; thérapeutique antimicrobienne ; opportunisme thérapeutique. — Indications dans la fièvre typhoïde et la variole ; trois causes de septicémie variolique. — Tolérance et inertie médicamenteuses. Médicaments antithermiques et médication antihyperthermique. — Rapports des théories et des indications. Erreurs, illusions ou abus thérapeutiques. Maladies d'estomac et doctrines. — Indication relative au *moral* du malade. — L'école de Broussais et l'œuvre de Maillot. — *Ars tota in indicationibus.*

Nous venons de passer en revue quelques maladies chroniques et nous avons appris combien leur marche, leurs allures, leur thérapeutique étaient influencées par une notion dominante, celle de la diathèse. Parmi les maladies aiguës générales, les maladies infectieuses présentent un grand intérêt d'actualité en raison des théories nouvelles qui viennent de révolutionner la science.

Les indications thérapeutiques résultant des doctrines pastoriennes sont de deux sortes : 1° il faut détruire le microbe; 2° il faut stériliser le terrain sur lequel il se développe et le rendre ainsi impropre à sa culture.

D'une autre part, les travaux remarquables de M. Gautier sur les ptomaïnes et leucomaïnes, nous enseignent l'indication de favoriser à travers tous les émonctoires la sortie des poisons formés au sein de l'organisme.

Vous attendez de moi sans doute une opinion formelle sur ces diverses théories? Hé bien, je n'hésite pas à vous dire qu'il faut les accepter avec un sentiment de réelle reconnaissance, parce qu'elles intéressent l'avenir de la médecine, et que nous devons faire de plus en plus appel dans la pratique de notre art à ces grandes découvertes qui sont l'honneur et la gloire de notre époque. Tous ces travaux remarquables, je les salue avec joie, avec orgueil pour mon pays, et je regarde comme un devoir de suivre ces vaillants éclaireurs qui nous montrent la route à prendre, et qui ont fait plus que trouver le traitement préventif ou curatif d'une maladie, puisqu'ils ont fondé une *méthode*. Mais vous savez que l'esprit humain est comme un homme ivre à cheval : quand on le relève d'un côté, il tombe de l'autre. Or, ne trouvez-vous pas qu'après avoir négligé les infiniment petits, on leur fait peut-être jouer un rôle trop prépondérant et que certains médecins sont plus pastoriens que Pasteur lui-même? Ne pensez-vous pas qu'on s'empresse trop de donner des applications thérapeutiques

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22 juin, 31 juillet et 1er août 1886.

©BIU Santé

à des découvertes merveilleuses sans doute, mais qui ne sont pas encore suffisamment entrées dans le domaine de la pratique médicale? On connaît à peine les microbes de quelques maladies, et sans approfondir la question, toujours douteuse pour quelques-uns, de savoir s'ils sont cause ou effet, on cherche à frapper par des substances microbicides un ennemi que l'on ne connaît pas; et le connaîtrait-on, que l'on ne saurait comment l'atteindre dans les profondeurs de l'organisme. Si, au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie des maladies infectieuses, les doctrines microbiennes ont produit déjà d'admirables résultats, il n'en est pas de même pour la thérapeutique qui ne peut encore enregistrer aucun succès important à leur actif.

Tant que nous n'aurons pas trouvé, comme pour la syphilis ou les fièvres intermittentes, des spécifiques pour les maladies infectieuses, nous devrons toujours obéir aux indications, combattre les symptômes dominants d'une maladie et lutter contre ses complications. Agir ainsi, obéir à la loi des indications, c'est sans doute faire de l'*opportunisme thérapeutique*, mais c'est aussi faire de la médecine bonne et utile.

Voici un malade atteint de fièvre typhoïde : l'adynamie est extrême, les forces périclitent de jour en jour, les battements du cœur s'accélèrent, deviennent faibles et irréguliers, la pression vasculaire, abaissée déjà dans cette maladie, est à son minimum, la température fébrile est extrême, la congestion envahit les divers organes, le poumon avec des symptômes d'oppression et d'asphyxie, le rein avec l'albuminurie, et le cerveau avec les phénomènes délirants ou ataxiques. Croyez-vous qu'il suffise, dans ces circonstances, de consulter le tableau des substances antiseptiques et de prescrire indistinctement divers médicaments, conseillés à ce titre, le charbon, l'iodoforme, la naphtaline, la créosote, le calomel, l'acide phénique, les sulfites et les hyposulfites, l'iode et les iodures? Mais le mal est fait, les microbes ont accompli leur œuvre, et quand même vous pourriez les atteindre, vous n'auriez plus le pouvoir de détruire les lésions diverses qu'ils ont produites, et vous n'empêcherez même pas leur évolution en appliquant le traitement antiseptique au début de la maladie. Aujourd'hui, la médication antimicrobienne paraît être en honneur; mais, hier encore, la médication réfrigérante n'était-elle pas le seul but dans la thérapeutique de la dothiénentérie, et ne faisait-on pas de sa guérison une question de refroidissement? Vous connaissez également une théorie exclusive de la fièvre typhoïde, théorie ingénieuse sans doute d'après laquelle mon savant ami M. Duboué, de Pau, fait dépendre tous les accidents d'une sorte de parésie vasculaire, et propose, avec quelque exagération, l'emploi systématique de l'ergot de seigle qui deviendrait presque un spécifique de la maladie. A une époque un peu plus éloignée de nous, de Larroque qui faisait aussi, comme M. Jourdain pour la prose, de l'antimicrobisme sans le savoir, prescrivait à ses dothiénentériques un purgatif quotidien pour éliminer ainsi au dehors les matières septiques formées dans l'intestin. Cette pratique était sans doute exorbitante, mais elle répondait aux besoins d'une théorie!

Par ces quelques exemples, vous voyez donc que, suivant chaque époque, d'après les idées du jour, les traitements de la dothiénentérie ont varié; mais ce qui a toujours été invariable, c'est l'assurance avec laquelle les divers auteurs, très versés dans la comptabilité médicale, ont annoncé

leurs succès thérapeutiques, même avec des méthodes absolument contraires.

La statistique, qui aime l'éclectisme et les contrastes, a parfois de ces complaisances!

Eh bien, il faut l'avouer et le redire sans cesse, *il n'y a pas de formule unique* applicable au traitement de la fièvre typhoïde, et, aussi bien pour elle que pour toutes les maladies infectieuses, nous en sommes réduits à obéir aux indications.

Si la fièvre est modérée, si elle ne dépasse pas 39° ou 39°5, vous devrez vous borner à l'expectation en ce qui concerne l'emploi des antithermiques; mais si elle atteint 40 à 41°, il faut alors seulement recourir aux médicaments qui abaissent le processus fébrile. Ce qu'il faut combattre, ce n'est pas la fièvre qui est un élément presque nécessaire dans la dothiénentérie, c'est son exagération qui devient une complication de la maladie, un péril pour le malade. Alors seulement l'heure des antipyrétiques est venue. Encore faut-il bien se pénétrer de cette idée si clinique, émise par mon maître, Noël Gueneau de Mussy, que souvent « l'hyperthermie est la mesure et non la cause de la gravité de la maladie », d'où il suit que les efforts de la thérapeutique dirigés *uniquement* contre l'élévation thermique sont frappés d'impuissance parce que l'on prend l'effet pour la cause. Aussi, n'ai-je rien à retrancher des paroles suivantes que je prononçais l'année dernière à la Société de thérapeutique : « Il peut y avoir un danger, et l'on commet un non sens clinique lorsque l'on cherche à ramener quand même la température à son chiffre normal. Dans toutes les maladies fébriles, la fièvre n'est pas une indication pour l'emploi des antithermiques en général et de l'antipyrine en particulier; c'est l'exagération de cette fièvre, c'est la *complication d'hyperthermie*, dont le degré est variable suivant les maladies, qui doit seule constituer une indication thérapeutique. *Au point de vue physiologique, il y a des antithermiques;* AU POINT DE VUE CLINIQUE, IL Y A, IL NE DOIT Y AVOIR QUE DES ANTIHYPERTHERMIQUES (1). »

Mais enfin, je suppose parfaitement réalisée, comme cela existe le plus souvent, l'indication d'abaisser la température dans la fièvre typhoïde; encore faut-il faire un choix entre les substances simplement *antithermiques* qui ne font seulement qu'abaisser la température comme l'antipyrine, la thalline, etc., et les *antifébriles* qui agissent contre le processus pyrétique lui-même. Aussi vous devez donner la préférence à l'acide salicylique, et surtout à la quinine, qui paraît jouir d'un pouvoir presque spécifique contre la fièvre dothiénentérique, par suite de son action complexe sur la pression artérielle qu'elle augmente, sur le cœur qu'elle tonifie, sur le système nerveux qu'elle excite, et aussi sur la septicité de l'organisme qu'elle modère. Vous ordonnerez 1 gr. 50 à 2 grammes de quinine par jour, plutôt le matin, à la dose de 0,50 centigr. toutes les demi-heures. Mais il faut bien se garder d'arriver à ces doses extrêmes de 4 à 5 grammes proposées par Monneret, et encore aujourd'hui conseillées par quelques médecins. Car, de deux choses l'une : ou le médicament est absorbé et alors, en vertu d'une loi thérapeutique par laquelle les doses toxiques d'un médicament déterminent des effets tout à fait opposés à ceux des doses physiologiques, la quinine sera suivie de phénomènes de dépression du

(1) Considérations sur l'emploi des antithermiques en général. (*Société de thérapeutique*, séance de février 1885.)

©BIU Santé

système nerveux, de la tension artérielle et du cœur; ou le médicament, ce qui arrive le plus souvent, n'est pas absorbé en raison de l'altération profonde de l'intestin, et vous pourrez avoir subitement, comme dans le choléra, des accidents toxiques au moment du réveil de l'absorption intestinale. Dans tous les cas, il ne faudrait pas confondre la *tolérance* médicamenteuse qui s'observe dans les maladies graves, la pneumonie par exemple, où le malade tolère des doses relativement considérables de tartre stibié sans effet émétique, et l'*inertie* médicamenteuse, qui est le résultat, comme dans la fièvre typhoïde et surtout le choléra, du défaut d'absorption des médicaments.

Mais le dothiénentérique n'a pas seulement une fièvre très élevée, il présente encore, avec une profonde adynamie, des congestions du côté des différents organes, d'où albuminurie, phénomènes ataxiques et délirants, congestion pulmonaire, etc. Vous remplirez encore utilement les indications en prescrivant des injections sous-cutanées de caféine qui, par leur action sur le cœur, sur la diurèse, sur l'adynamie, produisent des effets si remarquables, en tous cas supérieurs aux injections d'éther; le régime lacté contre l'albuminurie; les ventouses sèches répétées contre les accidents thoraciques; l'ergot de seigle contre les tendances congestives ou hémorrhagiques de la pyrexie; enfin, les préparations de bromure, de chloral ou d'uréthane contre les phénomènes ataxiques ou délirants. Si la diarrhée est excessive et si l'indication de l'antisepsie intestinale s'impose, vous prescrirez une solution de sulfure de carbone d'après la formule de M. Dujardin-Beaumetz, ou mieux encore, le salicylate de bismuth qui joint à ses propriétés astringentes un pouvoir antithermique et antifermentescible. Mais, si la diarrhée est modérée ou s'arrête, vous devrez de temps en temps ordonner un léger purgatif ou laxatif.

Telles sont, en dehors des questions de propreté, d'aération, de désinfection des selles, de lavages fréquents et de lotions fraîches, etc., les indications principales que vous aurez à remplir dans le traitement de la fièvre typhoïde. Le microbe de la dothiénentérie n'est pas suffisamment connu, l'utilité des microbicides spéciaux à cette affection n'est pas assez éprouvée pour que vous soyez en droit de faire sur votre malade de véritables *expériences,* surtout lorsque sa vie est ainsi menacée par de nombreuses et redoutables complications.

Voici une autre maladie, la variole dans laquelle on peut établir trois sortes de syndrômes que la thérapeutique devra combattre :

1° Au début de la variole, disais-je dès 1871 (1), pendant les périodes d'invasion et d'éruption, avec la fièvre, apparaissent certains symptômes propres à cette pyrexie, et caractérisant la viciation du sang par le virus variolique. Le poison qui détermine ces accidents est étranger au malade; la *septicémie est donc hétérochtone.*

2° Depuis le début de la fièvre secondaire jusqu'à l'apparition des symptômes ataxo-adynamiques qui souvent terminent la scène morbide dans les varioles confluentes vers le onzième jour, la maladie est sous la dépendance d'une intoxication de l'organisme par la résorption des matières septiques. Celles-ci sont fournies par le malade lui-même, par toute

(1) Etude sur les causes de la mort dans la variole, par H. Huchard. (*Arch. de méd.*, avril, mai, juin 1871.)

la surface suppurante de la peau. *La septicémie dont la fièvre secondaire est le produit, est donc autochtone.*

3° Enfin, à la même période, la crase du sang est encore modifiée par la rétention des produits excrémentitiels qu'élimine normalement le tégument externe. *La septicémie due à une sorte de dépuration incomplète du sang, est également autochtone.*

En appelant l'attention, il y a plus de quinze ans, sur ces causes de la mort dans la variole, j'ai fait appel aux travaux des anciens historiens de cette maladie, des Sydenham, Morton, Huxham et Borsieri qui ont tous insisté sur cette infection de l'économie par l'introduction dans le sang des matériaux de la suppuration, et qui la traduisaient dans le langage du temps, sous le nom d'*humeurs peccantes*. Ce mot de septicémie (de σήπειν corrompre, et αἷμα sang) qui a tant de fois résonné à nos oreilles lors des recherches si remarquables du professeur Verneuil sur cette question, ne doit être remplacé par aucun autre, parce qu'il rend bien compte des phénomènes observés. Ne vous y trompez donc pas : le mot de *septicémie autochtone* correspond absolument à celui d'*auto-intoxication* que les auteurs — pour changer les mots, ne pouvant changer les choses — emploient de préférence aujourd'hui. Contre les accidents qui en résultent dans la variole, il faut avoir recours aux lotions phéniquées sur la surface du corps, aux bains tièdes, aux fumigations antiseptiques, à l'aération, aux préparations de quinquina, à l'alcool, à l'acétate d'ammoniaque, au sulfate de quinine et aux bains froids contre l'hyperthermie, à la digitale et à la caféine contre les accidents cardiaques ; enfin, il faut s'abstenir de toute intervention médicamenteuse contre certaines diarrhées, véritables *sueurs intestinales*, qui remplacent les excrétions cutanées, amoindries ou absentes. C'est là, pour le dire en passant, un nouvel exemple des *contre-indications* thérapeutiques que l'étude des *crises* dans les maladies devra vous faire bien comprendre.

Contre la *septicémie primitive* ou *hétérochtone*, nous ne possédons, hélas, aucun médicament, pas même l'acide phénique que Chauffard avait recommandé ; et nous ne pouvons accorder d'utilité qu'à la médication éthéro-opiacée, imaginée si ingénieusement par mon collègue M. du Castel. Quoi qu'il en soit, l'étude de ces trois sortes de septicémie a dû vous montrer les indications générales auxquelles votre thérapeutique devra se conformer dans la variole. (*A suivre*).

Observation de fièvre lactée prolongée selon le type décrit par Cazeaux et Tarnier.

Par le docteur L. Roulin.

Dans l'après-midi du 12 janvier 1886, je suis appelé auprès de Mme L..., qui est prise de mal d'enfant. C'est une primipare âgée de 23 ans, brune, grande, bien conformée, sans trace de diathèses. Rien à noter pendant sa grossesse, qui a suivi son cours normal sans présenter de complications d'aucune sorte.

Il y a seulement huit jours, la patiente fut prise de douleurs avec effacement du col et ouverture des orifices.

Je crus à un accouchement prochain ; il n'en fut rien. Tout s'arrêta bientôt, et la malade conserva seulement, pendant les jours suivants, quelques douleurs le matin à son réveil.

Le 12 janvier, les douleurs devinrent plus énergiques, plus tenaces, elles ne s'arrê-

©BIU Santé

tèrent pas, et on vint me chercher. Cette fois la malade allait bien accoucher; la présentation était en o. i. g. a., les orifices s'étaient agrandis.

Vers huit heures du soir, la dilatation du col étant complète, les membranes se rompirent. A neuf heures, la malade était épuisée; les douleurs se ralentirent, s'espacèrent; le travail s'arrêta. J'attendis en vain deux heures, et je fus obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps.

L'extraction fut assez laborieuse, mais l'opération se termina par la naissance d'une belle fille vivante. Aucun accident du côté de la mère; la délivrance se fit naturellement.

Je prescrivis, comme régime, bouillon, lait, potages, eau rougie, grogs; comme soins de propreté, des lotions antiseptiques au thymol trois fois par jour.

Le 13, au matin, je revois la malade qui est en bon état, se plaint de lassitude et a peu d'appétit. Les lochies viennent bien; pas de douleurs de ventre, pas de fièvre. Comme la malade ne nourrit pas, l'alimentation est légère : potages, œufs, le reste comme la veille.

Le 14, le 15 et le 16, même état satisfaisant.

La malade a expulsé une grande quantité de caillots. La nourriture est toujours restreinte, parce que, comme je l'ai dit, la malade ne nourrit pas.

Le 17, la malade est prise d'un grand frisson à claquer des dents, de sueurs abondantes, d'un énorme développement des seins qui se remplissent de lait. La température axillaire est de 38°5; rien à noter du côté du ventre.

Je prescrivis un purgatif; on continue les injections vaginales, et, comme régime alimentaire, bouillon, lait, potages, eau rougie, grogs.

Le 18, le gonflement des seins s'est encore accru; ils sont douloureux; la malade est obligée de tenir ses bras écartés du corps. Les autres symptômes restent les mêmes. Les lochies ayant pris un peu d'odeur, je prescris quatre injections; le purgatif a fait son effet; la fièvre est tombée; la température est de 37°1.

Le lendemain, 19, la température remonte à 39°. Toujours rien du côté du ventre. Toujours mêmes symptômes; toujours même régime. Pas de médicaments. Les lochies n'ont plus d'odeur.

Le 20, la température est encore de 39°. Les seins toujours aussi gonflés; toujours les mêmes sueurs. Je prescris le régime de la veille, plus un purgatif et un paquet de sulfate de quinine de 25 centigrammes matin et soir. Le soir, la température est de 37°6.

Le 21, la température du matin est de 37°8. On continue le sulfate de quinine.

Le 22, bonne nuit. L'appétit renaît. Les seins sont moins durs. La température est de 37°. Le reste comme la veille.

Le 23, la température est de 36°8. Quelques coliques qui cèdent à l'usage d'un lavement purgatif et d'une potion calmante.

Le 24, la malade n'a toujours pas de fièvre; elle est complètement guérie, mais faible.

Malgré le peu de tendance actuelle à admettre la fièvre de lait, et bien que je sois d'un avis analogue, je crois pourtant pouvoir conclure de cette observation que la malade a bien été atteinte de fièvre lactée prolongée pour les raisons suivantes :

1° Le frisson est apparu le septième jour après l'accouchement et a coïncidé avec une montée excessive du lait chez une jeune femme qui ne nourrissait pas.

2° La sécrétion lactée n'a pas été entravée par cette fièvre comme l'atteste le gonflement énorme des seins.

3° Il n'y a pas eu de symptômes abdominaux.

4° Enfin la marche de cette affection, ses sueurs, ses oscillations thermiques, sa courte durée et sa terminaison par la guérison, appartiennent bien à la fièvre lactée et non à la fièvre puerpérale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ DES PHARMACIENS DEVANT LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Dans une de ses dernières séances, la Société de médecine légale a discuté la question de la responsabilité incombant aux pharmaciens dans l'exécution des ordonnances qui leur sont présentées, que ces ordonnances soient signées par des médecins non recensés sur les listes officielles ou qu'elles soient revêtues de fausses signatures dans l'intention d'obtenir subrepticement la délivrance de médicaments toxiques ou dangereux.

Les cas sont fréquents, paraît-il, dans lesquels on trompe ainsi la confiance des pharmaciens. D'ailleurs la fraude est aisée, car la confection des listes officielles et l'enregistrement légal des diplômes médicaux sont fort négligés par l'Administration. Ainsi le déclare M. Horteloup dans son rapport; à défaut d'autres, ce témoignage autorisé confirme ce que nous savons de l'insouciance officielle dans l'exécution des lois relatives à l'exercice de la profession médicale.

Ce rapport se termine par des conclusions que le vote des membres de la Société de médecine légale a transformées en vœux. Par le premier de ces vœux, elle déclare que « le pharmacien étant, comme toute personne, responsable de sa faute, doit prendre « toutes les précautions que la prudence et son expérience personnelle pourront lui « suggérer pour s'assurer que l'ordonnance émane bien d'une personne ayant qualité « pour prescrire. Lorsque ces précautions auront été sérieusement prises, le pharma- « cien devra être considéré comme étant à l'abri de toute poursuite criminelle et de toute « action en responsabilité civile ».

En second lieu, la Société de médecine légale demande qu'en présence des inconvénients de la législation actuelle, une disposition légale exige de tout médecin, formulant des substances toxiques, l'apposition d'un timbre mobile sur l'ordonnance, ce timbre devant porter, lisiblement imprimés, son nom, son titre et son adresse. De plus, comme sanction, il y aurait lieu d'établir une pénalité contre ceux qui refuseraient d'exécuter cette obligation et contre les personnes fabriquant ou employant des ordonnances fausses.

Ces mesures ne seraient efficaces que si la surveillance et la répression de l'exercice illégal étaient l'objet de l'attention des pouvoirs publics. Malheureusement, c'est là une réforme qui ne paraît pas près de s'accomplir. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LA COLOMBINE (PRINCIPE ACTIF DU COLOMBO), par M. le docteur F. ROUX. Paris, 1886. G. Masson.

Le mémoire de notre estimé confrère ne présente pas seulement un intérêt thérapeutique en mettant les praticiens en défiance contre un médicament qu'on est disposé à prescrire un peu banalement peut-être, mais non pas toujours sans inconvénient, comme les expériences actuelles le prouvent. M. Roux a essayé la colombine pure sur les poules, seuls animaux auxquels il ait pu la faire ingérer par la voie stomacale. Il a provoqué ainsi un empoisonnement expérimental dont la lésion caractéristique consiste dans la dégénérescence granulo-graisseuse du foie et la destruction des éléments cellulaires de cette glande, altérations analogues à celles de l'atrophie jaune aiguë.

Les symptômes de cet empoisonnement consistent dans l'abattement, la diminution de l'appétit, l'ictère, le catarrhe gastro-intestinal et la coloration jaune des fèces; tous phénomènes que l'auteur compare à ceux de l'ictère grave. La colombine agit donc sur le tube digestif en provoquant l'hypersécrétion stomacale, intestinale et biliaire. Comment ne pas comparer ces phénomènes à l'embarras gastrique et aux vomissements des malades qui prennent des préparations de colombo?

Ces accidents sont peu fréquents, il est vrai; M. Roux attribue leur rareté aux faibles doses du médicament et à sa pauvreté relative en colombine. Néanmoins, ces recherches démontrent la nécessité d'administrer ce médicament avec prudence : de débuter par la faible dose quotidienne de 1 centigramme de colombine et de lui préférer la poudre de colombo, moins dangereuse que les extraits éthérés ou alcooliques.

En remontant dans leurs souvenirs, nos confrères trouveront sans doute des faits cliniques où l'administration de ce médicament produisit des accidents gastriques souvent inexpliqués dont les travaux de M. Roux donnent aujourd'hui la raison. On doit donc remercier cet habile observateur de ses recherches et rendre hommage à la prudence de ses conclusions. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action réflexe dans le traitement du hoquet, par Gibson. — Ce moyen que propose l'auteur pour suspendre les efforts du hoquet consiste à provoquer l'éternuement par la titillation des narines. De la sorte, il entend modifier les mouvements respiratoires en mettant en jeu les contractions du diaphragme dont l'intervention est bien connue dans les phénomènes de l'éternuement. Cette médication consiste à mettre en pratique l'aphorisme hippocratique d'après lequel, l'éternuement, succédant au hoquet, arrête le hoquet.

Au reste, il n'est pas besoin de provoquer l'éternuement, car une irritation modérée de la muqueuse nasale produit les mêmes effets suspensifs en modifiant les activités nerveuses d'après M. Gibson. (*Edimburgh med. Journal*, avril 1886.) Ces phénomènes sont des effets d'inhibition et trouvent leur explication dans les faits étudiés dans ces dernières années par M. le professeur Brown-Séquard. — C. L. D.

De l'action diurétique du calomel, par Jendrassie. — La propriété de produire la diurèse dans les hydropisies appartiendrait au calomel, d'après l'auteur, mais à la condition de l'administrer à une dose suffisamment élevée. Sous l'influence de cette substance, il aurait vu l'œdème et l'hydropisie disparaître en l'administrant en quatre ou cinq fois à la dose quotidienne d'un grain et demi. Parfois la diarrhée survient, mais M. Jendrassie la combat par le laudanum, de même qu'il prescrit le chlorate de potasse pour prévenir la salivation. Dans tous les cas où il a fait usage de cette médication, il aurait obtenu des résultats favorables et sans noter d'accidents. (*Brit. med. Journal*, 13 février 1886.) — C. L. D.

L'étiologie de la dysménorrhée membraneuse, par Löhlein. — Cette affection devrait, d'après l'auteur, recevoir le nom d'exfoliation de la muqueuse menstruelle ou de forme exfoliatrice de l'endométrite du corps de l'utérus, parce que les phénomènes morbides qui la constituent accompagnent le plus souvent des états inflammatoires.

Parmi les malades qui ont fait l'objet de ses observations personnelles, 5 avaient été atteintes de métrite puerpérale, 2 d'endométrite puerpérale et 3 de paramétrite ou de péri-métrite consécutives à l'avortement ou à l'accouchement. Les 6 autres cas étaient consécutifs à la périmétrite ou à l'endométrite non puerpérale.

Le principal rôle pathogénique appartiendrait à l'hyperémie, active ou passive, résultant de processus inflammatoires antérieurs ou contemporains. M. Lœhlein justifie cette opinion par ce fait que les lambeaux membraneux sont souvent expulsés pendant une hémorrhagie et que l'intervention thérapeutique la plus favorable consiste à pratiquer des scarifications avant l'époque menstruelle. (*Centralblat f. gynoek.*, 1886, n° 17.)

C. L. D.

CORRESPONDANCE

27 juillet 1886.

*A M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale.

Monsieur le rédacteur,

Voulez-vous me permettre de vous relater un fait qui ne présente peut-être pas par

lui-même beaucoup d'intérêt, mais qui, à un point de vue général, peut avoir son importance. Il s'agit de la nomination d'un médecin d'hôpital en province.

La ville de X... possède un hôpital assez important. Cet hôpital comprend : un service de chirurgie fait par un chirurgien en chef ou un chirurgien adjoint; un service de médecine fait par un médecin en chef ou par un médecin adjoint. Il y a peu de temps, la place de médecin adjoint devint vacante par suite du décès du titulaire. La commission administrative, qui, bien entendu, ne comprend aucun médecin, fit savoir aux candidats qu'ils devaient d'abord faire acte de candidature; et ensuite fournir l'exposé de leurs titres scientifiques. On pourrait se demander quelle compétence avait la commission pour juger la valeur des titres scientifiques des candidats; mais passons : *dura lex, sed lex.*

Deux jeunes médecins (le plus ancien avait à peine cinq ans d'exercice) se mirent sur les rangs. La commission administrative, qui probablement voulait prendre le temps de réfléchir, laissa plusieurs mois s'écouler avant de pourvoir à la place vacante. Sur ces entrefaites, le médecin en chef mourut. Alors, que fit-on? La commission, qui avait exigé des candidats à la place de médecin adjoint une lettre de candidature, ne l'exigea pas pour la place de médecin en chef. Elle nomma d'emblée le chirurgien adjoint médecin en chef, tout en lui conservant son titre et ses fonctions de chirurgien adjoint.

Certainement, le choix ne pouvait être meilleur. Il n'en est pas moins vrai qu'un des deux candidats se trouve évincé par le bon plaisir de la commission, celle-ci ayant pensé qu'un service d'hôpital ne pouvait être sûrement confié à un « jeune » médecin.

Quelle conclusion tirer de ce fait? N'est-ce pas que le concours serait le meilleur mode de nomination? Il y a longtemps que cette proposition a été faite; l'*Union médicale,* par la plume de l'un de ses collaborateurs les plus aimés, avait déjà demandé cette réforme, et, en terminant, vous voudrez bien me permettre, Monsieur le rédacteur en chef, de citer un court extrait de cette lettre où la question était nettement posée et résolue par le docteur Notta (1) :

« On trouve naturel qu'une réunion de magistrats, d'avocats, de prêtres, de négociants, absolument étrangère aux choses de la médecine, et subissant plus ou moins l'influence locale, soit compétente, sans appel, pour apprécier la valeur de tel médecin ou de tel chirurgien. C'est simplement absurde. Autant charger les médecins de la nomination des évêques. Il eût été pourtant bien facile à nos législateurs d'instituer le concours! Mais il faut leur rendre cette justice qu'ils se sont fort peu préoccupés de l'élément médical, et qu'ils ont même affecté de le tenir à l'écart. »

« Je ne sais, ajoute le docteur Notta, si les idées que je viens d'émettre seront favorablement accueillies par vos collègues (2). Cependant, il me semble qu'à une époque comme la nôtre, où nous nous piquons de faire mieux que nos devanciers, où surtout nous professons bien haut l'abolition des privilèges, la liberté et l'égalité, comme moyen d'arriver, nous aurions là une excellente occasion d'appliquer ces principes en instituant le concours. »

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Z...

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 août. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Suite de la discussion sur le traitement des fractures par la non-immobilisation et le massage. — Des fractures sus-condyliennes de l'extrémité inférieure de l'humérus et du décollement de l'épiphyse humérale. — Kyste branchial athéromateux sous-hyoïdien rattaché à l'os hyoïde par un pédicule.

A l'occasion de la discussion sur la communication de M. Championnière relative au

(1) *Union médic.*, 7 mai 1874 : *Médecins et Clients*, p. 80.

(2) La lettre était adressée à un administrateur, à propos de la nomination d'un chirurgien d'hôpital de province.

©BIU Santé

traitement des fractures par la non-immobilisation et le massage, M. Trélat fait observer que le traitement des fractures a subi déjà bien des évolutions. Ce qui le frappe surtout dans la discussion actuelle, c'est de voir que l'on ne s'est guère préoccupé jusqu'à présent que de l'un des éléments de la question. Cependant on devrait, ce semble, considérer qu'une fracture est un accident à éléments complexes comprenant outre la brisure de l'os, l'écartement plus ou moins considérable des fragments, leur déplacement, leur chevauchement ; la déchirure des éléments périostiques, fibreux, musculaires, vasculaires, nerveux, etc., qui entourent la fracture ; les épanchements sanguins qui se font à son niveau, etc. ; en un mot tout un ensemble de phénomènes variés qui font de la fracture un accident à conditions multiples donnant lieu, par conséquent, à des indications multiples et nécessitant, pour sa guérison, un certain nombre d'actes réparateurs. Lors donc que la thérapeutique ne s'adresse qu'à un seul de ces éléments, au lieu de s'appliquer à tous, elle fait une œuvre forcément incomplète.

M. Richelot, d'une part, M. Tilanus (d'Amsterdam), d'autre part, ont fait remarquer judicieusement qu'il ne suffisait pas de traiter les fractures de la rotule par le rapprochement des fragments et par l'immobilisation, et qu'il fallait en outre remédier à la parésie des extenseurs atrophiés par une immobilisation plus ou moins prolongée. Ils ont montré que, par l'emploi du massage, la disparition de la parésie atrophique des extenseurs consécutive à cette immobilisation, permettait le rétablissement des fonctions du membre, lors même que les fragments rotuliens n'étaient unis entre eux que par un cal fibreux plus ou moins lâche. M. Richelot et M. Larger ont présenté à la Société de chirurgie des malades qui marchaient bien, quoiqu'ils eussent un écartement considérable des fragments rotuliens, grâce à la conservation d'un bon triceps crural.

Le premier soin du chirurgien, dans le traitement des fractures, est de rechercher quel est de tous les éléments de la fracture celui qui joue le rôle fondamental afin d'en tirer la principale indication thérapeutique. Dans les unes, c'est l'écartement des fragments, c'est leur chevauchement dans d'autres ; dans d'autres, enfin, ce sont les épanchements sanguins et les stases lymphatiques. Cette dernière condition est celle qui accompagne les fractures sans déplacement du radius et du péroné dont il a été surtout question dans la communication de M. Championnière relative au traitement des fractures par le massage. Mais même dans ces fractures où le massage est indiqué comme un bon moyen de remédier aux épanchements sanguins, M. Trélat se demande pourquoi on négligerait de traiter la fracture et l'on se bornerait à l'application de la bande de caoutchouc et au massage. Pour lui, dans tous les cas, il commence par l'immobilisation des fragments qu'il maintient pendant tout le temps nécessaire à leur réunion, après quoi il pratique la compression avec mobilisation des surfaces articulaires pour favoriser le rétablissement des fonctions du membre. Il a toujours vu dans les fractures du radius après trois semaines environ d'immobilisation, les malades récupérer leurs mouvements dans l'espace de huit ou dix jours. Dans les fractures du péroné, après avoir, à l'aide de l'appareil plâtré appliqué aussi exactement que possible, maintenu le pied dans la meilleure position, il laisse l'appareil en place pendant quatre ou cinq semaines, temps nécessaire à la formation du cal, puis il fait la compression en vue d'amener la résolution de l'épanchement sanguin, enfin il pratique la mobilisation des surfaces articulaires pour établir les fonctions du membre.

En résumé, dit en terminant M. Trélat, les fractures sont des accidents complexes dont les divers éléments donnent lieu à des indications multiples qu'il faut savoir remplir en appliquant à ces éléments variés des moyens de traitement appropriés, tels que l'immobilisition, le massage, la mobilisation, l'électricité, etc.

M. Lucas-Championnière reconnaît qu'il a été précédé dans cette voie par M. Bourguet (d'Aix). Ce chirurgien traite depuis longtemps les fractures de l'extrémité inférieure du radius de la manière suivante : Après avoir immobilisé la main et l'avant-bras, il fait soulever par les malades des poids plus ou moins considérables et malaxer les articulations. Mais le point nouveau que M. Championnière pense avoir introduit dans la question, c'est le traitement par la malaxation des membres fracturés, sans avoir égard à la fracture elle-même.

M. Championnière a traité ainsi un confrère qui s'était fracturé le bras dans une chute de cheval, et qui, au deuxième jour de sa fracture, pouvait, avec le membre malade, manger et boire, découper, soulever une chaise, en un mot avait récupéré tous les mouvements du membre. Après une expérience de plus de deux ans, M. Championnière déclare que l'on arrive par cette méthode à une restauration plus rapide des fonctions des membres fracturés.

M. Trélat dit que si, contre toutes les probabilités, il venait à être démontré par l'expérience des chirurgiens que l'on peut guérir certaines fractures sans immobilisation, il faudrait bien s'incliner devant l'évidence des faits; mais en attendant il croit devoir avertir les praticiens de se mettre en garde contre les accidents toujours à craindre.

M. Farabeuf rappelle que l'un des membres de la Société de chirurgie, aujourd'hui professeur à la Faculté de Montpellier, M. Dubrueilh, a envoyé, il y a quatre ou cinq ans, à la Société de chirurgie, un mémoire contenant un certain nombre d'observations de fracture du membre inférieur traitées sans immobilisation; il est dit dans ce travail que les malades marchaient parfaitement bien au bout de dix jours. M. Dubrueilh aurait donc devancé sur ce point l'expérience de M. Championnière.

— M. Farabeuf communique un travail très intéressant relatif aux fractures sus-condyliennes de l'extrémité inférieure de l'humérus et aux décollements de l'épiphyse humérale.

— M. le docteur Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit une observation intitulée : *Kyste branchial athéromateux sous-hyoïdien*, rattaché à l'os hyoïde par un pédicule.

Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport de la commission nommée pour l'examiner. — A. T.

FORMULAIRE

Collyre contre le strabisme. — Boucheron.

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée.....	15 grammes.

Faites dissoudre. — Instiller, matin et soir, trois gouttes de ce collyre, dans les deux yeux des petits enfants, au début du strabisme convergent, et pendant qu'il est encore intermittent. Les yeux se redressent en quelques semaines, si le trailement est institué dès le début. — Plus tard, pour la lecture, emploi de lunettes à verres convexes, pour remédier à l'hypermétropie, qui est la cause primitive du strabisme. — Dès que le strabisme convergent est constant, il n'y a plus qu'à pratiquer la strabotomie.

N.G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Du 5 août au 9 octobre 1886, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours, de midi à deux heures.

Le secrétaire de la Faculté recevra, pendant la durée des vacances scolaires, tous les mercredis, de midi à deux heures.

La bibliothèque de la Faculté sera fermée, ponr le nettoyage annuel, du 9 août 1886 au 31 du même mois inclusivement. Du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, elle sera ouverte le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures. A partir du 11 octobre 1886, elle reprendra son service quotidien.

— Un concours public pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le lundi 23 août 1886, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris.

Les pharmaciens des asiles publics d'aliénés du département de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement de début de 4,000 francs.

— M. le docteur Loumeau est nommé professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts de Bordeaux.

— Pendant la durée du Congrès de l'Association française, deux conférences publiques seront faites: l'une par M. le docteur Grancher, sur la prophylaxie de la rage; l'autre par M. le docteur Martin, sur l'assainissement des habitations.

— M. Alfred Marche est chargé d'une mission aux îles Mariannes, pour y faire des recherches relatives à la géographie, à l'histoire naturelle, à l'anthropologie et à l'ethnographie.

M. E. Raoul, pharmacien de première classe de la marine, est chargé d'une mission scientifique dans les colonies françaises, à l'effet de recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

Nécrologie. — Nous avons à regretter la mort du doyen du corps médical de Châteauroux, le docteur Patureau. Cet excellent homme a exercé pendant cinquante-cinq ans avec un dévouement et un désintéressement vraiment extraordinaires. Il est mort sur la brèche, à 79 ans, ayant toujours rempli ses fonctions de médecin en chef de l'hôpital de Châteauroux. Toute la ville a suivi son cercueil. Notre distingué confrère, le docteur Bruneau, a prononcé quelques paroles émues sur sa tombe.

Le docteur Patureau, chez qui un savoir indiscutable s'alliait à une modestie et à une abnégation profonde, a toujours refusé d'être décoré, bien que l'on ait essayé à plusieurs reprises de forcer sa modestie à cet égard.

École de médecine de Reims. — M. Mouflier, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

M. le docteur Doyen est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Nous avons dans les peptones et surtout dans la peptone *phosphatée* (*vin de Bayard*) des agents de suralimentation puissants et d'application commode qui, dans la phthisie et dans les maladies de l'estomac, s'imposent d'une façon toute particulière par ce qu'elles sont d'assimilation extrêmement facile.

Bulletin bibliographique.

La pratique des accouchements chez les peuples primitifs. Etude d'ethnographie et d'obstétrique par le docteur G. J. Engelmann, de Saint-Louis (Missouri). Edition française remaniée et augmentée par le docteur Paul Rodet, médecin de la Préfecture de police, inspecteur des écoles de la ville de Paris, avec une préface par le docteur A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 388 pages avec 83 figures. — Prix : 7 francs.

Les vérités de la médecine ancienne opposées aux illusions et aux prétentions de la médecine moderne. Critique de la méthode suivie par les médecins dans le traitement de la maladie de Gambetta, par M. N. Victor Jacob. 1 vol. in-18 jésus de 154 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Cet ouvrage s'adresse principalement aux médecins et aux gens du monde.

Des ecchymoses cutanées. Etude médico-légale, par E. Perrin de la Touche, docteur en médecine de la Faculté de Paris. in-8° de 171 pages. — Prix : 3 francs.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Henri Huchard : Considérations sur les indications thérapeutiques en général. — II. Intérêts professionnels : L'Association générale, la réunion de l'Association locale des médecins de la Gironde et le discours de M. Hameau. — III. Bibliothèque : L'hystérie dans l'armée. — Manifestations malariques éveillées par le traumatisme. — IV. Revue des Journaux : Journaux italiens. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN GÉNÉRAL (1).

Par tous les exemples que j'ai pris dans les maladies aiguës ou chroniques, dans les maladies locales ou générales, j'ai voulu vous montrer, d'une façon bien incomplète encore, l'utilité dominante des indications thérapeutiques. Mais si ces dernières sont relatives à la maladie et aux malades, elles varient malheureusement avec les médecins, avec les époques où ils vivent, avec les doctrines qu'ils adoptent.

Qu'on en a vu mourir de doctrines ou de théories !

Sans parler des anciens, de Thémison et de sa théorie du *strictum* ou du *laxum*, je veux vous rappeler celle de l'*incitabilité* de Brown avec cette notion de voir presque toujours des maladies asthéniques et de les combattre par les excitants et l'alcool ; celle de Broussais, ce Brown retourné, qui avec l'*irritation* et l'*abirritation* voyait partout la gastrite et se livrait au nom d'un principe à des orgies sanguinaires ; celle de notre glorieux Bouillaud qui pratiquait des saignées coup sur coup dans une affection essentiellement anémiante, le rhumatisme.

A ce sujet, laissez-moi vous raconter une histoire absolument authentique : Un médecin amène en consultation une jeune fillette de 8 ans qui avait eu plusieurs atteintes graves de rhumatisme articulaire aigu ; cette pauvre enfant présentait des lésions complexes des orifices cardiaques, mais ce qui dominait son état, c'était une anémie profonde créée par ces atteintes successives de rhumatisme, c'était la pâleur, l'état exsangue des téguments, c'était encore une faiblesse extrême à laquelle elle allait succomber. Dans le cours de la consultation, Bouillaud adresse à son confrère la question suivante : « Vous avez saigné cette enfant ? » — « Non, maître, je n'ai pas osé, parce que la malade était trop faible et anémique. » — « Comment, lui répond Bouillaud avec indignation, vous ne connaissez donc pas la pratique des saignées coup sur coup dans le rhumatisme ? Si vous aviez rempli cette indication, votre malade ne serait certainement pas dans cet état lamentable !.... » Ainsi raisonnait, toujoursau nom d'une idée, une intelligence d'élite à laquelle la médecine est redevable de si importantes découvertes ; ainsi parlait ce grand médecin qui me rappelle le mot de Chirac « voulant *habituer* la petite vérole à la saignée ». Ainsi parlent toujours les doctrinaires ; ils ont pu, encore une fois, comme Bouillaud, rendre des services signalés à la science, mais ils en ont souvent faussé l'esprit par leurs exagérations, la tyrannie de leurs systèmes, et en *suggestionnant* en quelque sorte toute une génération médicale par l'autorité de

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20, 22 juin, 31 juillet, 1er et 10 août 1886.

leur parole éloquente et l'influence de leur talent incontesté, ils n'ont souvent laissé aux générations suivantes qu'un soin, celui de relever les erreurs qu'ils ont commises.

Mais ce n'est pas tout encore : il existe un organe qui a fait commettre bien d'autres erreurs en clinique et en thérapeutique, c'est l'estomac, ce laboratoire de poisons et de théories. Chaque siècle, chaque époque veut avoir son Broussais, ou plutôt chaque Broussais veut avoir son siècle. Or, il s'est trouvé, de tout temps, des cliniciens fort distingués qui ont voulu attribuer aux troubles de ce viscère des accidents innombrables, et l'on a mis tant de maladies sur son compte qu'il n'est vraiment pas étonnant que ce pauvre estomac soit devenu si malade.

Déjà, à l'époque de la Renaissance, un inconnu, Benedetti avait dit : *Morborum fere omnium, causa est stomachi infirmitas.* Vous avez tous aussi entendu parler de Van Helmont et de sa fiction de « l'archée qui gouvernait le duumvirat de la digestion, de la rate et de l'estomac, et qui suivant ses différents degrés de colère et d'irritation, envoyait toutes sortes de maladies dans les différents points du corps humain! » Mais si l'on quitte cette phase un peu mystique de la médecine, on voit toujours, à travers tous les temps, les affections de l'estomac jouer un grand rôle au point de vue doctrinal, avec l'*inappétence* de Baglivi, la *gastrite* de Broussais, la *gastralgie* de Barras, la *dyspepsie* de Beau, etc. Tous les éléments anatomiques de cet organe ont été accusés, ses nerfs et ceux du plexus solaire, sa muqueuse et ses glandes,, son enveloppe musculaire et sa contractilité, et l'on a tour à tour, avec des noms nouveaux, incriminé la souffrance de ses nerfs, la congestion ou l'inflammation de sa muqueuse, l'atonie de son muscle, la chimie de ses sécrétions. Il ne reste plus que l'atrophie et l'anémie gastriques qui attendent encore leur défenseur ou le réformateur de l'avenir.

Mais, de tous les auteurs, c'est Beau qui, par ses exagérations, mérite le plus d'être cité, et vous verrez avec un véritable effroi, dans son travail si consciencieux du reste, toutes les maladies, presque innombrables, qu'il place sur le compte de sa dyspepsie, depuis les maladies de la peau et le rhumatisme noueux jusqu'au tubercule, au cancer et à la scrofule. Et, ces exagérations ont été telles qu'on a pensé alors qu'elles ne seraient jamais dépassées !

Tout autre est la conception de la dyspepsie de Cullen, restaurée par Chomel. Au point de vue des indications thérapeutiques, la classification de ce dernier auteur est excellente, et l'on doit conserver ses types de dyspepsie flatulente, gastralgique, acide, alcaline et de dyspepsie des liquides. Pour cette dernière surtout, il a le mérite incontestable d'avoir donné le premier une description fidèle et définitive du *clapotement stomacal*, et d'avoir posé les bases de son *régime sec* dans le traitement de quelques affections de l'estomac. Ce régime, dont j'ai essayé de tracer les règles principales d'après sa méthode, produit parfois de remarquables résultats (1) ; mais encore faut-il faire une distinction, et ne doit-on pas oublier que cette dyspepsie des liquides avec atonie peut être cause ou effet : que, dans le premier cas, l'emploi méthodique de cette médication amène des succès rapides, et que, dans le second cas, cette dyspepsie succédant aux fièvres adynami-

(1) Du régime sec dans les maladies de l'estomac, principalement dans la dyspepsie des liquides, par H. Huchard. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août 1884.)

ques comme la fièvre typhoïde, à la neurasthénie, à certaines faiblesses constitutionnelles ou acquises, il importe davantage, pour la thérapeutique, de s'adresser à l'organisme malade ou débile qu'à l'estomac lui-même.

Ce n'est pas tout encore, et vous allez voir combien les abus des systèmes ont entraîné avec eux des abus dans les médications :

Un des médecins de Louis XIII, Bouvard, lui fit prendre en un an, 215 médecines, 216 lavements, et le fit saigner 47 fois ! (1)

Dans le *Journal de la santé de Louis XIV*, on lit que le grand roi a été saigné 38 fois au pied et au bras de 1647 à 1715, qu'il a eu 2,000 médecines purgatives « de précaution ou d'urgence », et des centaines de clystères. Et la méthode évacuante était, du reste, tellement à la mode que le duc de Saint-Simon rapporte le sans-gêne de la dauphine qui « se faisait glisser subrepticement un clystère par dessous ses jupes par sa femme de chambre en présence du roi ! »

Vous citerais-je encore la fameuse plaidoirie de l'avocat Grosley en faveur d'Etiennette Boyau (un nom prédestiné) contre Bourgeois, chanoine de Troyes, réclamant de ce dernier le paiement de 2,910 lavements à lui administrés dans l'espace de deux ans ! — Faites le calcul, et voyez combien le malheureux chanoine prenait de lavements quotidiens !

Enfin, vous pourrez lire dans Bordeu le récit suivant : Une jeune fille, « pour une douleur irritante de la région fessière », eut 11 saignées du bras, 5 du pied, et, ensuite, « on ne cessa de faire couler le ventre ». La malade succomba le trentième jour. — Avouez votre étonnement de ne pas la savoir morte plus tôt !

Eh bien, toutes ces exagérations d'autrefois qui excitent les sourires d'aujourd'hui, se faisaient au nom d'une théorie ou d'une doctrine ; et si les temps sont changés, les théoriciens ou les doctrinaires ne changent pas.

Voici un exemple des erreurs thérapeutiques auxquelles peut conduire l'amour exagéré de la théorie. Je le trouve dans un journal étranger (*Bristol med. chir. Journal*, 1885), et vous me permettrez de ne pas vous citer le nom du médecin : Un malade est atteint de congestion pulmonaire avec symptômes graves d'asphyxie ; l'oreillette droite est dilatée et remplie de sang, d'où obstacle « insurmontable » à la circulation pulmonaire. Donc, il y avait indication pour le clinicien, — je veux dire pour le théoricien à outrance, — de pratiquer une ponction de cette cavité, ce qui fut fait. On retira 30 onces de sang ; le malade mourut, — ce qui ne vous surprend guère, — et l'on trouva, à l'autopsie, qu'on avait ponctionné l'aorte ! Ainsi avait raisonné et agi ce médecin, qui a commis non pas une faute, mais un crime thérapeutique ; car on peut comprendre à la rigueur toutes les audaces, mais à la condition expresse qu'elles s'arrêtent au respect de la vie humaine.

Mais, au risque de tomber dans les lieux communs et les banalités, laissez-moi ouvrir une parenthèse à propos de cette histoire, et vous dire que vous ne devez pas seulement avoir le respect de la vie de vos malades, mais aussi celui de leurs souffrances physiques ou morales. Je ne saurais

(1) Voyez le *Journal de la santé de Louis XIV* de 1647 à 1711, par Vallot, d'Aquin et Fagon, ses trois premiers médecins (Paris 1862).

©BIU Santé

mieux faire, pour vous montrer les *indications relatives au moral*, que de vous citer les paroles suivantes de Chomel, ce vrai modèle de grand et honnête médecin : « Dans les grandes douleurs physiques, comme dans les grandes douleurs morales, la sympathie est douce aux malades comme aux affligés ; celle du médecin, surtout, lui est précieuse ; il faut qu'il s'associe à leurs souffrances, qu'il en comprenne toute l'étendue, qu'il souffre avec eux, ce qui n'est pas un effort pour un homme de cœur. Appelé auprès d'un malade en proie aux plus vives angoisses, je lui demandai pourquoi il avait renoncé aux soins d'un médecin fort habile qui l'avait jusqu'alors dirigé. — Je ne lui ai pas caché le motif à lui-même, me répondit-il, je lui ai dit : Vous ne me guérissez pas, vous ne me soulagez pas, *vous ne me consolez pas*. » Il faut donc vous appliquer à soigner vos malades autant et plus avec votre cœur qu'avec votre intelligence. Dans le traitement de toutes les maladies, dans celui des névroses et surtout de cette neurasthénie (*non morbus, sed morborum cohors*) qui constitue, par ses accidents si nombreux et si rebelles, un *supplicium neuricum*, vous devrez toujours vous rappeler ce qu'écrivait il y a quelques années le docteur Dumont de Monteux, neurasthénique lui-même, dans ses *Lettres névropathiques* : « Depuis que l'homme existe et qu'il souffre, le langage de la pitié a été l'une de ses meilleures assistances, et souvent il obtient plus d'adoucissement à ses maux par un coup d'œil, par une pression de main, par une phrase, par une interjection charitable que par tous les ingrédients que nous faisons bouillir, filtrer, concasser et moudre. »

Je reviens à mon sujet et je veux vous citer un autre exemple, celui-là pour vous montrer combien il est utile de savoir parfois secouer le joug despotique des doctrinaires :

De 1834 à 1840, un mal implacable désolait et ravageait notre armée d'Afrique : des hommes forts et vigoureux, d'autres débiles et affaiblis par un climat meurtrier, succombaient par milliers aux atteintes des fièvres dites inflammatoires contre lesquelles était impuissante la médication proposée au nom de l'école broussaisienne, par la diète, les vomitifs, les purgatifs et les saignées à outrance. Les chiffres suivants, que je choisis au milieu de tant d'autres, seront assez éloquents pour vous décrire les ravages du terrible fléau : « 1,100 hommes valides sont laissés, le 10 juin 1840, à Milianah... Au 1er octobre, il n'y en avait plus que 300 qui portaient la mort dans leur sein. Au 1er janvier 1841, il n'en restait que 80 ; ainsi, plus de 1,000 hommes, sur 1,100, périrent en moins de six mois (1). » Sur un poste de 27 hommes, 25 moururent en quelques jours, y compris le médecin, et en peu de mois on a vu des régiments perdre la moitié de leur effectif.

Un jeune et modeste médecin-major, Maillot, alors à l'hôpital de Bône, se recueille et observe ; il découvre que toutes ces maladies sont dues à la malaria, il crée le type des fièvres *pseudo-continues*, il rejette au loin la lancette et institue le premier le traitement de ces pyrexies meurtrières par le sulfate de quinine à haute dose, en ayant soin d'opposer à la diète, prescrite par le maître, une bonne et fortifiante alimentation. Le succès le plus éclatant couronne ses efforts : de 25 p. 100, la mortalité tombe à 5 p. 100, et, dès la première année, dans un seul hôpital, cette médication

(1) *Trente-deux ans à travers l'Islam*, par Roches, ancien consul général (Paris, 1884).

héroïque épargne 1,437 décès. Le « grand » Broussais s'émeut, s'indigne et fulmine avec toute son école contre l'humble travailleur qui a audacieusement porté la main sur l'arche sainte et qui, fort de la vérité scientifique, répète sans cesse que, pour vaincre ces désolantes endémies, il faut détruire les marais : *Delendæ paludes!*

Maillot a donc accompli une œuvre immense : il nous a délivrés de Broussais, et sans même soupçonner un microbe dans la malaria, il a sauvé la vie de malheureux soldats ou colons par centaines de mille. Aussi a-t-on pu dire avec raison qu'il avait *reconquis* l'Algérie à la France...

C'est là vraiment un bienfaiteur de l'humanité!

Cet exemple vous prouve, Messieurs, que tous, petits ou grands, avec ou sans titres officiels, à Paris comme aux plus modestes villages, nous pouvons moissonner de grandes vérités dans le champ de la science. Il démontre qu'il faut savoir vigoureusement résister aux entraînements des prétendus infaillibles ou des systématiques, si intolérants et si autoritaires qu'ils soient toujours; il démontre encore qu'en médecine la foi ne suffit pas, et que les doctrines ne sont pas des religions; il démontre toujours qu'au milieu des incessantes fluctuations de théories ou de systèmes, avec ce perpétuel recommencement de la science, il y a une chose immuable, c'est l'observation des faits avec la notion des indications thérapeutiques qu'elle comporte. Si la vérité d'aujourd'hui devient souvent l'erreur de demain, si vous voyez la thérapeutique mettre en honneur tour à tour les excitants avec Brown, les débilitants et les saignées avec Broussais, l'antipyrèse à outrance et l'antimicrobisme sans retenue, rappelez-vous cette profonde pensée d'Hufeland : « Les systèmes sont périssables, l'art seul est éternel. »

Vous répéterez aussi avec moi, après Trousseau, cette apostrophe qu'il adressait naguère aux théoriciens, aux systématiques, aux doctrinaires, au grand comme aux petits Broussais de l'avenir :

De grâce, un peu moins de science, un peu plus d'art, Messieurs!

Et j'ajouterai ces mots que j'adopte comme profession de foi et comme préface aux leçons qui vont suivre :

Ars tota in indicationibus.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE, LA RÉUNION DE L'ASSOCIATION LOCALE DES MÉDECINS DE LA GIRONDE ET LE DISCOURS DE M. HAMEAU.

Nos confrères girondins sont les épicuriens de la profession; leurs banquets annuels ont une juste célébrité.

Il revient aujourd'hui, jusqu'à nos oreilles parisiennes, le retentissement des paroles de leur honoré président, M. Hameau. Ce vétéran de l'Association girondine a su plaider avec une sage éloquence la cause de l'Association générale, et concilier habilement ses traditions avec l'esprit de progrès, parfois un peu impatient, de quelques-uns de nos confrères bordelais. Son allocution est de celles qu'il faudrait reproduire en entier, si l'espace le permettait.

M. Hamau reproche aux indifférents ou aux détracteurs de l'Association leur « *tendance* « *trop visible à la réduire au rôle de Société de secours mutuels et pas même de secours mu-* « *tuels, mais de Société de bienfaisance, de charité.* » Ils passent « du même coup, dit-il,

©BIU Santé

« le badigeon sur l'auréole des bienfaiteurs et la main, à rebrousse poil, sur le dos des « secourus... » pour « rapetisser autant que faire se pourra l'œuvre multiple à laquelle « nous sommes tous attachés comme un palladium sous lequel s'abritent nos plus « chers intérêts. »

On ne saurait mieux répondre aux allégations des adversaires avoués ou déclarés de l'institution autour de laquelle il aurait été si désirable de voir tous nos confrères se grouper, M. Hameau déplore cette « confusion inconsciente ou voulue, mais certaine- « ment déplorable, entre l'assistance par mutualité et l'assistance par aumône, entre « la solidarité familiale et la compassion charitable. »

On prétend « qu'il n'y a pas mutualité dans une Société où les uns donnent beaucoup « et les autres peu; où ceux-ci sont exposés à demander des secours, où ceux-là peu- « vent penser qu'ils n'en auront jamais besoin. » Cette objection si souvent répétée méritait réfutation; M. le président de la Société locale de la Gironde la donne avec une sage modération :

« Est-ce bien vrai? se demande-t-il. Dans une famille est-il donc humiliant pour les « moins fortunés d'être aidés par ceux que le hasard des circonstances ou des dons « heureux favorisent davantage? La proportionnalité des contributions à la caisse des « secours, établies selon les fortunes, ne serait-elle pas l'idéal de la justice et de la « confraternité? Eh bien, ce que les statuts ne peuvent imposer, la bonne volonté, la « libre volonté de chacun a su le réaliser... »

« Et l'on flétrirait d'un mot, que rien ne justifie, un acte aussi louable, aussi con- « forme à l'esprit de famille que nous cherchons à faire prévaloir dans toutes nos insti- « tutions professionnelles! Cela n'est pas admissible. »

Que fait l'Association? Au praticien qui tombe épuisé par l'âge et les fatigues professionnelles, elle ne dit pas: Quelle somme as-tu versé? Quel capital as-tu assuré? Elle ne lui demande pas la production d'un contrat signé par lui. Elle ne lui concède pas non plus une faveur, car « le secours qu'elle lui accorde est une chose due, légitime, « et qu'il ne devrait venir à la pensée de personne de considérer autrement. L'Asso- « ciation qui répond à l'appel de cet associé méritant et malheureux s'honore elle- « même » et s'honore d'autant plus qu'elle vient toujours en aide à la fois aux sociétaires pour lesquels c'est un droit indéniable, et aux confrères qui n'ont jamais adhéré à ses statuts, aux femmes et aux enfants. Est-il donc possible de réaliser mieux le droit au secours et de satisfaire plus équitablement la solidarité professionnelle?

Déjà à l'heure actuelle, l'Association générale satisfait à tous les secours qui lui sont demandés par les Sociétés locales. La liste de ses secours devient plus longue d'année en année ; c'est le tableau d'honneur de notre profession.

Et puis, elle étend plus loin encore ses services. Questions professionnelles, questions de législation, relations du médecin avec les administrations, conflits avec les clients, rapports des médecins entre eux ; en un mot : intérêts professionnels ou moraux ; rien n'échappe à sa vigilance ni au zèle de ses conseils : bureaux des Sociétés locales, conseil général à Paris.

Nos confrères girondins, soldats d'avant-garde et défenseurs fidèles de l'Association générale, ont répondu par d'unanimes applaudissements à l'éloquent discours de M. Hameau. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

L'HYSTÉRIE DANS L'ARMÉE, par M. Emile DUPONCHEL. — Paris 1886; F. Alcan.

L'étude de l'hystérie mâle fait son chemin et se développe conformément aux prévisions de M. Charcot. Ses applications cliniques ne manquent pas d'intérêt et le mémoire de notre distingué confrère militaire en est une des plus importantes.

La première question formulée par M. Duponchel a pour objet « la possibilité de « porter le diagnostic : hystérie mâle, sans constatation médicale et directe des attaques « convulsives attestées par les malades. » Cette question présente un intérêt réel pour

le médecin militaire appelé à se prononcer sur des cas de simulations ou de manifestations épileptiformes. Dans le doute, comme l'établissent les observations publiées par l'auteur, il y aura lieu, dorénavant, de se demander : « Ne s'agirait-il pas d'hystérie? »

Dans les formes graves, le diagnostic est aisé, car on se trouve en présence de phénomènes identiques aux symptômes de la grande hystérie chez la femme. Mais ces formes sont l'exception, l'hystérie militaire possède plutôt des allures plus atténuées. Si les stigmates apparaissent sur des individus sujets aux convulsions épileptiformes, on portera certainement un diagnostic de réelle probabilité.

Restent les cas atténués. Ici les solutions fermes du problème font défaut. Pour déterminer la nature des accidents nerveux du malade, on en appelle à l'examen attentif des altérations sensitivo-sensorielles, à l'examen des réflexes (abolition du réflexe pharyngien et conservation des réflexes tendineux), à la conservation de la contractilité électro-musculaire, à la perversion du sens musculaire, etc , etc.

A côté de ce problème de diagnostic, le médecin militaire devra encore apprécier les paralysies hystériques dont un traumatisme peut être l'occasion. Ces paralysies ne rentrent pas dans la catégorie de celles qui donnent droit à la retraite. Elles appartiennent au groupe de ces *maladies aggravées à l'occasion du service* et entraînant seulement la réforme avec gratification renouvelable. A côté de l'intérêt scientifique que présente l'étude de l'hystérie militaire, voici donc une considération de nature économique qui s'y rapporte. C'est dire que le mémoire de M. Duponchel mérite de fixer l'attention des médecins militaires en les mettant en garde contre les simulateurs et aussi contre des fautes de diagnostic aussi préjudiciables à leur bonne renommée qu'aux intérêts du trésor. Ici, d'ailleurs, le diagnostic de tels accidents paraît d'autant plus difficile que les hystériques sont d'habiles simulateurs et que certaines manifestations de l'alcoolisme et de l'absinthisme peuvent donner lieu à des symptômes analogues. A ce point de vue, il ne serait donc pas inutile de citer et de rappeler les beaux travaux de M. Lancereaux. On éviterait ainsi des confusions cliniques fâcheuses. — C. L. D.

MANIFESTATIONS MALARIQUES ÉVEILLÉES PAR LE TRAUMATISME, par Henry C. COE. New-York, 1886.

La question qui fait l'objet de ce mémoire est d'actualité. Elle a été discutée en France et en Italie durant ces dernières années, et on n'a pas oublié la part importante que M. le professeur Verneuil a pris à ces débats. M. Henry C. Coe en expose l'historique, rend hommage à nos compatriotes et invoque le témoignage des faits cités, çà et là, dans les auteurs et dans les monographies des guerres contemporaines. Il termine par des conclusions qui confirment les opinions aujourd'hui admises relativement au réveil du paludisme sous l'influence du choc traumatique ou opératoire. Ce mémoire témoigne de l'érudition de son auteur et de la juste impartialité avec laquelle il juge les travaux de ses contemporains étrangers ou compatriotes. On ne saurait trop le féliciter des hommages qu'il rend à la médecine française dans la personne de ses représentants les plus autorisés. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Observations anatomo-pathologiques et considérations cliniques sur trois cas de porencéphalie avec un appendice sur l'importance des anciens foyers caséeux oblitérés, par le docteur Pasquale FERRARO, coadjuteur à la chaire d'anatomie pathologique de l'Université de Naples. (*Rivista internazionale di medicina e chirurgica*, nos 5, 6 et 7.) — On entend par porencéphalie, d'après le nouveau mot que Heschl a introduit dans la nomenclature des lésions cérébrales, les anciennes pertes de substance plus ou moins étendues et profondes des hémisphères cérébraux. L'étude de ces destructions a un intérêt considérable dans la solution des multiples problèmes des

localisations cérébrales. L'auteur a eu la rare fortune d'en rencontrer trois cas. Le premier sur une femme de 38 ans, morte à l'hôpital de Naples, appelé « Hôtel royal des pauvres » (*R. albergo de' Poveri*); le second sur un enfant de 6 mois; enfin, le dernier, sur un fœtus de 6 mois.

Dans la première observation, on voit une femme de 38 ans, atteinte d'hémiplégie de tout le côté gauche avec contracture forcée dans la partie supérieure du tronc, et extension exagérée, au contraire, dans la partie inférieure du corps, ce qui, en marchant, faisait faucher cette malade d'une façon typique. Cette hémiplégie survint à la suite d'une maladie de l'enfance; la malade se souvient très bien avoir pu se servir librement de son bras gauche pendant plusieurs années pour tricoter des bas et exécuter nombre de petits ouvrages.

Elle meurt de diarrhée chronique, et l'autopsie révèle : une cavité porencéphalique entre le lobe frontal et le pariétal du côté droit, avec destruction de la moitié supérieure des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales ascendantes, dégénérescence secondaire descendante du faisceau pyramidal de droite; — une contracture post-hémiplégique à gauche avec atrophie des parties paralysées; — un hydrothorax à gauche avec compression et atélectasie du poumon correspondant; — une périhépatite chronique fibreuse; — enfin, une splénite et une périsplénite chroniques.

Il existait un ancien foyer caséeux oblitéré à la pointe du poumon droit; de la péritonite aiguë tuberculeuse; du catarrhe chronique et des ulcères tuberculeux de l'intestin avec dégénérescence graisseuse du foie, de l'hyperémie et de l'œdème du poumon droit.

Dans le second cas, on trouve sur la superficie externe et supérieure de l'hémisphère cérébral droit une grosse bosse constituée par l'arachnoïde distendue, formant une tumeur qui recouvre la majeure partie de cette portion du cerveau.

L'arachnoïde et la pie-mère ouvertes, on pénètre dans une grande cavité creusée aux dépens des circonvolutions cérébrales et de la substance blanche correspondante, qui est détruite. Cette cavité pathologique, dont les parois sont lisses, communique largement avec le ventricule latéral au moyen d'un grand trou de forme ovale. On voit au travers de cette ouverture une grande partie du plexus choroïde.

La cavité porencéphalique s'étend du lobe frontal au lobe occipital, et de la surface interne de l'hémisphère droit à la scissure de Sylvius du même côté.

Rien d'anormal ne se rencontre dans la coupe du cerveau et du cervelet.

On note enfin, dans le troisième cas, à la surface extérieure de l'hémisphère gauche, un foyer étendu de ramollissement qui a détruit sur le lobe temporal les circonvolutions correspondantes. Cette cavité est limitée en avant et en haut par la scissure de Sylvius et s'étend, en arrière, jusqu'à la circonvolution occipitale inférieure, qui est atteinte légèrement.

Si l'on considère attentivement ces trois cas et les autres semblables, enregistrés dans la science depuis quelques années, tels que ceux de Heschl, d'Kundrat (qui en a pu réunir 44 observations), de Sperling, Meschede, Tamburini, Witkowski, Jalan de la Croix, Lachi, Bianchi, Cruveilhier, etc., etc., on est fort surpris, dans tous les cas, de la résistance vitale des sujets qui en sont affectés et de la compatibilité de l'existence, avec des lésions aussi étendues, ayant souvent détruit les centres organiques de premier ordre.

L'auteur a consigné, dans ses deux premières observations, l'occlusion des deux branches de l'artère sylvienne, et c'est dans la zone cérébrale alimentée par le sang de cette artère que se trouvait l'excavation. Il paraît aussi de toute évidence que c'est à un trouble de la nutrition du système nerveux central, qui apporte la nécrose et la désagrégation des cellules et des fibres nerveuses, laissant intacts les autres éléments de nature non nerveuse, comme les vaisseaux et la névroglie, qu'il faut attribuer les lésions de la porencéphalie.

Le travail de M. le docteur Pasquale Ferraro est des plus complets; il restera comme un des meilleurs chapitres écrits sur cette question difficile, si pleine encore d'obscurités et d'hésitations.

Institut obstétrico-gynécologique de Parme, dirigé par M. le professeur Cal-

DERINI. — Nous relevons parmi les opérations importantes pratiquées pendant cette année à cette clinique :

1° Ablation totale de l'utérus en prolapsus complet affecté de myomes multiples sous-péritonéaux (29 avril). Le professeur employa, avec quelques modifications de détail, la méthode de Kalten. Comme le prolapsus de la paroi antérieure du vagin persistait, le chirurgien en fit la colporrhaphie antérieure par la méthode de Simon; la malade guérit;

2° Enucléation de myomes sous-muqueux de l'utérus d'un volume considérable. — Guérison (6 avril);

3° Extirpation d'un kyste ovarique droit (22 avril), situé dans le cul-de-sac de Douglas, chez une femme de 56 ans. — Guérison;

4° Fistule vésico-vaginale (7 mai) chez une rachitique par suite d'accouchement au forceps; la méthode de Boseman réussit parfaitement;

5° Amputation sus-vagiuale du col de l'utérus atteint d'épithélioma (2 mai). — Guérison de l'opération;

6° Procto-colpo-périnéorrhaphie pour une déchirure complète de la fourchette et du périnée;

7° Laparotomie exploratrice et ablation d'un énorme myome kystique de l'utérus. — Guérison;

8° Extirpation complète par le vagin, avec succès définitif, de l'utérus atteint d'épithélioma.

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 août. — Présidence de M. SAPPEY.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Tourdot, interne de l'asile des Quatre-Mares, une brochure intitulée : *De l'alcoolisme dans la Seine-Inférieure.*

M. Léon LE FORT met sous les yeux de ses collègues une tumeur fibreuse des parois intestinales d'un volume considérable il l'a extraite il y a quelques semaines par la voie abdominale chez une femme aujourd'hui guérie, et qu'il présente à l'Académie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage.

Après un débat préliminaire dans lequel est agitée la question de savoir si la discussion générale est close, et si l'on doit passer à la discussion des nouvelles conclusions de la commission, l'Académie s'étant décidée, par 11 voix contre 9, pour l'affirmative, M. BERGERON monte à la tribune pour donner des explications au sujet des modifications apportées aux premières conclusions de la commission. La discussion est ensuite ouverte sur la première conclusion ainsi formulée :

« L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, telle qu'elle se pratique partout aujourd'hui avec les alcools industriels, mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucre cristallisé. »

M. RICHE demande que cette conclusion soit modifiée de la manière suivante :

« L'Académie se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins telle qu'elle se pratique *généralement* aujourd'hui avec les alcools industriels *impurs*. »

M. CHATIN propose de substituer le vinage par le sucre au vinage par l'alcool, et rejette l'emploi des raisins secs.

M. GALLARD s'étonne de se voir ranger à la fois parmi les partisans effrénés du *mouillage* et du *survinage* des vins par cela seul que, faute de pouvoir les empêcher, il

conseille de tolérer ces deux pratiques également blâmables, mais aussi peu nuisibles l'une que l'autre pour la santé publique. L'alcool contenu dans les vins agit en raison de sa quantité et non de sa provenance, et celui qui s'est développé naturellement pendant la fermentation du moût est absolument aussi nuisible que celui qui a été ajouté plus tard, si ce dernier est de bonne qualité et bien rectifié.

Il est vrai que certains alcools industriels renferment des produits toxiques, mais il est facile de les en débarrasser, et, si coûteuse que puisse être cette rectification, on devrait exiger qu'elle ait été faite avec soin avant de livrer ces alcools à la consommation. Seulement la chimie n'est pas encore en possession d'un moyen sûr et pratique de déceler la présence de ces alcools toxiques que le goût seul permet, jusqu'à présent, de reconnaître.

Quant aux vins additionnés d'eau pure ou d'alcool bien rectifié, s'ils sont tout aussi solubles que les vins naturels, ils sont certainement inférieurs comme qualité, et c'est pourquoi la consommation des vins naturels légers, contenant peu d'alcool, doit être surtout encouragée.

C'est vers ce but que tendent tous les efforts de M. Gallard, qui repousse la moyenne de 10 p. 100 adoptée par le Laboratoire municipal, comme devant seule donner la caractéristique d'un vin *loyal* et *marchand*, puisqu'on ne peut s'empêcher de considérer comme tels tous les vins naturels dont le degré d'alcoolisation oscille entre 6 et 21 p. 100.

Il pense, et c'est ce sur quoi il insiste le plus, que si l'on parvenait à élever le prix de l'alcool à tel point qu'il devînt onéreux de l'ajouter à un vin léger pour le porter au taux de 10 p. 100 réclamé par le Laboratoire municipal, la pratique du vinage ne tarderait pas à être abandonnée. Ce n'est certainement pas là le langage d'un partisan quand même de cette pratique.

M. Rochard maintient la rédaction de la commission ; il admet que le vinage est mauvais au point de vue de l'hygiène, mais il l'admet par esprit de conciliation parce qu'il y a des vins qui ne peuvent pas s'en passer.

M. Daremberg fait observer que le laboratoire municipal n'a pas de moyenne pour les vins naturels ; il n'en a que pour les vins fabriqués.

M. Besnier demande que la suite de la discussion sur l'alcoolisation des vins soit ajournée à une époque où l'Académie sera en nombre suffisant pour la continuer avec l'autorité nécessaire.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON, PENDANT LES MOIS DE MAI ET JUIN 1886.

Bernard (Paul) : Des attentats à la pudeur sur les petites filles. — Crozat (François) : Etude expérimentale de l'action du nitrate d'argent sur la cornée. — Cuche (Auguste) : Du traitement de la cataracte pendant ces quinze dernières années dans le service ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Garand (Alphonse) : Contribution à l'étude du sulfate de spartéine, spécialement dans son action sur le cœur et la circulation. — Laffage (Henri) : Essai sur les variations du poids dans l'enfance, envisagées spécialement dans les maladies fébriles. — Bobichon (Camille-Louis) : Contribution à l'étude du torticolis postérieur d'origine musculaire. — Porteret (Léon) : Étude sur le pronostic des troubles de l'humeur vitrée.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉS CONTRE LE LICHEN AGRIUS. — Hillairet et Chausit.

1° Calomel.....	1 gramme.
Tannin.....	2 à 3 grammes.

Glycéré d'amidon..... 30 grammes. — Mêlez.
2° Teinture d'aloès..... 4 à 8 grammes.
Glycérine..... 30 grammes. — Mêlez.

Ce dernier topique, selon Chausit, cicatrise les crevasses anciennes, après 5 ou 6 applications. — 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.

— M. le docteur Billon (Paul-Eugène), est nommé médecin du bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement de Paris.

— M. directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du IVe arrondissement que, le mercredi 18 août 1886, il sera procédé à l'élection d'un médecin.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Ficeni (de Cervione), qui a succombé ces jours derniers à une congestion cérébrale, à Prunette (Corse).

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE LYON. — Par suite du départ de M. R. Tripier, qui vient d'achever ses dix-huit années d'exercice, M. Vinay passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu. — M. V. Chappet, médecin des hôpitaux, entre comme titulaire à l'hôpital de la Croix-Rousse.

STATISTIQUE VITALE DE LA VILLE DE LYON PENDANT LES MOIS D'AVRIL, MAI ET JUIN 1886. — En avril : 683 naissances, mort-nés exclus, 883 décès, 76 mort-nés, 188 mariages et 12 divorces.

En mai : 705 naissances, mort-nés exclus, 806 décès, 76 mort-nés, 323 mariages et 10 divorces.

En juin : 689 naissances, mort-nés exclus, 640 décès, 55 mort-nés, 232 mariages et 7 divorces.

Total : Naissances, 2,077; décès, 2,329 ; mort-nés, 207 ; mariages, 743 ; divorces, 29.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Voici les règles de déontologie adoptées par le cercle médical qui vient de se fonder à Verviers, et que nous fait connaître le *Scalpel :*

1° Le médecin appelé auprès d'un malade en traitement ne pourra donner ses soins qu'autant que le confrère qui l'a précédé a été averti, et, dans le cas contraire, il proposera une consultation ;

2° Le médecin appelé pour un cas d'urgence auprès d'un malade en traitement doit se borner à donner les soins nécessaires et à laisser copie à son confrère de sa prescription ;

3° Tous les membres du cercle s'engagent à remplacer un confrère qui prend des vacances ou qui est retenu chez lui pour cause de maladie, ce qui ne doit pas l'empêcher de s'entendre avec quelques-uns d'entre eux pour le service de sa clientèle ;

4° Le médecin absent ou malade fera connaître à ses confrères l'époque à laquelle il reprendra ses visites. Ceux-ci lui transmettront immédiatement la liste des malades traités par eux, avec les renseignements qu'ils croiront indispensables ;

5° Il est de la dignité du médecin de ne point conserver des clients du confrère absent ou malade ;

6° Un autre devoir du médecin est de s'abstenir d'émettre sur le traitement d'un confrère qui l'a précédé une appréciation défavorable ou des insinuations malveillantes ;

7° Un médecin qui succède à un autre ne peut se permettre d'adopter pour ce client un prix de visites inférieur à celui de son prédécesseur.

8° Le médecin consultant ne peut succéder au médecin traitant qu'après l'avoir prévenu par écrit de l'intention formelle manifestée par le malade ;

9° Le médecin doit laisser au malade le choix du consultant et de l'accoucheur et ne se départir de cette ligne de conduite que si la famille le prie instamment de le désigner lui-même ;

10° Le médecin exclu du Cercle est le seul avec lequel on puisse refuser une consultation.

NOUVELLE LOI SUISSE CONTRE LES ÉPIDÉMIES. — Cette loi a pour but d'édicter certaines mesures contre les maladies épidémiques qui offrent un danger général. Sont considérées comme telles : la *variole*, le choléra asiatique, le typhus pétéchial et la peste.

La variole est à juste raison assimilée aux maladies pestilentielles et, à ce titre, elle doit être combattue par des mesures d'isolement et de désinfection dont les autorités cantonales sont responsables. La déclaration des cas de maladie est imposée au maître du logis où le malade se trouve ; la même obligation incombe au médecin qui traite le cas et qui doit aviser non seulement l'autorité locale, mais encore l'autorité sanitaire.

Ajoutons que « les demandes civiles en dommages-intérêts demeurent réservées », et qu'une amende pouvant s'élever à 1,000 francs est infligée à ceux qui « négligent d'observer ou éludent les prescriptions de la présente loi ou les ordres spéciaux des autorités compétentes ». (*Lyon médical*).

Bulletin bibliographique.

La protubérance annulaire, premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre des facultés supérieures, par le docteur BITOR, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Cet ouvrage se trouve à Bordeaux, imprimerie nouvelle A. Bellier et Cie, rue Cabirol, 16.

De l'introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité, par le docteur M.-A. LAURET, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Cet ouvrage se trouve à Montpellier, imprimerie centrale du Midi, Hamelin frères.

De la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées, — rapport présenté à l'Administration des chemins de fer de l'Etat, par le docteur Paul REDARD.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Étude sur un mode particulier d'administration de l'opium dans le délirium tremens, par le docteur Léon PUISTIENNE.

Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique, par le docteur Raoul BLUSSON.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Davy, successeur de Parent, rue Madame, 52.

Électrologie médicale. — Précis thérapeutique et instrumental.

Cet ouvrage se trouve chez J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19, et chez Gaiffe, ingénieur-électricien, rue Saint-André-des-Arts, 40.

Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone (hypnone), par M. A. MAIRET, agrégé et M. COMBEMALE, interne.

Cet ouvrage se trouve à Montpellier, chez Bœhm et fils, éditeurs.

Considérations pratiques sur l'urèthre de l'homme par le docteur Henri PICARD.

Cet ouvrage se trouve à Paris, imprimerie de M. Décembre, rue de Vaugirard, 326.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. P. Le Gendre : La sarcomatose cutanée généralisée primitive. — II. L.-H. Petit : Association française pour l'avancement des sciences. — III. Intérêts professionnels : L'Association médicale mutuelle en cas de maladie. — IV. Bibliothèque : Beitræge zur pathologischen Anatomie und Physiologie. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés : La folie dans la race noire. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

DERMATOLOGIE

La sarcomatose cutanée généralisée primitive.

Bien des fois, depuis quinze ans, nous avons entendu répéter que Paris perdait le rang élevé qu'il avait occupé naguère parmi les centres européens d'instruction médicale, et parmi les exemples que les pessimistes citaient le plus volontiers, c'était le délaissement de notre grande école dermatologique de Saint-Louis au profit de Vienne, le renom des Bazin et des Hardy s'effaçant devant celui d'Hébra et de Kaposi.

Voilà un cliché auquel il est bien temps de renoncer.

Outre l'enseignement officiel si brillant de M. le professeur Fournier, les leçons cliniques toujours si appréciées de MM. Laillier, E. Besnier, Vidal, Hallopeau, les conférences que vient d'inaugurer M. Quinquaud avec un légitime succès les après-midi du mercredi, ne maintiennent-elles pas aussi haut que par le passé la vieille renommée de Saint-Louis? Et quand nous voyons s'avancer derrière les anciens maîtres la phalange des jeunes, déjà maîtres aussi ou près de le devenir, Balzer, Brocq, Gaucher, comment ne pas concevoir les plus légitimes espérances pour l'avenir de la dermatologie française?

Les grands centres médicaux de la province commencent à être aussi bien partagés que Paris, puisque, sans compter les maîtres déjà connus de tous, MM. Doyon, Renaut à Lyon, Leloir à Lille, Berlioz à Grenoble, nous voyons des jeunes comme notre ami Léon Perrin, après quatre années d'internat à l'hôpital Saint-Louis, couronner ses études par une monographie de premier ordre sur la sarcomatose cutanée, avant d'aller porter à Marseille les traditions de l'Ecole de Paris ; cette thèse très intéressante a été inspirée à Perrin par l'un de ses maîtres, M. Besnier, et faite sous la direction de l'éminent dermatologiste.

I

L'étude de la sarcomatose cutanée supposait un rappel préalable des notions actuellement acquises sur la nature du sarcome en général. M. Perrin l'a fait avec précision et sobriété.

Lebert, en 1848, avait séparé des cancers des tumeurs essentiellement formées de cellules fusiformes qu'il nomma fibroplastiques. Ch. Robin avait distrait à son tour de ce groupe d'autres tumeurs constituées par des cellules rondes, embryonnaires, qu'il appela embryoplastiques, et avait décrit à part une autre classe de tumeurs ayant une structure analogue à la moelle des os (tumeurs à médullocèles et à myéloplaxes). Depuis cette époque, un mouvement contraire s'est produit, réunissant ces trois catégories de néoplasmes sous le nom générique de sarcomes, que Cornil et Ranvier définissent « tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir du tissu adulte ».

Le sarcome est en somme une tumeur de nature conjonctive, et, comme le tissu conjonctif se rencontre à peu près partout, on peut voir le sarcome se développer même primitivement dans presque tous les organes. La similitude du tissu sarcomateux avec celui de l'embryon au début de son développement, son analogie avec les bourgeons charnus des plaies et les tissus résultant de l'inflammation n'empêche pas cette différence radicale entre lui et eux, l'impuissance à arriver à l'état le plus élevé de l'organisation, à l'état de tissu conjonctif adulte.

Si maintenant pour distinguer les unes des autres les diverses variétés de sarcome, on adopte, comme M. Perrin, la classification de Rindfleisch, on appellera sarcome *globo-cellulaire* celui qui est presque exclusivement composé de cellules rondes embryonnaires ; — *fuso-cellulaire*, celui dans lequel apparaissent en quantité notable les cellules fusiformes, ébauche d'organisation de tissu conjonctif. Dans cette variété, les cellules peuvent présenter d'abord autour du noyau, plus tard dans le noyau, des grains pigmentaires, noirs, arrondis, réfringents, qui peuvent infiltrer aussi le tissu unissant (sarcome *mélanique*).

Poussant plus loin sa conception logique du type conjonctif, Rindfleisch admet commes sarcomes des tumeurs composées de tissu conjonctif adulte, c'est pour lui le sarcome fibreux ; c'est la tumeur que nous nommons *fibrome* et qui diffère à tel point par son évolution clinique des types précédents que M. Perrin refuse de l'adjoindre à eux.

En résumé, on trouve dans la structure de tout sarcome des cellules, un tissu unissant ou de support, des vaisseaux, et les variétés d'aspect et d'évolution dépendent des variations dans la disposition de ces divers éléments.

Les cellules peuvent être rondes et embryonnaires, fusiformes (grosses ou petites), ou même analogues aux myéloplaxes de la moelle (sarcome *giganto-cellulaire*, *myéloïde* de Cornil et Ranvier).

Le tissu unissant peut être un simple réticulum analogue au tissu *lymphadénoïde :* ceci explique les discussions relatives à la parenté du sarcome cutané, du mycosis fongoïde et de la lymphadénie cutanée ; — il peut être formé par des tractus fibreux épais, limitant de petites loges (sarcome *alvéolaire* ou *carcinomateux*).

Les vaisseaux sont toujours très abondants dans les sarcomes, ils le sont d'autant plus que la tumeur se rapproche davantage du type embryonnaire ; comme leurs parois sont embryonnaires, ou comme ils consistent seulement en canaux creusés dans le sein même du tissu morbide, on observe souvent les hémorrhagies et les épanchements sanguins interstitiels.

Ajoutons que les sarcomes peuvent subir diverses dégénérescences, devenir lipomateux par adipose ou stéatose, être le siège d'infarctus, de kystes sanguins (télangiectasiques), qu'ils peuvent s'enflammer et bourgeonner, prenant l'aspect villeux ou papillaire.

La marche des tumeurs sarcomateuses est continue, avec de rares régressions partielles, elles arrivent à un développement plus ou moins considérable, déterminent un engorgement ganglionnaire lent, quelquefois nul, s'ulcèrent rarement, se généralisent dans le sens du courant sanguin, habituellement par la voie veineuse, et récidivent presque toujours sur place.

Les personnes qui sont familiarisées avec les recherches histologiques nous critiqueront peut-être d'avoir donné trop d'importance à ce préam-

bule ; nous nous consolerons de cette critique, en pensant que nous avons pu servir d'autres lecteurs, plus nombreux sans doute, qui éprouvent quelque peine à se faire une idée nette des modifications apportées par les travaux contemporains dans l'histoire naturelle des tumeurs.

II

Bien qu'il soit possible de retrouver dans la littérature médicale antérieure certains documents relatifs à cette affection, on peut faire dater l'histoire de la sarcomatose cutanée de l'année 1869 : à cette date Köbner publia deux observations de sarcomes généralisés secondaires. Mais c'est Kaposi, qui, l'année suivante, dans une monographie fort remarquable, établit sur cinq observations l'existence du sarcome pigmentaire généralisé idiopathique primitif. Les travaux les plus importants sur la question depuis cette époque et jusqu'à la thèse de Perrin sont dus à Vidal, Tanturri, de Amicis, Hardaway, etc.

Bien que le nombre des faits publiés sous le nom de sarcomes cutanés ne soit pas encore bien considérable, — Perrin en signale une cinquantaine de cas dont 18 sont en entier dans sa thèse ; — il a déjà été nécessaire de créer des divisions pour mettre en évidence leurs analogies et leurs dissemblances. Voici la classification provisoire que notre ami propose :

Les sarcomes sont NON MÉLANIQUES OU MÉLANIQUES.

Les non mélaniques peuvent être *généralisés primitifs* ou *généralisés secondaires*.

Parmi les sarcomes non mélaniques généralisés primitifs, quatre groupes sont indiqués : le *sarcome du type Kaposi*, dont le caractère principal est le début par les extrémités des membres ou par une tumeur isolée en un point quelconque, mais rapidement suivie de l'extension aux extrémités ; — le *type hypodermique* globo-cellulaire simple ; — un groupe de cas intermédiaires ou hybrides ; — la forme *pseudo-mycosique*.

Les sarcomes non mélaniques généralisés secondairement peuvent avoir pour point de départ une tumeur localisée cutanée ou une tumeur viscérale.

Enfin, les sarcomes mélaniques peuvent, eux aussi, être primitifs ou secondaires.

C'est au sarcome non mélanique généralisé primitif, notamment à celui du type Kaposi, qu'est surtout consacrée l'étude de Perrin.

III

Chez un individu dont la santé n'a été en rien troublée, ou bien qui se plaint d'un affaiblissement progressif, survient, au niveau des pieds et des mains, du côté de la flexion plutôt que de l'extension, un gonflement, une sorte d'œdème dur avec une sensation de picotement, de prurit et de tension des téguments. Puis, au niveau des parties tuméfiées, apparaissent des taches brunâtres et des nodosités. Il s'agit de petits noyaux infiltrés dans le derme, isolés, dont la dimension varie de celle d'un grain de poudre de guerre à celle d'un pois, de coloration bleuâtre ou brun rougeâtre, arrondie, de consistance assez dure. Les nodules peuvent être précédés de taches diffuses cyanotiques, hyperémiées, qui prennent d'abord une consistance dure en restant lisses, puis se transforment, plus tard, en noyaux et en plaques saillantes, mamelonnées. Alors est constituée la période d'état ou

des tumeurs. Le nombre de celles-ci varie de trente à plus de mille; outre celles qui frappent la vue, la palpation en fait découvrir qui sont à peine saillantes, ou siègent seulement dans l'hypoderme.

Elles peuvent se montrer sur toutes les régions du corps, face, tronc, organes génitaux, membres, muqueuses même du gland, de la bouche et du pharynx; mais, dans le type clinique mis en lumière par Kaposi, Vidal, Tanturri, de Amicis, les tumeurs, très nombreuses aux membres et à leurs extrémités surtout, deviennent d'autant plus rares qu'on se rapproche du segment supérieur du membre et du tronc. Dans un autre groupe de cas, on voit les membres presque indemnes, tandis que le reste du tronc en est comme criblé. Sur la face, au niveau des régions pilaires et sur le cuir chevelu, elles ne causent pas l'alopécie.

Les formes les plus habituelles de ces tumeurs sont arrondies ou ovoïdes, allongées ou aplaties, nummulaires ou discoïdes. Ordinairement sessiles, elles peuvent acquérir un pédicule plus ou moins long.

L'un des symptômes les plus importants du sarcome cutané est la coloration que la peau peut prendre au niveau des tumeurs. Quand le début se fait par les extrémités, comme dans le type de Kaposi, les premières qui apparaissent ont une teinte rouge sombre, puis une teinte violacée que la plupart conservent, tandis que d'autres deviennent brunâtres, livides et noirâtres. On peut d'ailleurs observer des nuances assez différentes, quelques-unes peuvent être orangées. Ces différences de coloration dépendent surtout des rapports des tumeurs avec la peau. Les tumeurs intra-dermiques sont bleuâtres ou noirâtres; celles qui siègent plus profondément dans l'hypoderme ne produisent aucun changement de coloration à leur niveau, fait qui se trouve signalé dans une observation que nous avons publiée en collaboration avec M. Dauchez (1).

Les tumeurs sarcomateuses peuvent s'agglomérer pour constituer des plaques plus ou moins volumineuses, quelquefois grandes comme le creux de la main, violacées, bosselées, mamelonnées. Les parties périphériques de ces placards peuvent être demeurées saillantes, tandis que le centre, s'étant affaissé comme par atrophie, offre l'aspect cicatriciel. On peut voir, dans ces cas, de larges infiltrations diffuses sur le dos des mains et des doigts, sur le prépuce; aux pieds, la pression pendant la marche finit par aplatir des nodosités saillantes au début. La couche épidermique subit quelques modifications au niveau des tumeurs, quand elles sont intra-dermiques; outre un aspect lisse et brillant de la surface cutanée, on peut voir une exfoliation de lames épidermiques, ou quelquefois des stratifications verruqueuses d'éléments cornés.

La consistance des tumeurs sarcomateuses est, en général, d'une dureté élastique. Au niveau des gros placards, la peau ne peut être pincée ni ridée, le derme étant infiltré dans toute son épaisseur; quand une tumeur volumineuse, demeurée mobile, peut être saisie entre les doigts, on sent qu'elle est homogène, bien limitée, non kystique, et sa consistance est intermédiaire entre la dureté du fibrome et la mollesse du lipome. Cependant, on en rencontre quelques-unes qui sont molles, angiomateuses, turgescentes et compressibles, saignant alors assez abondamment quand on les excise.

La sensibilité est remarquablement peu atteinte, malgré le volume des tumeurs et les altérations de la peau; si quelquefois on a constaté une

(1) Société clinique de Paris (1883).

légère douleur au moment de son développement, la néoplasie une fois développée ne cause aucune douleur spontanée, sauf quelques démangeaisons. Dans les cas du type Kaposi, le volume, parfois considérable, des pieds et des mains cause une gêne de la marche, une impossibilité plus ou moins grande de plier les doigts, de fermer les mains.

Le retentissement des sarcomes primitifs généralisés de la peau sur les ganglions est presque insignifiant; 9 fois sur 10, les ganglions sont normaux ou médiocrement engorgés, et toujours indolents. Dans aucune observation on n'a noté une augmentation des globules blancs du sang. L'état général reste bon pendant très longtemps.

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

Association française pour l'avancement des sciences

(*Quinzième session, à Nancy.*)

La séance d'inauguration a eu lieu jeudi dernier, 12 août, à deux heures et demie, dans la salle du théâtre. Les discours d'usage ont été prononcés par deux anciens élèves des Facultés de Strasbourg et de Nancy, M. Friedel, professeur de minéralogie à la Faculté des sciences, en qualité de président de la session actuelle, et M. Collignon, ingénieur des ponts et chaussées, comme secrétaire général.

M. Friedel a saisi cette occasion pour rendre un nouvel hommage aux savants illustres qui ont encouragé les premiers efforts de l'Association, et dont plusieurs en ont été les présidents; dont les uns, comme Delaunay, Combes, n'ont pas même été témoins des premiers succès de leur œuvre, et dont les autres, Cl. Bernard, Broca, Bouillaud, Wurtz, Dumas, Kuhlmann, plus heureux, ont pu voir, avant de mourir, leur œuvre en pleine prospérité.

La fusion de l'Association française et de l'Association scientifique de France, fondée par Leverrier, a été votée à Grenoble; elle est réalisée en fait, mais non en droit, par suite des lenteurs administratives qui, espérons-le, ne tarderont pas à disparaître.

Il était difficile à un enfant de l'Alsace de ne pas rappeler le souvenir de Strasbourg, à propos de l'esprit scientifique de notre Association, qui est essentiellement décentralisateur, et de Nancy, qui a recueilli les débris des Facultés de la capitale de l'Alsace. Ce sont de douloureux souvenirs. « A la place d'une Université cherchant à marier la culture française à la science germanique, et formant comme un vivant trait d'union entre les deux peuples, nous ne trouvons plus qu'un organisme destiné à refouler l'esprit français et à dresser une barrière, si c'était possible, entre nos frères d'au delà des Vosges et nous. »

M. Friedel, chimiste et minéralogiste, a pris ensuite comme sujet de son discours les progrès récents de ces deux sciences et les relations étroites qui les relient, tant au point de vue de la composition chimique des minéraux que de la cristallisation des corps simples et des réactions spectroscopiques des uns et des autres. Nous ne pouvons entrer ici dans de grands détails, à cause du caractère spécial du sujet, mais nous pouvons dire que M. Friedel l'a exposé de manière à attirer et à retenir jusqu'à la fin l'attention de son nombreux auditoire. Son désir était de nous intéresser à la minéralogie, de nous montrer en elle une science dont les progrès sont rapides, dont les méthodes se renouvellent, et qui est digne de tout l'intérêt des esprits curieux; ce désir a été pleinement satisfait, et nous pouvons ajouter avec l'éminent orateur que la minéralogie ne tient pas encore, dans l'enseignement de nos Facultés, la place qu'elle mérite et qu'elle devrait être partout l'objet d'un cours spécial. Il faut dire encore, pour ceux qui ne le sauraient pas, que la minéralogie est une source de jouissances à la fois esthétiques et scientifiques des plus vives.

A M. Collignon incombait la tâche de rappeler les faits et gestes des membres de l'Association depuis le Congrès de Grenoble; tâche agréable puisqu'elle comportait

©BIU Santé

l'énumération des succès et récompenses honorifiques obtenus par nos savants collègues dans les Académies et Sociétés savantes; tâche désagréable, à un autre point de vue, puisque cette énumération rappelait les vides nombreux que la mort a faits dans nos rangs : Bouquet, Bouley, Jamain, Robin, Parise, Dechambre, Simonin, Courty, etc.

Un des écueils de nos Congrès s'est rencontré l'an dernier à Grenoble, mais il a été heureusement évité.

« Au point de vue spécial des Congrès scientifiques, dit M. Collignon, il est des esprits timorés qui redoutent un peu la beauté des paysages voisins et l'intérêt offert par les promenades. Rien ne serait plus naturel, en pareil cas, que de se laisser entraîner dans des excursions multipliées, et d'abandonner le travail des sections aux membres les plus consciencieux ou les moins ingambes. Certes, ces craintes n'ont jamais été mieux fondées qu'à Grenoble; mais l'événement ne les a pas justifiées, et nous pouvons admettre qu'elles sont chimériques. On n'y a pas délaissé les sections, comme nous le ferons voir tout à l'heure, bien que la part faite aux excursions y ait été plus large qu'à l'ordinaire.

« Aux divers éléments de succès déjà énumérés, nous devons ajouter qu'un bon nombre de savants étrangers ont répondu, en 1885, à notre appel et sont venus donner, par leur présence, un nouvel éclat à notre réunion. On sait que l'année précédente, la crainte du choléra avait retenu loin de la France la plupart de nos visiteurs accoutumés. Aussi, avons-nous fêté doublement le retour de nos hôtes étrangers à leurs anciennes habitudes.

« Le compte rendu du Congrès de Grenoble signale un total de 342 communications, dont 38 appartiennent au groupe des sciences mathématiques, 55 au groupe des sciences physiques et chimiques, 166 au groupe des sciences naturelles, et 83 au groupe des sciences économiques, en y comprenant la sous-section d'archéologie, récemment créée. Le troisième groupe est, comme toujours, celui qui présente la plus grande abondance de matière. La section des sciences médicales y occupe le premier rang, avec 71 communications; vient ensuite la section d'anthropologie avec 48. »

On voit donc que notre Association est en pleine prospérité, ce qui ressort encore plus clairement de l'exposé de notre situation financière, tel qu'il a été établi par notre trésorier, M. Emile Galante.

Les revenus de l'année 1885 ont été un peu plus élevés que ceux de l'année 1883 : ils se sont montés à 80,441 fr. 89. En voici le détail :

Reliquat de l'année 1884	1,439f 17
Cotisations des membres annuels	56,920 »
Arrérages des capitaux placés	21,967 72
Vente de volumes	105 »
Droits d'admission	10 »
Total	80,441 89

Les dépenses se sont élevées à 73,734 fr. 40.

Le capital s'élève à 493,000 fr. auxquels il faut ajouter les legs Girard (120 à 150,000 fr.), Lempech, de Miramont, (5,000 fr.) et Brossard, d'Etampes, (3,000 fr.).

Depuis 1872, les revenus ont permis de donner en subventions une somme de 136,800 francs.

Nous devons une mention toute spéciale au discours si patriotique de M. le maire de Nancy, qui, parlant du cosmopolitisme de la science, a eu soin d'ajouter que chaque nation ne devait pas néanmoins faire abnégation de sa personnalité, et que l'Association française, en particulier, avait indiqué ce sentiment dans sa devise : *Par la science, pour la Patrie.*

L.-H. Petit.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE EN CAS DE MALADIE.

D'aucuns revendiquent la priorité de l'idée fort généreuse dont M. Gallet-Lagoguey est à l'heure actuelle le champion convaincu. En 1877, et en avance de dix années sur les réformateurs de 1886, la *Tribune médicale*, sagement d'ailleurs, dignement et posément, proposait des modifications aux statuts de nos associations professionnelles. Elle engageait aussi le corps médical à fonder des institutions de prévoyance en cas de maladie.

Deux années plus tard, l'*Alger médical* demandait à son tour, la création d'une caisse d'assurances sur la vie entre médecins, et précédait ceux qui depuis ont essayé, par des voies différentes, de réaliser ce qu'on appelle les desiderata de nos grandes associations.

M. Laborde et le regretté Coudereau sont donc les honorables précurseurs du projet actuellement désigné sous le nom d'Association médicale mutuelle. M. Lagoguey le rappelle d'ailleurs avec une probité tout à son honneur.

L'origine de cette idée étant ainsi bien établie, avouons que M. Lagoguey en possède bien la paternité d'adoption, car il en poursuit la réalisation avec enthousiasme et malgré les difficultés nombreuses, mais impuissantes à désarmer son courage.

Aujourd'hui, les bases fondamentales de l'Association médicale mutuelle ont été définitivement arrêtées par le comité d'initiative et sous le patronage de la Société médicale du Xe arrondissement. Ce projet a été adressé aux diverses Sociétés médicales du département de la Seine, et sera soumis sans doute à leur libre examen. Ces débats ne seront pas sans utilité pour donner la note dominante de l'opinion médicale parisienne en cette matière.

Il s'agit, rappelons-le, de réunir un nombre suffisant de médecins décidés, par un fonds social commun, à payer aux membres participants une indemnité journalière en cas de maladie excédant huit jours de durée.

L'économie du projet a été exposée dans le rapport de notre estimé confrère, M. de Cours, à la Société médicale du Xe arrondissement. Elle fixe la limite d'âge des admissibles à 55 ans, leur cotisation mensuelle à dix francs, et l'indemnité journalière de maladie à dix francs.

Avec 150 membres, la Société aurait, ajoute M. de Cours, des ressources suffisantes pour entretenir deux malades chroniques durant toute l'année ou bien pourvoir à six journées de maladie aiguë par sociétaire. Elle réaliserait encore un bénéfice. Les chiffres qui motivent cette estimation ont été empruntés aux Sociétés ouvrières fort prospères de la céramique et de la corporation du gaz.

Les espérances des promoteurs de ce projet sont plus vastes encore. Ils se proposent de « rendre inutile la création d'une caisse de retraite pour la vieillesse, puisque le « médecin incapable d'exercer par suite d'infirmités ou de sénilité, touchera une « indemnité quotidienne de 10 francs, soit 3,650 francs par année, cette somme repré- « sentant l'intérêt d'un capital de près de 100,000 francs ».

On le voit, nos honorables confrères ont confiance dans le succès de leur œuvre, et pour se confirmer dans leurs espérances, ils interrogent le compte rendu de la Société amicale des médecins anglais. Fondée, il y a deux ans, par M. Hart, cette Association possède déjà une réserve de 55,000 francs et un personnel de 583 membres, parmi lesquels les primes journalières de maladie n'ont pas excédé le nombre de quatre par sociétaire.

Ce sont des chiffres et de bien beaux chiffres ! Ils servent aux fondateurs de l'Association médicale mutuelle pour triompher d'objections qui, chose singulière, ont pour auteurs les plus ardents avocats d'institutions analogues dans leurs principes, sinon dans leurs résultats. Suffiront-ils pour vaincre les hésitations, déterminer des adhésions et montrer que cette institution ne fera pas double emploi avec les caisses de secours des Sociétés locales et de l'Association générale ?

Il n'y a pas lieu d'entrer ici dans des débats de chiffres ; mais qu'elle soit parfaite, ce qui serait bien difficile, ou perfectible, ce dont il n'y a pas à douter, cette œuvre est avant tout celle d'un homme de dévouement, et ne ressemble en aucune façon à une affaire médicale plus ou moins bien lancée.

Les statuts le prouvent : ils établissent la gratuité absolue de toutes les fonctions sociales et imposent à chaque adhérent l'obligation de les remplir à tour de rôle. En un mot, dignitaires ou simples adhérents, tous seront à la peine, tous seront à l'honneur. Ce désintéressement a fait la fortune de l'Association générale et des Sociétés locales. Il contribuera, nous l'espérons, au succès de l'Association médicale mutuelle.

Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

BEITRÆGE ZUR PATHOLOGISCHEN ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, par Ernest ZIEGLER et C. NAUWERCK, professeurs à l'Université de Tubingen. — 1886, Iena, Fischer.

Consacrée aux travaux de l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Tubingen, cette publication donne une idée de l'activité des laboratoires de cette université, des tendances de son enseignement et de l'utilité pratique des recherches qu'on y entreprend.

Nous avons sous les yeux le deuxième et le troisième fascicules du premier volume de ce recueil. Ils contiennent des documents importants signés de Nauwerck, Ziegler, Lewy, Krafft, etc., et témoignant qu'à Tubingen, comme dans la plupart des Universités d'Allemagne, les professeurs se tiennent en haleine par des recherches originales et, en général, évitent de se laisser absorber par les exigences de la clientèle au grand détriment de l'enseignement et du progrès scientifique.

Dans une note fort complète, M. Nauwerck discute un cas de *chorée* dont il publie l'histoire et dont il fait connaître les particularités anatomo-pathologiques. Reprenant une idée émise naguère par M. Joffroy dans le *Progrès médical*, il pense que la chorée possède dans certains cas les allures d'une maladie infectieuse dont on trouve les localisations dans les centres nerveux. Quelle que soit la valeur de cette hypothèse, et malgré les objections qu'elle soulève, il y a mieux à faire que de la passer sous silence.

M. Wild expose les résultats de ses recherches sur la dégénérescence amyloïde et M. Lewy, dans une contribution à l'anatomie pathologique de l'estomac, rapporte ses observations histologiques sur les altérations de cette organe dans la gastrique chronique. M. Hurthle s'est associé avec M. Nauwerck pour étudier le molluscum et l'éléphantiasis congénital.

M. Van Podwissozki, donne le récit d'expériences dont il a pris l'initiative pour fixer le mode de dégénération des tissus glandulaires. Enfin, dans un mémoire qui complète le fascicule, M. Ziegler discute l'hérédité anatomo-pathologique des maladies et des malformations. C'était là une vaste question ; en l'abordant, le professeur de l'Université de Tubingen traitait un sujet à l'ordre du jour dans tous les pays.

On peut juger par ces citations de la richesse en documents de cette publication allemande dont le texte est accompagné de nombreuses et remarquables planches.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. C. VANLAIR adresse une note *sur l'innervation indirecte de la peau.*

« Il existe actuellement toute une série d'observations chirurgicales où l'on a pu noter la conservation de la sensibilité dans toute l'étendue de l'extrémité supérieure, nonobstant la section complète d'un ou plusieurs des principaux nerfs des membres.

Dans un certain nombre de ces cas, on a eu, de plus, l'occasion de constater la persistance de la sensibilité du bout périphérique, alors que la division totale du nerf avait été bien et dûment opérée.

« Pour expliquer ce dernier phénomène, Richet le premier avait émis l'idée d'une récurrence des fibres nerveuses. Reprise par Arloing et Tripier et soumise par eux au contrôle expérimental le plus rigoureux, l'hypothèse a été acceptée, pour ainsi dire d'emblée, par tous les physiologistes. Dans un travail devenu classique, ces auteurs ont fait voir qu'il suffisait de la récurrence jointe à une diffusion périphérique des fibres, dont ils ont également démontré l'existence, pour expliquer le maintien paradoxal de la sensibilité du bout périphérique et de la sensibilité cutanée. Mais, croyant à une corrélation étroite entre les deux phénomènes, MM. Arloing et Tripier ont négligé de fixer la part respective qui revient à l'une et à l'autre de ces dispositions, dans le maintien de la sensibilité cutanée.

« D'autre part, ils ne se sont occupés que de la survie de la sensibilité; leur attention ne s'est pas portée sur d'autres phénomènes, non moins remarquables, qui se manifestent à la suite des sections nerveuses. Je veux parler, entre autres, du retour plus ou moins tardif de la sensibilité après son abolition préalable, en l'absence, cela va sans dire, de toute régénération. La diffusion collatérale existe-t-elle ailleurs que chez l'homme et les animaux supérieurs? C'est là aussi une question qu'ils n'ont pas cherché davantage à résoudre.

« J'ai tenté de combler ces lacunes, ou plutôt de compléter leur étude en opérant sur le membre postérieur, dont l'innervation diffère sensiblement de celle du membre antérieur, par le fait de la duplicité des plexus et de la concentration du système sciatique en un seul tronc.

« Voici quelques-uns des résultats qui m'ont été fournis par mes recherches :

« La *récurrence* et la *dispersion collatérale* jouissent, à l'égard l'une de l'autre, d'une dépendance absolue. L'importance de la collatéralité dépasse de beaucoup celle de la récurrence. La collatéralité suffit en effet, à elle seule, pour garantir la sensibilité de la surface cutanée après la section des nerfs, par le moyen de vastes emprises, voire même en certains cas la superposition complète d'un district nerveux sur un autre. Il résulte, de cette disposition, des écarts inattendus entre le département anatomo-macroscopique d'un nerf et son domaine physiologique.

« Les *échanges* nerveux périphériques s'opèrent, non seulement entre branches d'un même nerf, mais encore entre nerfs appartenant à des plexus différents. On les observe dans les nerfs *régénérés* comme dans les nerfs primitifs.

« Quant au *trajet* des fibres collatérales, elles parcourent la plupart du temps les masses profondes du membre et viennent émerger, pour ainsi dire, de chaque point de la surface aponévrotique, pour pénétrer directement et isolément dans la peau.

« Pour ce qui concerne enfin la *suspension* de la sensibilité, elle résulte toujours, si l'on en excepte peut-être l'anesthésie du coussinet du gros orteil, non d'une paralysie du bout périphérique, mais d'une excitation partant du point lésé du bout central, gagnant d'abord les centres des fibres nerveuses intéressées, puis se propageant secondairement aux centres des nerfs voisins et même à ceux d'un autre plexus. L'action exercée sur les derniers centres est de nature *inhibitrice*. L'épuisement de cette influence amène graduellement le retour de la sensibilité. Chez l'homme, la durée du laps qui s'écoule entre l'abolition et le retour de la sensibilité dépasse généralement, de beaucoup, celle du même délai chez l'animal.

« Enfin, la collatéralité ne remplit chez la grenouille qu'un rôle restreint ou nul. Chez le chien et le chat, elle offre une certaine constance. Chez l'homme, au contraire, elle varie dans des limites considérables. »

M. Daubrée présente une note de M. Ad. Carnot *sur la séparation de l'arsenic, de l'antimoine et de l'étain*. Nous en extrayons ce qui a rapport à l'arsenic.

« Les réactions des hyposulfites alcalins en présence de divers acides, sur lesquelles j'ai fondé la séparation d'un assez grand nombre de métaux peuvent aussi servir à la séparation de l'arsenic.

« Lorsque, dans une dissolution chlorhydrique d'acide arsénieux ou d'acide arsénique, chauffée vers 100°, on verse de l'hyposulfite de soude, on remarque d'abord un trouble blanc dû au soufre précipité, puis bientôt une coloration jaune produite par le sulfure d'arsenic. Le même phénomène se produit dans une dissolution acidifiée par l'acide oxalique.

« Mais la précipitation est toujours incomplète, à cause de la mise en liberté d'une certaine quantité d'acide sulfureux, qui tend à ramener le sulfure à l'état d'acide arsénieux.

« Si l'on a d'avance ajouté à la liqueur une solution d'acide sulfureux ou de bisulfite alcalin, il ne se forme plus de précipité jaune ; le soufre qui se dépose est exempt d'arsenic, l'acide sulfureux ayant empêché la précipitation du sulfure. Dans les mêmes circonstances, la précipitation de l'oxysulfure d'antimoine est seulement retardée, mais se produit encore d'une façon complète. Nous avons donc là un moyen de séparation facile de *l'arsénic* et de l'*antimoine*.

« A la dissolution chlorhydrique de ces deux substances, il suffit d'ajouter de l'oxalate d'ammoniaque et de l'eau, puis de l'hyposulfite en quantité proportionnée à celle d'antimoine, enfin un peu d'acide sulfureux ou de bisulfite alcalin, et de porter à l'ébullition. Lorsque la liqueur est devenue claire et qu'une addition d'hyposulfite ou d'acide chlorhydrique n'y produit plus qu'un trouble blanc laiteux, on filtre et l'on a : d'un côté, le précipité rouge d'oxysulfure, sur lequel on achève le dosage de l'antimoine ; de l'autre, une dissolution d'acide arsénieux, où il est facile de rechercher l'arsenic.

« On y ajoute, à cet effet, un assez fort excès d'acide chlorhydrique ; on chauffe jusqu'à expulsion de l'acide sulfureux et l'on fait arriver un courant d'hydrogène sulfuré, qui détermine la précipitation totale du sulfure d'arsenic. On redissout l'arsenic en le peroxydant par l'eau régale ou par l'hypobromite de soude et l'on achève le dosage par l'une des méthodes connues.

VARIÉTÉS

LA FOLIE DANS LA RACE NOIRE.

Le mémoire et les statistiques de M. Buchanam, médecin de l'asile des aliénés de Méridian, devait, il ne faut pas s'en étonner, causer quelque émotion dans un pays où esclavagistes et anti-exclavagistes se partagent encore l'opinion publique. D'après ce médecin, le développement de l'aliénation mentale augmente rapidement parmi les gens de couleur depuis l'émancipation.

Naguère elle était rare parmi eux de sorte que, dans cette augmentation, on n'est pas autorisé à faire intervenir l'hérédité. D'ailleurs, la folie est inconnue parmi les indigènes africains chez lesquels les traitants s'approvisionnaient de chaire humaine. Depuis l'émancipation, qui les a fait brusquement passer du servage à la condition d'hommes civilisés, leur en donnant les avantages et aussi les passions, l'aliénation mentale est devenue fréquente parmi eux.

En 1850, on comptait 638 aliénés parmi la population noire des Etats-Unis ; en 1860, leur nombre était de 766, ou, en d'autres termes, de 1 aliéné pour 5,799. En 1870, il existait 2,695 aliénés de couleur ; en 1880 ils étaient, dans le rapport, de 1 sur 1,096 ; et en admettant une progression constante, ce rapport s'élèvera à 1 sur 500 en 1890, égalant ainsi la fréquence de l'aliénation mentale parmi les Américains de race blanche.

Il en est de même des autres maladies. D'après M. Buchanam, on ne comptait guère de phthisiques dans les plantations avant l'émancipation. Aujourd'hui elle décime les anciens esclaves. La morbidité et la mortalité ne varient pas ou varient peu dans la population de race blanche, elle augmente parmi les nègres.

Quelles sont les causes de ces progrès de l'aliénation mentale? Le défaut de soins hygiéniques, l'intempérance, l'alcoolisme et l'abus des plaisirs sexuels. Par contre, les nègres ne sont ni fumeurs ni mangeurs d'opium.

A ces causes efficientes, M. Buchanam ajoute encore l'exagération de l'émotivité sous l'influence de la civilisation, les excitations psychiques et le travail intellectuel auquel la race noire n'a pas été entraînée, l'ossification précoce des sutures crâniennes s'opposant au développement de la masse cérébrale.

Les formes de folie les plus fréquentes parmi les nègres sont la manie homicide, la démence et la mélancolie. La plupart sont atteints de folie des grandeurs et de folie religieuse; ils s'imaginent être Dieu, le Christ, le président des Etats-Unis, ou tout au moins un personnage surnaturel. Le pronostic de l'aliénation mentale chez les hommes de race noire est toujours plus grave que dans la race blanche. — C. L. D.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA DYSURIE. — Mallez.

Térébenthine de Venise		6 grammes.
Camphre		4 —
Extrait d'opium	ää	0 gr. 30 centigr.
Extrait d'aconit		

F. s. a. 60 pilules. — De 3 à 6 par jour, aux personnes atteintes de dysurie.

N. G.

COURRIER

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Prix proposés pour l'année 1887 :

PRIX DE L'ACADÉMIE : 1,000 francs. — Question : *De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.*

PRIX D'ARGENTEUIL : 10,000 francs. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

PRIX BARBIER : 2,000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

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

PRIX HENRI BUIGNET : 1,500 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physiqne ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

PRIX CAPURON : 1,000 francs. — Question : *De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Etudier ces altérations et les états pathologiques qui en résultent.*

PRIX CIVRIEUX : 1,000 francs. — Question : *Des névralgies vésicales.*

PRIX DAUDET : 1,000 francs. — Question : *De l'actinomycose.*

« Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. »

PRIX DESPORTES : 1,200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX ERNEST GODARD : 1,000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE : 1,000 francs. — Question : *Etude clinique de l'athrepsie.*

Prix Laval : 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre : 2,000 francs. — Question : *De la mélancolie.*

Prix Auguste Monbinne : 1,500 francs. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Portal : 600 francs. — Question : *De la tuberculose rénale primitive.*

Prix Saint-Lager : 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

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

Prix Vernois : 800 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1887 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai 1887. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Monbinne et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

— Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1886, par application de l'article 39 du décret du 28 décembre 1885, et nommés professeurs honoraires :

MM. Sappey et Hardy, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ;

MM. Joire, Garreau et Pilat, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille ;

MM. Benoît et Dupré, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier ;

MM. Hergott et Parizot (Victor), professeurs à la Faculté de médecine de Nancy ;

MM. Roussel, Béchet et Demange, professeurs-adjoints à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décrets en date du 6 août 1886 :

M. Demons, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de clinique externe à ladite Faculté.

M. Baudry, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Fochier est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Chalot, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. P. Le Gendre : La sarcomatose cutanée généralisée primitive. — II. Gimbert (de Cannes) : Etude des lazarets du Pian de Latte et de Nice pendant l'épidémie de choléra de 1884. — III. Revue des Journaux : Le sulfate de spartéine en thérapeutique. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Bulletin bibliographique.

DERMATOLOGIE

La sarcomatose cutanée généralisée primitive (1).

IV

L'évolution de la sarcomatose cutanée comprend un double point de vue : les modifications que peuvent subir les tumeurs, et la marche de l'affection dans son ensemble.

Or, les tumeurs peuvent rester stationnaires surtout dans le type Kaposi, où les mains et les pieds restent gonflés, rouges ou violacés; un plus ou moins grand nombre d'entre elles peuvent s'affaisser, se décolorer, disparaître en quelques jours ou quelques semaines, s'atrophiant généralement par le centre et pouvant ne laisser à leur place qu'une tache de la peau un peu infiltrée, plus ou moins foncée. A la paume de la main peuvent persister des rétractions des doigts.

Pendant que les tumeurs les plus anciennes disparaissent ainsi, il en peut apparaître de nouvelles par poussées successives, et celles qu'on a enlevées chirurgicalement récidivent sur place.

A propos de la disparition spontanée de certaines tumeurs sarcomateuses, M. Perrin fait la réflexion suivante : « L'idée que l'on se fait des néoplasmes est que ce sont des productions dont le caractère majeur est la tendance à persister et à s'accroître (Cornil et Ranvier). Les faits que nous venons de citer ébranleraient singulièrement l'opinion générale, si nous ne prenions le soin d'ajouter que le sarcome primitif généralisé de la peau (peut-être aussi les autres formes) ne paraît pas, à bien des égards, rentrer dans le cadre général des tumeurs telles que nous les comprenons ordinairement. A bien des points de vue, la sarcomatose semble, par son début, son aspect, son évolution, sa constitution histologique, plutôt être une *maladie infectieuse* qu'une diathèse néoplasique vulgaire. » C'est là une vue neuve et originale, mais jusqu'ici purement hypothétique.

Certaines tumeurs sarcomateuses peuvent se pédiculiser, et même le pédicule peut se rompre, donnant lieu à un écoulement de sang assez abondant. D'ailleurs, ces tumeurs sont souvent très vasculaires, et leurs vaisseaux très friables; dans le cas que M. Dauchez et moi avons observé, il se produisait à chaque instant des ecchymoses spontanées plus ou moins étendues, des taches purpuriques au niveau des tumeurs ou dans leur intervalle.

Enfin, tardivement, quelques tumeurs peuvent s'ulcérer et se gangréner, quand l'état général du malade est déjà très altéré.

L'évolution de l'affection sarcomateuse peut se faire suivant trois types principaux : début par les extrémités (type Kaposi), où les tumeurs restent longtemps localisées, pour se multiplier et se généraliser aux autres parties du corps pendant la dernière période; — début inverse par une région

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

BIU Santé

quelconque du corps, extension plus ou moins rapide par pullulation des tumeurs, les extrémités demeurant indemnes; — enfin, début par une tumeur restant localisée jusqu'au jour où une généralisation envahit toute la surface du corps, extrémités comprises.

De toutes ces formes, la terminaison diffère peu : après un temps variable, on observe des modifications profondes dans la santé générale, l'amaigrissement, la perte de l'appétit; la diarrhée survient, l'asthénie fait des progrès, la peau est pâle, le facies cireux, amaigri, les orbites excavés et l'œdème malléolaire plus ou moins marqué; des ecchymoses spontanées se produisent, et le malade meurt par les progrès insensibles du mal, ou on voit survenir des phénomènes nouveaux qui paraissent en rapport avec les viscères que gagne la néoplasie sarcomateuse.

Chez la malade observée par Dauchez et moi, bien que l'autopsie n'ait pu être faite, l'existence d'une généralisation à l'encéphale était rendue plus que vraisemblable par une céphalalgie frontale, intense et persistante, siégeant à la racine du nez, de la polyurie sans sucre ni albumine, des altérations de l'appareil visuel : amblyopie progressive, rétraction des globes oculaires, sténose pupillaire, photophobie, scotomes.

La durée de l'affection sarcomateuse de la peau est extrêmement variable; Kaposi la fixe à deux ou trois ans; elle peut durer quelques mois seulement. En revanche, dans une observation de de Amicis, elle a duré dix-huit ans.

Si le pronostic est fatal et l'affection incurable dans l'immense majorité des cas, sa durée parfois longue, les temps d'arrêt qu'elle peut subir sont des atténuations au pronostic; Köbner a vu une guérison à la suite d'une thérapeutique dont nous parlerons plus loin. La disparition par régression d'un certain nombre des tumeurs ne doit pas être considérée comme un indice de guérison, puisque, quelque temps après, de nouvelles tumeurs apparaissent dans la même région ou dans d'autres. Mais, tant qu'il en disparaît plus qu'il ne s'en forme, le danger de mort est encore éloigné.

On ne possède aucune notion précise sur l'étiologie de la sarcomatose cutanée. Il ne sert de rien à ce point de vue de savoir que les observations connues concernent presque toutes des individus du sexe masculin, et de 39 à 74 ans; par exception, des enfants atteints de sarcomatose cutanée ont été vus par Billroth, Köbner, et par M. Hallopeau un jeune homme de 22 ans. L'hérédité et les affections antérieures ne paraissent jouer aucun rôle. La race a peut-être de l'importance, il n'a été publié que cinq observations en France, tandis que 19 viennent d'Italie (de Amicis et Tanturri), 25 d'Allemagne (Kaposi) et les autres d'Amérique.

V

Nous ne saurions, sans sortir du cadre d'un article qui s'adresse surtout à des praticiens, reproduire tous les détails d'anatomie pathologique soigneusement exposés par M. Perrin. Quelques traits suffiront à en fixer les caractères importants.

A la période maculeuse, qui précède parfois les tumeurs, le derme est simplement infiltré. Quand les intumescences se sont produites, une coupe pratiquée sur l'une d'elles fait voir un tissu mollasse, vasculaire, coloré en vert orangé, à limites diffuses, mais ne semblant pas dépasser l'hypoderme. Ce tissu se compose de cellules rondes, nuclées, de dimensions variables, tendant à devenir ovoïdes et allongées, disséminées çà et là ou

plus souvent groupées en îlots, et circonscrites par un réticulum que constituent des éléments fusiformes. De place en place se voient sur les coupes des lacunes de formes variables, dont les parois sont en grande partie formées d'éléments sarcomateux ronds ou fusiformes. Le pigment sanguin répandu abondamment au sein du tissu, dans les espaces intercellulaires et dans les cellules elles-mêmes, provient d'infiltrations hémorrhagiques. Ces tumeurs sont d'origine dermique; l'épiderme est peu altéré, ainsi que ses annexes, poils et glandes.

Le diagnostic des tumeurs sarcomateuses de la peau sera facilement établi avec les tumeurs à cysticerques de la peau et du tissu cellulaire, les lésions cutanées de la morve, les gommes syphilitiques et scrofuleuses, le lupus, la lèpre, les nodosités rhumatismales, les névromes, les chéloïdes, l'asphyxie locale des extrémités. Mais il sera plus délicat avec les fibromes, fibro-lipomes, myomes, adénomes, le carcinome de la peau, et avec le mycosis fongoïde; il serait même impossible dans ces cas, si l'on n'avait recours à la biopsie, c'est-à-dire à l'extirpation d'un fragment de tumeur pour l'examen micrographique, du vivant du malade.

En ce qui concerne les rapports de la sarcomatose cutanée idiopathique avec le mycosis fongoïde, auquel nous avons consacré, il y a quelques mois dans ce journal, une étude critique, nous reproduisons utilement l'exposé des différences qui les séparent dans les termes précis dont s'est servi récemment M. Brocq, si compétent en pareille matière : « Le mycosis fongoïde débute par des éruptions diverses, par des rougeurs assez marquées d'un rose vif, s'effaçant incomplètement par la pression, siégeant en un point quelconque du corps sur la face, sur les membres, surtout sur le tronc. Le sarcome de la peau débute par des tuméfactions, par des œdèmes durs, puis par des taches bleuâtres ou d'un brun rougeâtre, toujours localisées aux extrémités.

A la période d'état, le mycosis fongoïde est caractérisé par des plaques eczématiformes, lichénoïdes, par des infiltrations plus ou moins épaisses et d'un rouge plus ou moins vif des téguments, puis par des tumeurs d'un rouge variable, mamelonnées, framboesioïdes, siégeant surtout sur le tronc, sur la face, le cuir chevelu, la racine des membres. Le sarcome est caractérisé par les déformations si spéciales des mains et des pieds que nous venons de décrire, par des tumeurs violacées ou bleuâtres, parfois pédiculées, ne reposant nullement sur une base eczémateuse ou lichénoïde, par le siège de prédilection marqué de ces productions morbides vers les extrémités.

Les tumeurs du mycosis fongoïde évoluent, s'ulcèrent ou se résorbent spontanément avec beaucoup plus de rapidité que celles du sarcome. Elles sont plus mobiles, plus fugaces.

En somme, quand on considère le mode de début, l'aspect général du malade, la forme et la coloration des productions morbides, leur localisation, on ne trouve que des différences entre le mycosis fongoïde et le sarcome. Aussi doit-on en faire deux types morbides bien distincts. »

Cependant, en tenant compte des quelques points de ressemblance que ces deux affections présentent dans leur marche, leur structure histologique, M. Brocq s'est demandé avec M. Vidal, son maître, si on ne pourrait pas les ranger dans un même groupe morbide.

Quant à M. Perrin, il admet que, si le mycosis fongoïde vrai, type Bazin, caractérisé par des tumeurs lymphoïdes précédées d'une période eczémati-

©BIU Santé

forme et lichénoïde, est une maladie engendrée par le microbe d'Auspitz et Rindfleisch, les cas de mycosis à tumeurs d'emblée de Vidal et Brocq, méritent le nom de sarcomatose généralisée primitive de la peau à forme pseudo-mycosique.

Le seul traitement qui, dans un cas de Köbner et un autre de Shattuck, ait amené la guérison, a consisté en injections hypodermiques de liqueur de Fowler. On fait tous les jours une injection de quatre gouttes de liqueur de Fowler étendues dans une égale quantité d'eau, bientôt la dose est portée à six, puis à neuf gouttes par injection. La région la plus favorable est la région fessière.

M. Perrin est enclin à croire que l'arsenic a agi probablement comme reconstituant plutôt que comme spécifique dans les deux cas précités.

Nous ne suivrons par M. Perrin dans les derniers chapitres de son mémoire, où il passe rapidement en revue les autres formes de sarcomatose cutanée. La forme que nous venons de décrire méritait surtout d'être connue, et M. Perrin a rendu un important service à la dermatologie en s'en faisant l'historien exact et sagace.

P. Le Gendre.

Etude des lazarets du Pian de Latte et de Nice pendant l'épidémie de choléra de 1884.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, le 10 juillet 1886,

Par le docteur Gimbert (de Cannes).

Messieurs,

De toutes les épidémies cholériques qui ont frappé la France, depuis 1832, aucune, sans contredit, n'a occasionné autant d'émotion que celle de 1884. Les populations du Midi, surtout, instruites par un passé douloureux, ont cru pouvoir se garantir quand même de l'invasion du fléau. L'autorité dès lors, aidée par des hommes de l'art, a été obligée de prendre une série de mesures destinées, soit à protéger la santé publique, soit à calmer les terreurs populaires.

Parmi les mesures importantes qui furent appliquées, il en est deux sur lesquelles je désire appeler l'attention de la Société de médecine, c'est la création ou mieux l'improvisation du lazaret italien de la frontière Sud-Est de la France et du lazaret de la rive gauche du Var dans un faubourg de Nice.

Nous avons pu faire leur étude *de visu*, nous l'avons même consignée dans un rapport officiel adressé au ministre du commerce en 1884, mais elle est restée inédite. Si malgré son caractère rétrospectif nous venons vous l'exposer, c'est qu'à cette heure le choléra est sur notre frontière d'Italie, que des populations françaises ne seraient pas fâchées qu'on empêchât les Italiens de pénétrer librement sur notre territoire et qu'elle sera une nouvelle démonstration, ajoutée à tant d'autres depuis, de ce fait : que *les lazarets terrestres plantés au travers de la civilisation sont inutiles, dangereux*.

Lazaret du Pian de Latte.

Le gouvernement italien est la seule autorité qui, dans l'extrême Sud-Est, ait pris des mesures radicales contre l'invasion continentale du choléra en vertu de la convention sanitaire internationale signée avec la France en 1853 et dont voici la teneur : « Les hautes parties contractantes, la France et le royaume de Sardaigne, se réservent le droit de se prémunir sur les frontières de terre contre un pays malade ou compromis et de mettre ce pays en quarantaine. » L'Italie était en droit de couper ses communications franches avec la France; elle le fit et imposa une quarantaine absolue de sept jours à toutes les provenances du Sud-Ouest de notre pays.

Connaissant à merveille le nombre et la situation précaire des Italiens vivant à Toulon

et à Marseille, persuadé qu'ils fourniraient le contingent le plus sérieux à la maladie, le gouvernement les engagea à rallier la patrie à la condition qu'ils se présenteraient avec une patente nette délivrée par ses propres agents à la frontière. Cet avertissement motivé s'adressant à plus de cent mille sujets entraînait la création d'un grand lazaret continental qui fut improvisé en quelques jours sur le territoire dit Pian de Latte. Cette localité, située à mi-chemin entre Menton et Vintimille, était des plus pittoresques, salubre et admirablement propice pour sa nouvelle destination. La route de la Corniche, la voie ferrée et la mer en assurent l'accès en temps normal. Pendant l'épidémie, la voie ferrée seule vous y conduisait. Une sentinelle postée sur le pont Saint-Louis, limite des deux nations, barrait la route d'Italie, et de ce point culminant surveillait la voie ferrée et la mer qui déferlait à ses pieds.

Les trains venant de France s'arrêtaient à l'entrée du Pian. Arrivés à Menton, une locomotive les refoulait vers le lazaret et ils rebroussaient chemin sans quitter la même voie. Nos agents ne devaient pas pénétrer dans le lazaret sous peine de sévérités extrêmes. C'est là que je fus arrêté ou mieux reçu par un médecin aimable et un délégué ministériel appuyés par une sérieuse police. Mes compagnons de route furent dirigés dans une ruelle étroite, mis sur une seule ligne, contrôlés, inventoriés et classés suivant leurs ressources, leur santé et leur sexe en plusieurs catégories. Cette préface administrative terminée, les voyageurs passaient dans une salle de désinfection, tandis que leurs effets étaient soumis à l'action d'une grande chaleur sèche, dont l'action destructive était heureusement assurée par des vapeurs d'acide sulfureux; on les dirigeait ensuite dans leurs districts dont ils allaient changer tous les jours.

Le Pian de Latte, plaine du Latte, qui prend son nom du torrent qui la traverse, est une plaine de 60 hectares inclinée légèrement vers la mer, couverte de vignes, d'oliviers et de grands citroniers ; une ceinture de collines abruptes la ferme au nord ; au midi, elle aboutit à la mer. Sa forme est celle d'un croissant dont les pointes l'isolent à l'ouest de la France, à l'est du territoire de Vintimille. Le Latte sort des collines par une brèche étroite et profonde, coupe le Pian perpendiculairement et passe sous la chaussée surélevée du chemin de fer qui court parallèlement à la mer de l'est à l'ouest de telle façon que le voyageur assis dans sa voiture semble courir sur une forêt de citroniers.

Le sol du Pian est un composite d'argiles pulvérulents, de calcaires et de sable. Très sec à la surface et à cette saison, il est très hygroscopique, et imprégné d'eau à 1 mètre de profondeur, ainsi que l'indique le niveau de l'eau des puits.

L'eau du Pian n'est pas bonne, elle est saumâtre. Les quarantenaires n'en buvaient pas ; elle était remplacée avec avantage par celle des vastes citernes des villas de la contrée.

Un cordon sanitaire placé à mi-côte sur la montagne dominant tout le territoire indiquait la limite du lazaret. En descendant du train, on voyait à sa gauche allant de l'est à l'ouest une longue ligne de sentinelles enfermant les voyageurs dans un cercle de fer. Ces hommes étaient censés en campagne, ils recevaient la haute paie et nul n'avait le droit de les approcher.

Le choix du Pian était basé sur sa réputation de salubrité. La malaria y est inconnue, l'état des cultures, l'importance des habitations, l'aspect des habitants, sont les preuves matérielles de la valeur du climat. Ajoutons que le jour les brises de mer le rafraîchissent, que la nuit la gorge du torrent ramène les brises des Alpes.

Du milieu de ces plantations émergent de grandes villas, d'anciens palais dont le gouvernement s'était momentanément emparé. En Italie, l'autorité a le droit d'expropriation pour jouissance temporaire dans l'intérêt public. Il abandonne les immeubles quand il le juge opportun en accordant aux propriétaires des indemnités proportionnelles à l'importance des dommages causés. De cette façon il avait pris possession des villas Orengo, Muratore, Massocèle, vieux caravansérails exposés en plein midi, contenant chacun 100 et 200 lits. Ces habitations occupent respectivement le centre de domaines clos de murs élevés et séparés les uns des autres par des ruelles étroites encombrées à cette époque de sentinelles surveillant les agissements du public. L'installation intérieure était sommaire, les lits étaient sans doute un peu nombreux, mais l'encombrement des salles était corrigé par la grande élévation des plafonds. Chaque maison avait des

©BIU Santé

cabinets d'aisance peu confortables et privés d'eau courante ; mais ils étaient désinfectés deux fois par jour comme les fosses. En somme, pour une improvisation aussi vaste, faite en huit jours, ayant permis de donner abri à 7,000 émigrants à la fois, on doit reconnaître qu'elle n'était pas si méprisable.

Ces villas étaient au nombre de 7. Elles étaient destinées aux voyageurs de première et deuxième classe et affectées à un jour de la quarantaine. Les voyageurs de la troisième classe formaient deux divisions distinctes, celle des hommes, celle des femmes, réparties toutes deux en sept districts gardés par la force armée. Les femmes vivaient dans des baraquements, couchées sur des lits militaires. Les hommes dormaient sous la tente. Ces deux divisions ne communiquaient pas ensemble. A cette époque on disait que ces campements étaient des foyers d'infection ; il est possible que pendant la première quinzaine de juillet, alors que chaque train amenait 500 émigrants et qu'il y avait 7,000 quarantenaires, les soins hygiéniques et la désinfection fussent insuffisants ; mais nous certifions que rien de pareil n'existait au mois d'août, et on ne s'attendait pas à ma visite.

Chaque tente abritait de 5 à 10 hommes, mais en juillet beaucoup d'émigrants s'en passaient. A cette date du reste l'encombrement paraissait si menaçant pour la santé du Lazaret que le gouvernement envoya trois transports, la *Ville-de-Gênes*, le *Malabar* et la *Ville-de-Naples* enlever et transporter d'un seul coup dans les lazarets de Naples, de la Spezzia plusieurs milliers de quarantenaires et importer de ce fait le choléra dans ces différentes localités.

Cette vie en plein air fut salutaire ; on n'en sera pas surpris si on réfléchit que ces Italiens sont très vigoureux et qu'ils ne redoutent pas de dormir à la belle étoile l'été, car ils sont mieux que dans leurs taudis.

La troisième classe vivait aux frais de l'Etat. Trois fois par jour on distribuait une nourriture composée de soupe, de fromage, de riz, de pain et d'un demi-litre de vin. On ne donnait qu'une ration de viande par jour. Une laiterie assurait l'alimentation des enfants et des malades. Les quarantenaires de la première et de la deuxième classe vivaient à leur guise en dépensant de 6 à 15 francs par jour.

La nature des aliments était réglementée. Aucun fruit, le citron excepté, n'était accepté, et les herbages devaient être cuits. On a dit alors que la nourriture était détestable et notoirement insuffisante. Sans doute cela paraissait évident pour les voyageurs des deux premières classes; mais je la trouvai très convenable pour ceux de la troisième catégorie.

Il ne faut pas oublier que le prolétaire italien, alors qu'il travaille même comme un forcené, ne mange rien. Or, ici, il était au repos absolu et sa nourriture dès lors était très suffisante.

Habitué à voir ces ouvriers sales, souvent déguenillés, dans les Alpes-Maritimes, nous fûmes frappé de leur bonne tenue au Pian. La raison de cette transformation était simple, l'administration les obligeait à porter leurs meilleurs effets et retenait jusqu'au septième jour leurs hardes à la désinfection.

Les effets de toutes les classes subissaient, du reste, la même opération, et lorsqu'il y avait du renouvellement de linge, on les désinfectait avant de les laver.

Désinfection. — L'acide phénique était le grand agent chimique d'épuration du lazaret. C'est sur la matière fécale qu'était pratiquée avec soin la désinfection. Les fosses d'aisances, les latrines des districts recevaient, deux fois par jour, des doses généreuses de chlorure de chaux, de sulfate de fer et d'acide phénique. Vingt désinfecteurs circulaient toute la journée dans l'enceinte avec la mission de désinfecter les excréments, et de les couvrir à l'air et dans les latrines avec de la poussière fine de terre. C'était la désinfection chimique associée au procédé de Moulhe, procédé qui a pour but d'absorber la matière fécale et de prévenir la diffusion des germes que sa fermentation procrée. Enfin, en cas de maladie, les sujets étaient transportés d'office dans une infirmerie; il y en avait trois : une destinée à recevoir les maladies banales, une destinée aux cholériques, la troisième devait recevoir les femmes en couche.

L'infirmerie des cholériques occupait un pavillon isolé; elle avait son médecin spécial, ses infirmiers propres; elle ressemblait à toutes les organisations de ce genre, on

©BIU Santé

s'y occupait particulièrement de la désinfection des salles et des latrines. Au moment de notre visite, il n'y avait pas de cholérique. Néanmoins on comptait, dans le lazaret, 130 militaires qui avaient été infectés en faisant le cordon sanitaire autour de Seborgo, village situé à 300 mètres d'altitude et à 40 kilomètres de San-Remo. Ce hameau, composé de 200 habitants, venait d'être ravagé par le choléra. En une semaine tous les habitants avaient été malades, 25 étaient morts.

Un sergent et un soldat succombèrent. Le reste du cordon, atteint de dysenterie cholérique, avait été dirigé sur le Pian où il était en train de se purifier.

Des emplacements cachés étaient destinés aux sépultures. Nous pûmes compter dix tumulus formés de chlorure de chaux; ils recouvraient 10 cholériques enfouis à 2 mètres de profondeur.

Direction. — Services. — Un médecin en chef, le docteur Natta Soleri, une réputation de la Riviera, avait la direction générale du lazaret. Les docteurs Aicardi, Ameglio, Duci, Boni, collaboraient avec lui et avec non moins d'autorité. Ils visitaient tous les jours les districts, envoyaient les malades aux infirmeries, punissaient les infractions à l'hygiène et fixaient la durée des quarantaines; celle-ci devait durer sept jours, mais le médecin avait le droit de la prolonger. Il serait à souhaiter que cette omnipotence pour la santé fût accordée aux médecins, la société en aurait profit.

Le télégraphe, la poste, l'intendance et l'armée formaient un total de trois cents personnes.

L'énumération des détails précédents s'impose, bien que longue, pour deux raisons : la première, c'est qu'elle permet de reconnaître que le lazaret du Pian ne fut pas une fantaisie théâtrale, ni un attroupement vulgaire sans organisation et sans but, et que, si par certains côtés il a été imparfait, nul n'avait le droit de le calomnier comme on le fit alors; la seconde la voici : il est toujours impossible d'apprécier la valeur des résultats obtenus dans un pareil phénomène social, si on n'en connait pas le déterminisme.

Résultats salutaires immédiats. — Du 3 juillet au 14 septembre, 15 cas de choléra se produisirent dans le Pian; il y eut 10 décès. Ils se déclarèrent entre le 11 et le 28 juillet; c'est pendant cette période que le choléra était à son paroxysme à Toulon et à Marseille. Un cas tardif se montra le 13 août. Tous présentèrent les mêmes allures, c'étaient celles observées en Provence. En dix heures, en moyenne, la maladie faisait son évolution avec des symptômes infectieux, à savoir : peu de diarrhée, peu de vomissements, mais adynamie, collapsus profond, réfrigération; mort.

Ces détails nous furent confiés par le docteur Natta lui-même; ils concordèrent avec ce que l'on vit plus tard en Italie 175 cas de maladies diverses se produisirent simultanément dans le lazaret. Il y eut des fièvres gastriques, des bronchites, des fièvres rhumatismales, quelques fièvres intermittentes, 2 cas de fièvre typhoïde, 2 cas mortels d'entérite infantile, enfin 1 décès par intoxication saturnine chronique; 7 malades succombèrent, de telle sorte que 17,000 émigrants, restant sept jours en quarantaine dans un milieu qui fut isolé pendant 73 jours, n'y laissèrent en tout que 15 morts.

Le choléra ne frappa que les émigrants; aucun membre du personnel du lazaret ne fut ni contaminé, ni infecté du 3 juillet au 14 septembre, jour de la cessation des quarantaines.

Ces résultats peuvent être considérés comme une énormité pour ceux qui connaissent les mœurs et les habitudes des émigrants italiens; ces nomades sont en effet tous sales, ignorants et mal nourris. Ils étaient donc des agents très propices au transport des miasmes ou virus dans un foyer d'agglomération. Néanmoins, en apparence, ils n'infectèrent personne, grâce à l'organisation du docteur Natta. A cette époque, et plus tard, du reste, Vintimille, Bordighiera, San-Remo, Port-Maurice échappaient au fléau. Était-ce le fait de l'épuration quarantenaire? Fallait-il, au contraire, attribuer cette immunité à la grande propreté de ces villes de saison? Pour le docteur Natta, la préservation était la conséquence de la quarantaine. Nous discuterons plus loin cette opinion.

De l'examen de ces faits, il résulta pour moi l'opinion que le gouvernement avait fait des efforts sérieux pour préserver la Péninsule.

©BIU Santé

Conséquences générales. — L'absence d'infection dans un lazaret soumis pendant deux mois à des températures de 25 et 35 degrés établit d'une façon péremptoire la salutaire influence sur les agents suspects (hommes et matières organiques):

1° D'une grande, régulière et oxydante aération;

2° De la salubrité d'un sol peu perméable dans sa profondeur, il est vrai, mais desséché à la surface par un soleil ardent, pulvérulent et très avide d'eau;

3° Du procédé de désinfection chimique employé associé à la pénétration, molécule à molécule de la matière infectante par la poussière d'argile (procédé de Moulhe) qui absorbe, solidifie la matière et fixe les virus que le soleil et la végétation détruiront;

4° D'un régime alimentaire réglé; une négligence dans ce sens eût été déplorable. Les Italiens sont surtout végétariens, la tomate, l'oignon, les mauvais fruits et l'eau forment l'été la grande base de leur alimentation, ils ont dès lors très souvent la diarrhée;

5° La sobriété et le repos joueront un grand rôle dans la salubrité du Pian. L'Italien ne mange pas. Celui que nous connaissons travaille néanmoins comme un forcené, il s'épuise; en outre, il se grise avec une facilité extrême. Dans ces conditions, il ramasse toutes les maladies contagieuses.

Je ne parlerai que pour mémoire des avantages de l'isolement immédiat des cholériques, fait accepté par l'univers médical, et de la discipline draconienne qui fut imposée à ces irréguliers de l'hygiène et de la société.

Ces différents événements nous permirent d'établir une fois de plus que le malade, milieu infectieux et de régénération morbide, est moins dangereux que ses déjections.

En effet, les 15 cas de choléra éclatant du 11 au 28 juillet dans le lazaret, au moment où il y avait 7,000 habitants, auraient dû en faire une nécropole. Rien de ce genre ne se produisit. D'abord, les sujets atteints étaient à leur premier et, au plus tard, à leur quatrième jour de quarantaine; plusieurs étaient malades à leur arrivée, et Natta déclarait qu'il ne doutait pas que ces cas fussent d'origine provençale.

Si le choléra était né sur place dans cette fourmilière misérable, est-il admissible qu'il fût, en somme, si bénin? Que serait-il arrivé si, avant, pendant et après l'importation patente de la maladie on n'avait pas désinfecté les selles répandues dans les districts?

D'après nos calculs, 178,500 kilogrammes d'excréments humains plus ou moins suspects furent répandus sur le Pian. Peut-on dire que cette masse de matière infectante en général ne serait pas devenue tout entière un agent virulent alors qu'elle aurait subi l'ensemencement des germes cholérigènes? Ce mode de propagation est admis pour l'eau et les fosses d'aisances; il est donc probable qu'il en aurait été ainsi dans ce cas, et dès lors le Pian eût cruellement souffert. Par contre, vous avez gardé à vue le cholérique dans une chambre, vous l'avez touché, palpé, entouré; convalescent, guéri, vous l'avez remis en contact avec les quarantenaires et il n'a infecté personne. Ce n'est donc pas un agent bien dangereux. C'est avec raison que Natta, bien avant les discussions académiques de 1884, attribua une importance considérable à la désinfection des matières fécales.

On est donc autorisé à dire qu'en faisant la part du feu une ville dont le sol, les habitations et l'eau potable seront à l'abri du contact des déjections cholériques n'aura pas à redouter un désastre épidémique. C'est ce qui donne aux Anglais cette grande indifférence du choléra aujourd'hui. C'est, en revanche, ce qui expose Toulon à des épidémies terribles.

Quelle a été l'influence du lazaret sur la santé de l'Italie et des Alpes-Maritimes?

La question semble oiseuse quand on pense au désastre de Naples; elle mérite pourtant examen.

Le docteur Natta déclara que « si le lazaret n'avait pas existé vers la mi-juillet, époque ou quelques cas s'étaient produits dans les provinces voisines de Port-Maurice, Gênes, la Rivière aurait été sitôt ravagée ». Il pensait, dès lors, que le fléau avait pénétré par les frontières suisses et autrichiennes que le gouvernement n'avait fermées qu'en fin juillet.

A cette affirmation, nous opposâmes un premier fait, le désastre de Seborgo, situé à quelques kilomètres du Pian. Les habitants étaient en relation constante avec San-

©B Santé

Remo que traversaient les quarantenaires, et dès lors quoi d'étonnant que le transport cholérique se fût effectué. L'enquête incrimina une malle d'effets ayant appartenu à un cholérique de Toulon décédé. La désinfection des effets était donc tout au moins illusoire.

Il paraît donc raisonnable d'admettre que le lazaret n'avait pu protéger ce village, et qu'encore une fois le choléra sur terre prend à plaisir les administrations au revers. Du reste, ici, l'infection du cordon prouve suffisamment que ces barrières humaines sont illusoires.

La croyance qu'une partie de la Riviera fut préservée par le lazaret, fut battue en brèche par l'examen des événements morbides qui se passèrent dans les Alpes-Maritimes et en particulier à Cannes. Depuis la fin de juin 1884, ce département fut traversé par des nuées de fuyards suspects. Dans la commune de Cannes, 1,200 d'entre eux vinrent s'implanter. Parmi eux, il y avait des malades. Le 29 juillet, même, une femme arrivant cholérique de Marseilles mourait à l'hôpital. Le 20 juin, un Toulonais succombait à Nice le jour même de son arrivée. Qu'en résulta-t-il? Rien. Grasse, Menton, eurent également la visite de nombreux fuyards, mais sans inconvénient. Nice seule, à cette époque, imposait des quarantaines.

La voie ouverte donna donc les mêmes résultats que la voie fermée. Nous eûmes la visite du choléra; il nous respecta comme il avait respecté Bordighiera, San-Remo. Répétons encore que ces villes, qui reçoivent beaucoup d'étrangers, sont en général très propres et très salubres. La préservation de la Riviera par le lazaret peut donc, à juste titre, être considérée comme une pure illusion.

Mais si les quarantaines n'ont point préservé l'Italie de l'infection, nul ne pourra affirmer qu'elles n'ont pas été l'occasion de l'importation cholérique. Le transport en masse de 3,000 émigrants pris au lazaret en juillet par les trois navires signalés plus haut, au moment où le choléra envahissait le Pian, et déposés d'un seul coup dans les lazarets de Naples, de La Spezzia, doit être considéré comme le grand et responsable agent de l'infection de l'Italie. Pour nous, cela ne ferait aucun doute. A ce titre donc le lazaret fut une calamité.

Notre arrondissement n'eut à subir aucune influence fâcheuse du lazaret italien; mais, si le Pian eût été notoirement infecté beaucoup, de fuyards se seraient arrêtés en deçà et nous auraient peut-être contaminés.

LAZARET DU VAR.

Vers la mi-juillet, le maire de Nice, croyant sans doute à l'efficacité des rigueurs de nos voisins, résolut de fermer sa ville aux étrangers. Il improvisa sur la rive gauche du Var un lazaret. Les trains étant contrôlés, on laissait passer les voyageurs à destination de Monaco, Menton, l'Italie; mais, pour entrer à Nice il fallait faire sept jours de quarantaine. Le droit que s'arrogeait le maire fut contesté par le Conseil général, mais sanctionné par le président de la République.

Cette mesure fut des plus perturbatrices. Il y eut des conflits regrettables avec l'autorité. Les rapports de la rive gauche avec la rive droite du Var furent un moment arrêtés; on se serait cru en guerre sur les deux rives. On ne tarda pas à comprendre qu'on ne pouvait isoler ainsi Nice du reste de la France ou mettre la nation au lazaret.

La gare de Cannes, distribuant tous les trois mois 5,400 billets pour Nice, aurait fourni un énorme contingent de quarantenaires. Le département, à cette date, en fournissait 8,000, et 3,000 furent internés. On ne visa plus que les voyageurs venant de Toulon et de Marseille, qui tournèrent la difficulté. Arrivés à Cannes, ils profitaient des arrêts, prenaient des billets pour Nice et franchissaient ainsi le cordon. Il n'y eut donc au lazaret que des quarantenaires de bonne volonté ou des malheureux. Cette barrière était donc fictive; elle n'avait pas même une apparence de sérieux, car elle n'arrêtait pas les voyageurs les plus dangereux, à savoir les employés des trains qui arrivaient directement de Toulon.

Le lazaret du Var, simulacre du précédent, était sommairement mais convenablement organisé; les malades à l'occasion devaient être isolés; la désinfection constante

©BIU Santé

fut pratiquée avec soin ; aucun cas de choléra ne se manifesta pendant le fonctionnement, par conséquent il était inutile.

Que serait-il arrivé si le fléau avait envahi la place? L'encombrement qui suivit l'ouverture du lazaret aurait nécessité la dispersion immédiate des fuyards, et dès lors nul ne peut dire ce qu'il aurait pu survenir à Nice et dans les environs.

Si, par cette improvisation, M. le maire chercha à rassurer le moral de ses administrés, il réussit peut-être; s'il voulut faire un épouvantail destiné à empêcher les émigrants de pénétrer chez lui il échoua, puisqu'il en hébergea trois mille; il fut cause d'un arrêt ou d'un reflux dans les communes voisines qui manifestèrent hautement leur légitime mécontentement. Heureusement leur attitude fut couronnée de succès.

Cette création n'eut d'autre destinée que celle d'un asile pour les malheureux, les malfaiteurs ou les vagabonds. A ce titre, il rendit quelques services.

La quarantaine terrestre de nos régions, réédition de celle de 1832, émut profondément nos populations, malgré qu'elle eût pour base la recherche et l'isolement du germe cholérique et pour but la protection des agglomérations saines. On redoutait constamment d'en voir sortir le choléra. Elle n'exerça aucune influence salutaire sur l'Italie, elle fut la cause de son infection, elle ne fut d'aucune utilité pour Nice, elle n'eut, en somme, aucune valeur prophylactique, elle a été, elle doit être condamnée. Si ce verdict ne devait être général, il devrait être à l'avenir absolu pour notre coin de France, car, dans les épidémies de 1854, 1865, 1884, 1885, le choléra n'a fait que l'effleurer.

Ces lazarets opposés aux mouvements populaires n'ont jamais arrêté le fléau; ils atteignent rapidement les proportions d'une ville avec ses inconvénients, quoiqu'on fasse, et n'ont d'autre utilité, s'ils sont hygiéniquement placés, distribués et dirigés, que de faciliter la convalescence de quelques malades ou de gens surmenés. Ce n'est pas un moyen d'épuration; toute localité salubre rendrait plus efficacement ce service.

Le choléra épidémique sur le continent est sur son théâtre d'opération; il s'éteint parfois dans les déserts, les steppes, il disparaît dans la mer.

Dès lors, la quarantaine maritime a une grande valeur. Ici, les conditions d'observation changent. On voit alors nettement l'ennemi devant soi, c'est une unité, c'est un navire qui recèle le germe. Jamais l'atmosphère qui l'entoure n'a importé le choléra; jamais navire contaminé n'a infecté les terres qu'il côtoyait, c'est donc lui qui doit être l'objet de toute la sollicitude de l'administration. On doit l'isoler, le purifier loin des humains, et on a bien des chances de détruire les menaces d'infection. L'expérience, du reste, a confirmé cette doctrine. Marseille, New-York, par des quarantaines rigoureuses, ont échappé souvent à la peste, à la fièvre jaune, au choléra.

En somme, cette étude déjà longue confirme une fois de plus cet axiome d'épidémiologie cholérique, à savoir : *Les quarantaines par terre sont impraticables, inutiles et dangereuses au milieu de la civilisation.*

REVUE DES JOURNAUX

Le sulfate de spartéine en thérapeutique, par Hans Voigt. (*Wiener Mediz, Blätter*, juin 1886.) — Les recherches, dont M. H. Voigt publie le résultat, ont été faites dans le service du professeur Nothnagel. Elles avaient pour but de vérifier les conclusions du mémoire présenté par M. G. Sée à l'Académie des sciences en novembre 1885.

A Vienne comme à Paris, le sulfate de spartéine s'est montré un médicament actif et utile. M. H. Voigt ayant eu l'excellente idée de donner avec ses observations des tracés sphygmographiques recueillis avant et après l'administration de la spartéine, la lecture de son travail peut être remplacée par la lecture de ses tracés qui sont très démonstratifs. Ce qui frappe surtout, c'est l'élévation de l'ondée sanguine et la tendance au rétablissement du rhythme normal des pulsations.

Il faut, du reste, rappeler à ce propos que la méthode des tracés avait servi dans le service même de M. G. Sée, à enregistrer physiologiquement les résultats thérapeutiques du médicament. Quelques-uns de ces tracés ont été consignés à la fin de la thèse

remarquable de M. G. Legris (Le sulfate de spartéine comme médicament cardiaque, et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique, Paris 1886). Ils forment de cette thèse un excellent résumé que l'on parcourt d'un coup d'œil.

On peut dire que les résultats obtenus à Vienne sont plus frappants encore que ceux que l'on a obtenus à Paris. En effet, la dose donnée a varié entre un et quatre milligrammes (1).

Voici, du reste, les conclusions mêmes de l'auteur :

1° Le sulfate de spartéine employé à doses très faibles, exerce sur le cœur une action incitante; ses contractions deviennent plus actives, le pouls plus élevé et plus plein. La tension artérielle est augmentée. Le nombre des pulsations est habituellement élevé de quelques battements.

2° Cette action se montre rapidement, trois quarts d'heure à une heure après l'ingestion; elle dure souvent plus de vingt-quatre heures. Une nouvelle dose donnée pendant cette période de temps peut augmenter encore cette action. Il est bon de suspendre l'administration du médicament pendant quelques jours; il n'en agit ensuite que plus énergiquement. On peut, du reste, sans danger, le donner pendant tout une semaine.

3° Le rhythme ne se rétablit que dans quelques cas; dans les affections graves du cœur les petites contractions deviennent plus fortes, sans arriver cependant à égaler les grandes pulsations.

4° La fréquence des respirations est tantôt diminuée, tantôt augmentée.

5° La diurèse est souvent accrue en raison même de l'énergie plus grande des contractions du cœur.

6° Souvent on observe une légère action narcotique, qui provoque le calme et la somnolence.

7° Les manifestations toniques, vertige, céphalalgie, malaise, ne se sont montrées que rarement avec les doses faibles employées. Elles étaient peu marquées et disparaissaient rapidement, même lorsque l'ingestion du médicament n'était pas suspendue.

Il est bon de faire remarquer à ce propos qu'à Paris, où l'on a employé des doses beaucoup plus élevées (5 à 10 et 20 centig.), on n'a observé ni phénomène d'intoxication ni phénomène d'accumulation.

Pour ce qui est des indications, H. Voigt déclare qu'on peut employer le sulfate de spartéine dans les lésions d'orifices avec ou sans phénomène d'asystolie, dans l'insuffisance du myocarde, la péricardite. En tant que diurétique, il est dépassé par d'autres médicaments.

Rappelons ici que l'on obtient de bons effets diurétiques de l'emploi simultané de l'infusion de fleurs de genêt, à la dose de 10 à 25 grammes par jour pour un litre d'eau.

FORMULAIRE

TEINTURE ANTIDYSPEPTIQUE. — Monin.

Teinture de fève Saint-Ignace.....		
Teinture de cannelle.....	ää	10 grammes
Teinture de badiane.....		
Teinture de mars tartarisée		

Mêlez. — Trente gouttes avant chaque repas, dans la sixième partie d'un verre d'eau. — Dans l'intervalle des deux principaux repas, une cuillerée à café de charbon de Belloc, dans du pain azyme. — N. G.

(1) La faiblesse des doses employées à Vienne tient sans doute à ce que la dose, 0,10 centigr., donnée par M. G. Sée, a été lue 0 centigr. 10, ce qui fait 10 centigrammes au lieu de 1 milligramme. M. G. Sée a toujours employé de 5 à 10 centigr. de sulfate de spartéine et quelquefois plus. Malgré cela, il est curieux de constater l'identité à peu près absolue des résultats obtenus avec une dose notablement plus faible.

©BIU Santé

COURRIER

ERRATUM. — Dans notre numéro du 10 août, p. 233, ligne 38, au lieu de : *selon le type décrit par Cazeaux et Tarnier*, lire : *selon le type décrit par Cazeaux, éd. Tarnier.* — P. 234, ligne 44, au lieu de : *septième jour*, lire : *cinquième jour.*

— M. Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé directeur honoraire de ladite École.

— Sont admis, sur leur demande, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1886, et nommés professeurs honoraires :

M. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Bulletin bibliographique.

Les nouvelles médications, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. 1 vol in-8° de 200 pages avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr.

De l'ankylostone duodénal. Ankylostomasie et anémie des mineurs, par le docteur F. TROSSAT, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. grand in-8° de 100 pages avec 2 planches gravées sur cuivre hors texte. — Prix : 3 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

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. 53 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, n° 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. Théodore Hering : De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx. — II. P. Le Gendre : L'antisepsie médicale. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Courrier.

De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx.

Mémoire lu à la Société française de laryngologie et d'otologie, session d'avril 1886,

Par Théodore Hering,

Chef de service à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

En proposant la discussion du traitement chirurgical des ulcères tuberculeux du larynx, la Société française de laryngologie et d'otologie a, pour ainsi dire, fait acte de foi en faveur de la curabilité de la tuberculose laryngienne. La curabilité de cette affection a déjà suscité de vives discussions, et elle demande enfin une critique exacte, sévère et consciencieuse. Par l'anatomie pathologique, nous savons déjà que les tubercules des poumons et de l'intestin, du moins quand leur étendue est limitée, sont susceptibles de guérison, même définitive. De même nos idées sur le traitement des laryngites tuberculeuses se sont bien modifiées; car la thérapeutique est quelquefois assez heureuse pour guérir ou au moins pour enrayer la marche de cette maladie, que l'on a toujours considérée comme implacable. Ces observations de guérison, dont personne ne discute plus la sincérité, ont été accueillies pendant bien longtemps avec incrédulité, et il n'est pas rare de rencontrer encore aujourd'hui des médecins des plus distingués, qui n'accueillent ces faits qu'avec la réserve la plus grande. Bien avant moi, des praticiens d'une grande expérience et d'un grand mérite ont défendu la même thèse, mais leur voix est restée à peu près impuissante, en présence des idées préconçues et d'un septicisme invétéré.

Schnitzler, Rossbach, Tobold, E. Frœnkell, Kühl, Ziemssen, Bosworth, Morell-Mackenzie, Schech, Maurice Schmidt, Pelan, Whistler, Gouguenheim, etc., auraient pourtant dû rallier la majorité, sinon la totalité des médecins à la cause de la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx. Leurs adversaires, en persistant à nier l'évidence, se réfugiaient derrière les recherches anatomiques de Heintze et d'Eppinger, dont les travaux, dignes d'ailleurs d'être pris en grande considération, ne sauraient être décisifs sous le rapport clinique. En effet, il est rare que l'autopsie nous donne l'occasion de constater la présence des cicatrices qui résultent de la guérison des ulcérations qui nous occupent; la clinique est encore le moyen le plus habituel d'élucider la question. Dans un excellent travail, ayant pour but la destruction des produits morbides de la tuberculose, Maurice Schmidt (de Francfort), un des défenseurs les plus ardents de la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx par les moyens chirurgicaux, pose, comme condition essentielle de la guérison, l'emploi de la méthode antiseptique. Pelan et Bordenave, en France, ont soutenu énergiquement la possibilité de la guérison de ces ulcérations; Gouguenheim et Fauvel auraient employé avec succès dans quelques cas le galvano-cautère. Du reste, une maladie qui provoque des troubles si pénibles, la dysphagie, une toux pénible et incessante, l'insomnie, la dyspnée, légitime bien les efforts les plus ingénieux de la thérapeutique.

L'inefficacité des moyens connus ou tout au moins leur inconstance nous

©BIU Santé

a incité à chercher de nouveaux remèdes, à perfectionner l'hygiène de ces malades, à apporter à cette œuvre une patience que ne doivent pas rebuter les insuccès. Il faut, du reste, une foi profonde dans la possibilité de guérir cette redoutable maladie, ou tout au moins de l'améliorer pour entreprendre avec zèle une cure que beaucoup jugent encore désespérée. On doit avouer que l'insuccès de la thérapeutique résulte dans nombre de cas d'un diagnostic trop tardif, d'un traitement entrepris à une période trop avancée; enfin, il serait peut-être bon de s'affranchir de la discrétion parfois inopportune qui porte beaucoup de médecins à cacher aux malades l'état véritable de leur santé. Il est du devoir du médecin, sûr de son diagnostic, de faire comprendre au malade le danger qu'il court, en le rassurant en même temps sur la possibilité de la guérison; il faut tenir compte aussi de son état physique, de ses forces, de sa nutrition et de son caractère; on l'engage de la sorte à se soigner consciencieusement, à modifier son hygiène et à exécuter ponctuellement les prescriptions médicales. Le pronostic sera toujours plus sérieux chez les femmes, les sujets peureux ou peu énergiques, les malades qui refusent de modifier leur penchant pour le tabac et l'alcool, et enfin chez les personnes trop bavardes et qui ne veulent pas sacrifier à leur santé leur passion pour la danse ou les soirées théâtrales.

Une expérience assez longue m'ayant permis de me ranger parmi les défenseurs de la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx, j'ai réuni à la fin de ce travail les observations qui, depuis 1876, ont contribué à affermir ma conviction, me réservant de publier dans d'autres travaux, à l'appui de cette guérison, les observations de guérison par l'acide lactique coïncidant avec la preuve histologique de la nature de la maladie.

Connaissant le scepticisme en cette matière, persuadé que bien des confrères n'admettront les faits que je cite qu'avec un sourire d'incrédulité, et les regarderont plutôt comme une erreur de diagnostic, j'ai préféré retarder la publication d'une ou deux observations isolées, le nombre en étant trop restreint pour battre en brèche les contradicteurs. Aujourd'hui même que, pour convaincre les incrédules, je possède plusieurs cas observés avec soin, le risque que je cours n'est pas moins grand, le chiffre total pouvant paraître trop grand. J'agis par la conviction du devoir à accomplir auquel je ne saurais me soustraire. Je partage sous ce rapport complètement l'avis de Weber qui, parlant de la curabilité de la tuberculose des poumons, prétend qu'il n'est rien de plus nuisible que l'idée de l'incurabilité de la phthisie. Elle paralyse toutes les tentatives, tous les efforts faits pour obtenir la guérison, ou du moins l'amélioration de la maladie.

Je pense, en effet, que si les tubercules des poumons sont susceptibles d'amélioration ou de guérison, malgré le volume et l'importance de l'organe qu'ils occupent, à plus forte raison, les ulcérations tuberculeuses du larynx qui ont le même processus pathologique pourront, dans certaines conditions, avoir une terminaison favorable.

Le danger de cette affection consiste surtout dans la dysphagie et dans l'épuisement général, qui nécessairement conduisent en dernier lieu à l'infection de tout l'organisme.

Bon nombre de confrères ont eu occasion de voir mes malades, et je cite leurs noms à titre de témoignage. Je divise mes observations en cas graves et légers, et détermine les particularités de chaque cas.

©BIU Santé

Dans ces derniers temps, j'ai fait un usage fréquent de la méthode d'Ehrlich pour fixer le diagnostic.

Les observations que j'ai recueillies ne prouvent pas encore la curabilité absolue de la phthisie laryngée; il est très probable que les sujets affectés succombent, soit à la suite de l'extension de la tuberculose aux poumons, soit par la récidive de la maladie du larynx. Ces observations prouvent cependant que les ulcérations tuberculeuses non généralisées s'améliorent à l'aide d'un traitement général, ou parfois local, et quelquefois guérissent entièrement en restituant pour un temps plus ou moins long ses fonctions au larynx.

Il y a donc lieu d'admettre que tous les efforts propres à obtenir ce résultat favorable, doivent être tentés, que le découragement et l'indifférence habituels doivent faire place à tous les moyens curatifs dont nous pouvons disposer. Je présente un tableau contenant 11 observations de guérisons d'ulcérations tuberculeuses du larynx. Nous allons essayer de les soumettre à une analyse différentielle aussi exacte que possible.

Il faut exclure avant tout l'hypothèse de la syphilis. Je ne m'appuie pas sous ce rapport sur les déclarations négatives des malades (témoignage toujours suspect), mais sur les raisons suivantes : Absence de symptômes syphilitiques, soit sur la peau, soit dans les glandes lymphatiques, dans le pharynx, dans le nez, dans le système osseux et les organes internes. D'autre part, le diagnostic s'affirmera par le caractère de l'affection laryngée, l'identité des signes présentés par les sommets des poumons, et enfin le peu d'efficacité de l'iodure de potassium administré aux malades (nos 4 et 6), à doses relativement élevées (1 à 2 grammes).

Les numéros 4, 5 et 9 ne présentaient pas de lésions très vastes des poumons, et malgré la durée des ulcérations et leur aspect, on aurait pu les croire d'origine catarrhale. L'analyse des crachats n'ayant pas été faite par la méthode d'Ehrlich, j'ai dû recourir pour le diagnostic différentiel aux données suivantes. En 1885, j'ai publié dans la *Revue mensuelle de laryngologie*, 10 observations d'érosions catarrhales, dont une me concernait personnellement, et je conclus que ces érosions occupent presque toujours l'une ou les deux apophyses vocales, et rarement la partie inter-aryténoïdienne du larynx. Elles surviennent à la suite d'efforts de la voix, dans le cours d'une pharyngo-laryngite chronique, et sont provoquées par le frottement et la pression des parties irritées. Très superficielles, de nature inflammatoire, souvent à bord rouge, recouvertes d'un épithélium en desquamation, ces ulcérations sont d'abord recouvertes d'une couche blanchâtre. Convenablement traitées, elles n'ont pas de tendance à se propager vers l'intérieur. Généralement elles guérissent dans l'espace de 4 ou 8 semaines par un traitement rationnel et hygiénique. Aucun changement dans les poumons, ni dans l'état général du malade n'apparaît. Les orateurs et surtout les sujets atteints de pléthore abdominale sont disposés à cette affection si, pendant le cours d'une laryngite, ils abusent de la voix.

Je n'ai jamais observé les érosions catarrhales à la surface des vraies cordes vocales ou à leur commissure antérieure, probablement parce que pendant l'émission de la voix, ces endroits sont moins exposés aux influences traumatiques que la paroi postérieure et la muqueuse qui tapisse les fausses cordes vocales.

Bien que Eppinger, Heinze, et en général beaucoup d'auteurs allemands nient la possibilité de l'existence de toute ulcération laryngée autre que

©BIU Santé

l'ulcération tuberculeuse, je ne partage pas, m'appuyant sur ma propre expérience, leur manière de voir que je trouve purement théorique et contraire à l'observation clinique.

J'aurais donc le droit de considérer les observations 4, 5 et 9 comme des cas d'ulcérations tuberculeuses, autant par leur aspect, l'anamnèse, les hémoptysies antérieures, leur localisation et enfin l'envahissement peu prononcé, il est vrai, des poumons; mais désirant être aussi rigoureux que possible, je les ai exclues de mon tableau et je ne m'occuperai ici que des 8 autres observations, qui me fourniront les données suivantes.

Les malades nos 1, 2, 3 étant morts ultérieurement de la tuberculose, le doute sur la nature de leur affection est inadmissible, même pour les sceptiques les plus endurcis.

Les malades nos 6, 7, 8, 10, 11 présentaient, en dehors des ulcérations du larynx, des signes manifestes de tuberculose pulmonaire. En outre, la cicatrisation des ulcérations coïncida avec une amélioration de l'état général des malades et des poumons en particulier.

Nos 8 malades se divisent ainsi qu'il suit :

Sexe : 6 hommes et 2 femmes.

Age, de 29 à 44 ans, mais le plus fréquemment de 30 à 40.

L'hérédité a été constatée chez 3 malades.

Localisation dans le larynx :

Sur les vraies cordes vocales, 2 fois.

a) Sur la droite, 3 fois.

b) Sur la gauche, 3 fois.

Sur les fausses cordes vocales : sur la gauche, de larges ulcérations cratériformes, 2 fois.

Dans la région aryténoïdienne, des ulcérations profondes, 2 fois.

Le temps nécessaire à la guérison, ou plutôt à la cicatrisation, était de 2 mois (minimum) à 7 (maximum); la moyenne était donc de 4 mois.

Du nombre total de 8 malades observés depuis 1875, 3 sont morts.

La guérison du larynx persistait chez les malades qui sont morts longtemps après ; chez l'un, depuis 9 ans (obs. 3); chez un autre, depuis 2 ans (n° 1); chez le troisième, depuis 1 an (n° 2).

Chez les 5 autres, qui sont encore vivants, les ulcérations cicatrisées ne se sont plus rouvertes. Leur guérison dure, chez l'un, depuis 4 ans; chez un autre, depuis 2 ans et demi; chez le troisième, depuis 6 mois; et enfin, chez les 2 derniers, depuis 5 mois.

Chez presque tous les malades, la voix est forte et sonore, à l'exception d'un seul, chez lequel elle est voilée. En outre, chez 3 malades, 2 ont la voix rauque.

Envisagé d'une façon générale pour les poumons et le larynx, le pronostic est relativement bon chez les malades nos 6, 10, 11; il est douteux, pour le même motif, chez les nos 7 et 8. Deux malades présentent un aspect magnifique; ils ont engraissé, ne toussent plus, ont retrouvé leurs forces, et jouissent d'un excellent appétit (nos 6 et 10).

Les malades 4, 5 et 9 ont la voix complètement sonore et forte, l'aspect et l'état général satisfaisants. Le n° 9 mérite une mention spéciale à cause de son âge avancé (70 ans). Chez lui, la corde vocale gauche, où se trouvait antérieurement l'ulcération, est rouge, un peu atrophiée, à bord concave, mais lisse.

Si je compte ces 3 malades parmi ceux qui ont été atteints d'ulcérations tuberculeuses, le nombre de survivants est de 8 sur 11.

(*A suivre.*)

L'antisepsie médicale.

Il diminue de jour en jour le nombre des médecins sur les lèvres desquels la lecture de ce titre, qui est celui d'une des thèses imposées au dernier concours d'agrégation (1), pourrait amener un sourire de scepticisme.

L'idée d'appliquer aux choses de la médecine, — de la médecine *interne*, comme disent ceux qui croient qu'il y a deux ordres de médecine, — les lois de pathologie et de thérapeutique générales acceptées par les chirurgiens, a fait bien du chemin depuis le Congrès de Copenhague, où M. Bouchard a montré l'inanité des objections qu'on lui avait opposées.

« On ne conteste plus, disait-il alors, la valeur de l'antisepsie chirurgicale, mais on oppose à l'antisepsie médicale une fin de non recevoir absolue. On dit que, l'agent infectieux étant dans l'intimité de l'organisme, il faudra pour l'atteindre imprégner tout l'organisme de la substance antiseptique, qui impressionnera également les cellules humaines et les cellules de ferment et qui tuera le malade avant de tuer le microbe. Ce sophisme peut être réfuté par trois arguments : « Il est des substances inoffensives pour l'homme, qui tuent, je ne dis pas les microbes, mais certains microbes. L'oxygène, indispensable à l'homme, empêche la vie de toute une catégorie de ferments; l'argent, à dose insignifiante pour un organisme animal, arrête le développement d'un aspergillus. 2° Il y a des maladies médicales, la dysenterie, le choléra, la diphthérie, etc., où l'agent infectieux est, au moins pour un temps limité, à la surface de certains organes et pourrait être atteint localement sans imprégnation de toute l'économie par la substance antiseptique. 3° La thérapeutique antiseptique médicale ne se propose pas de tuer le microbe, comme on le répète faussement, elle se propose seulement d'entraver sa pullulation. En effet, quand dans les maladies infectieuses la victoire se décide en faveur des ferments, c'est que ces derniers se renouvellent incessamment, parce que de nouveaux combattants, toujours plus nombreux, succèdent à ceux qui se sont usés dans la lutte pour la vie contre les cellules animales... On peut espérer que des modifications peu considérables de l'organisme humain infecté pourraient entraver la pullulation indéfinie de certains microbes qui l'auraient déjà envahi. »

Le jour où M. le professeur Bouchard a fait cette lecture à Copenhague, on peut dire qu'il a posé d'une façon définitive les bases de l'antisepsie médicale, et nous pouvons voir, en parcourant les chapitres du consciencieux travail de M. Lemoine, que cette méthode thérapeutique constitue déjà un arsenal où le médecin peut puiser plus d'une arme excellente.

Le médecin peut appliquer l'antisepsie soit à la surface cutanée, soit aux muqueuses de la bouche et des voies respiratoires (c'est là ce que M. Lemoine appelle l'antisepsie médicale des SURFACES D'ORIGINE ECTODERMIQUE); — soit au tube digestif et à ses annexes (surfaces d'origine ENTODERMIQUE), — aux organes GÉNITO-URINAIRES; — enfin, et c'est là le point le plus contesté jusqu'ici, au MILIEU INTÉRIEUR de l'organisme.

I

ANTISEPSIE DU TÉGUMENT EXTERNE. — Sans parler des véritables plaies accidentelles ou opératoires dont le traitement relève de l'antisepsie dite chirurgicale, tout médecin attentif devra recommander à ses clients de soumettre soigneusement à l'antisepsie prophylactique certaines fissures ou érosions des téguments en apparence insignifiantes, qui peuvent servir de portes d'entrée à des maladies communes ou rares, érysipèle, tuberculose ou syphilis, morve, charbon ou chancre simple, endocardite septique, etc. Les lavages répétés avec des solutions actives d'acide phénique, borique ou de sublimé,

(1) *De l'antisepsie médicale*, par le docteur G. Lemoine; Paris, F. Alcan, 1886.

©BIU Santé

l'isolement avec le collodion iodoformé etc., des plus petites érosions sont des précautions particulièrement indispensables dans certaines professions.

Quand les agents pathogènes ont déjà pénétré dans l'épaisseur du tégument, on peut encore les y poursuivre et les y détruire. La cautérisation de la *pustule maligne* et les injections de teinture d'iode à la périphérie de la zone œdémateuse en sont un exemple.

L'*érysipèle* peut être enrayé assez souvent par des topiques antiseptiques : solution à consistance crémeuse de carbonate de plomb (Parrks d'Ashton), onguent napolitain (Bouchard). La réfrigération intense de la zone envahie au moyen du chlorure de méthyle (Renaut) agit aussi en entravant le développement des microbes de Fehleisen.

Citons la guérison rapide du *chancre simple* par l'iodoforme, l'acide pyrogallique (Vidal), l'eau très chaude (Aubert); le traitement des *furoncles* par l'incision suivie de lavages avec une solution alcoolique concentrée d'acide borique et d'applications d'acide borique pulvérisé.

ANTISEPSIE DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGIENNE. — Le traitement du *muguet* par les solutions alcalines, de la *stomatite* ulcéro-membraneuse par le chlorate de potasse, des *manifestations syphilitiques* de la bouche et de la gorge par les attouchements avec des topiques mercuriels, tous les topiques qui ont donné quelques succès dans la diphthérie, — ressortissent à l'antisepsie. On a utilement employé l'acide salicylique, la teinture d'iode contre certaines *amygdalites infectieuses*.

ANTISEPSIE DES MUQUEUSES AÉRIENNES. — Trois méthodes sont utilisables : on peut quelquefois porter les substances antiseptiques sur les parties malades; — faire inhaler des substances gazeuses ou vaporisées; — enfin même essayer d'atteindre directement des foyers infectieux profondément situés dans le poumon.

A la première méthode se rapportent : — le traitement topique de l'*ozène :* insufflations de poudre de talc iodé (Rochet), douches et insufflations nasales antiseptiques (Lœwenberg); — les attouchements des *ulcérations du larynx*, soit syphilitiques, soit tuberculeuses, avec des solutions d'hydrargyre, de créosote, d'iodoforme, d'acide phénique.

Les inhalations antiseptiques dans les maladies des voies respiratoires ont été utilisées surtout contre la *diphthérie*. Renou faisait respirer aux malades de la vapeur d'eau chargée d'acides phénique, benzoïque et salicylique. On n'a pas oublié la tentative de Delthil avec les vapeurs de goudron de houille et de térébenthine, auxquelles l'inventeur lui-même a renoncé.

Une mention particulière doit être accordée aux pulvérisations de liqueur de Van Swieten que le professeur Renault (de Lyon) préconise contre le *laryngo-typhus*.

Contre la *coqueluche*, qui a tous les caractères d'une maladie à microbes, il était naturel qu'on essayât la médication antiseptique : vapeurs phéniquées (Scheiding), attouchements de la glotte avec la résorcine (Moncorvo).

La térébenthine doit peut-être son succès contre les *bronchites chroniques* autant à ses propriétés antiseptiques qu'à son action hypocrinique; l'eucalyptus est utile dans les *bronchites putrides;* M. Lancereaux a obtenu des succès fréquents contre celles-ci avec 4 à 5 grammes d'hyposulfite de soude chaque jour.

La *phthisie* avait été combattue par les agents réputés antiparasitaires bien avant la découverte de Villemin et de Koch, et celle-ci a naturellement encouragé de nouveau les tentatives de ce genre. La créosote a eu et mérite de conserver un rôle utile (Bouchard et Gimbert).

Malheureusement les expériences faites *in vitro* ont prouvé que le bacille de Koch est extrêmement résistant [expériences de H. Martin, de Coze et Simon (de Nancy)]. La chaleur à 120° a seule une action microbicide certaine contre l'agent pathogène de la tuberculose; cependant l'acide fluorhydrique (H. Martin) à 1 p. 3,000 et l'acide sulfhydrique (Niepce, Pilate) ont aussi quelque influence sur lui. C'est peut-être à ce dernier corps que suivant certains médecins, des eaux thermales sulfureuses doivent leur utilité incontestable. Celles-ci n'agissent-elles, au contraire, que comme médicaments trophiques, stimulants de la nutrition, à la façon des eaux arsenicales?

Enfin, la médication antiseptique a revêtu depuis peu une forme hardiment chirur-

©BIU Santé

gicale, puisque la pneumotomie, le drainage des cavernes ont été entrepris avec quelques succès encourageants, comme l'a montré notre collaborateur, L.-H. Petit (1). Les injections intraparenchymateuses de médicaments antiseptiques ont été pratiquées dans les cavernes tuberculeuses : permanganate de potasse (Mosler), acide phénique, teinture d'iode, nitrate d'argent, iodoforme, sublimé (Pepper, Frankel, Seifert, Shinglton-Smith, Gouguenheim).

Le professeur Lépine (de Lyon) a posé les bases du traitement de la *pneumonie* lobaire par les injections interstitielles antiseptiques.

L'antisepsie a fait ses preuves dans le traitement de la *pleurésie* purulente (2). Le moment n'est peut-être pas éloigné où d'autres pleurésies seront traitées de manière analogue.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 août. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Du traitement des fractures par la mobilisation et le massage. — Rapport sur diverses observations. — Nouvelle étude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète. — Opération de taille sus-pubienne pour un calcul vésical.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Championnière croit devoir rectifier l'assertion d'après laquelle M. Bourguet (d'Aix) aurait depuis longtemps traité les fractures par la mobilisation. Cet honorable chirurgien n'a pas fait autre chose que d'imprimer des mouvements à l'articulation du poignet dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius après avoir, d'ailleurs, appliqué un appareil au membre fracturé. Il ne s'agit donc pas ici d'une méthode générale de traitement des fractures, mais d'une application à un cas particulier.

M. Desprès partage entièrement l'opinion de M. Championnière relativement au traitement des fractures péri-articulaires par la mobilisation. Il y a seize ans, au moins, que Giraldès, dans une discussion au sein de la Société de chirurgie, déclarait qu'il ne fallait pas traiter les fractures chez les enfants par l'immobilisation.

Dans toutes les fractures péri-articulaires, M. Desprès est d'avis que le traitement ne doit avoir d'autre but que de combattre le symptôme douleur. Une fois la douleur disparue, il faut tout aussitôt s'occuper de rétablir les mouvements, en sorte que l'on pourrait dire, en se servant d'une formule en apparence paradoxale, qu'il faut traiter les fractures péri-articulaires par les mouvements. C'est la seule manière de prévenir l'ankylose qui survient ordinairement dans le traitement des fractures péri-articulaires par les méthodes classiques.

M. Reclus a été appelé, il y a un mois, auprès d'un enfant qui s'était fracturé l'olécrâne. Il appliqua un appareil plâtré sur la fracture, mais l'enfant, qui était d'un naturel extrêmement vif et indocile, eut bientôt fait de déranger son appareil, si bien que le membre, au niveau de l'appareil, jouissait d'une grande mobilité. M. Reclus fut sur le point d'appliquer un nouvel appareil plâtré ; mais se rappelant la communication de M. Championnière qui venait précisément d'avoir lieu, il attendit. Le vingtième jour de la fracture, il enleva l'appareil et il fut étonné de trouver au niveau de l'olécrâne un cal fibreux très court en même temps que les mouvements de l'articulation s'effectuaient sans la raideur que l'on est habitué à observer dans les cas où la fracture a été traitée par l'immobilisation classique.

Le même jour, l'enfant se cassa l'olécrâne du côté opposé ; le même traitement amena le même résultat, c'est-à-dire la consolidation de la fracture par un cal fibreux très

(1) La chirurgie du poumon. (*Union médicale*, 1886.)
(2) La pleurotomie antiseptique, Le Gendre. (*Union médicale*, 1884.)

©BIU Santé

court sans aucune raideur articulaire. M. Reclus déclare qu'il n'hésiterait pas désormais à traiter les fractures de l'olécrâne, chez les enfants, par la mobilisation.

M. Championnière est heureux de voir ses idées sur le traitement des fractures conquérir peu à peu l'assentiment de ses collègues. Mais il croit devoir faire observer que la mobilisation et le massage sont choses fort différentes. Il rappelle que, dans sa communication, il s'est agi principalement de l'application du massage aux fractures de l'extrémité inférieure du radius et du péroné. Le fait qu'il a voulu faire ressortir, c'est que le massage appliqué au traitement de ces fractures permet aux malades de récupérer en quelques jours tous les mouvements du membre, bien avant que la consolidation de la fracture ait été obtenue. On est vraiment surpris de voir dès les premiers jours après l'accident le massage faire disparaître tous les phénomènes de douleur et d'impotence du membre. Ce ne sont pas ici des faits de mobilisation, comme le pense M. Desprès, qui a cru devoir rappeler à ce sujet l'opinion de Giraldès, mais ce sont des faits de massage, ce qui n'est pas la même chose.

M. Berger fait remarquer qu'il semble, à entendre M. Championnière, que l'on peut traiter par le massage toutes les fractures du péroné. Il y a cependant des fractures de cet os qui ne peuvent pas être soumises à un traitement pareil; dans celles qui s'accompagnent d'un grand déplacement, il faut d'abord réduire le déplacement et le maintenir. L'expérience de tous les jours montre que de telles fractures réduites et maintenues dans l'immobilisation pendant vingt-cinq jours et au-delà ne sont accompagnées, après consolidation, d'aucune raideur articulaire. Il en est de même pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius avec déplacement. Ces fractures ont toujours besoin d'être réduites et maintenues avec soin, dans l'immobilité. Après guérison, on ne constate pas d'autre raideur que celle qui accompagne généralement tout traumatisme articulaire.

M. Horteloup rappelle que c'est un vétérinaire du nom de Girard qui a fait, le premier une communication à l'Académie sur le traitement des fractures du péroné par le massage. Il ajoute qu'il s'associe aux réserves déjà faites par M. Berger relativement à l'application du massage aux fractures avec déplacement.

M. Championnière déclare que, dans sa communication, il n'a jamais été question des fractures avec grands déplacements. Il a dit et il répète que le massage ne convient pas à ces sortes de fractures.

— M. Polaillon donne lecture d'un rapport sur cinq observations de M. le docteur Ferret, chirurgien de l'hôpital de Meaux.

La première observation est intitulée : *Hématocèle de la tunique vaginale ; guérison par l'incision et le pansement de Lister.*

L'hématocèle était très volumineuse et les parois avaient une épaisseur de deux centimètres. Dans ces conditions, dit M. le rapporteur, la simple incision devenait fatalement insuffisante pour obtenir la guérison. La tumeur avait considérablement diminué de volume, mais les couches plastiques qui tapissaient le scrotum subsistaient.

La décortication aurait été le seul moyen d'amender la guérison définitive, en supposant que la décortication eût été praticable et qu'il n'eût pas fallu recourir d'emblée à la castration. Le malade a donc guéri seulement de son opération, non de son hématocèle ; l'opération, simplement palliative, l'a soulagé et lui a conservé son testicule ; mais il reste exposé à un accroissement de sa tumeur par de nouveaux épanchements sanguins, à des poussées inflammatoires, en un mot à tous les accidents de l'hématocèle.

La deuxième observation est intitulée : *Infection purulente ; arthrotomie du genou droit ; guérison avec conservation des fonctions de l'articulation.*

La troisième observation a pour titre : *Fracture de cuisse ; résorption du cal au soixante-dixième jour sous l'influence d'un érysipèle.*

La quatrième observation est relative à une opération de taille hypogastrique pour l'extraction d'un fragment de sonde laissé dans la vessie.

©BIU Santé

Le sujet, vieillard de 74 ans, atteint d'hypertrophie de la prostate, se servait, pour se sonder, d'une sonde en maillechort cassée depuis longtemps

Le 10 janvier dernier une moitié de la sonde, mal assujettie, reste dans la vessie. Des tentatives d'extraction par l'urèthre ayant été infructueuses, M. Ferret, appelé en consultation, pratique la taille hypogastrique suivant les règles tracées par M. Guyon. Le fragment de sonde, extrait de la vessie, dans laquelle il était placé obliquement, mesurait en ligne droite 13 centimètres.

La cicatrisation de la plaie suspubienne était complète le 15 février, et le malade recommença à se sonder. Mais une rétention de 24 heures s'étant produite le 20 mars, la distension de la vessie provoqua la réouverture de la plaie hypogastrique par laquelle l'urine se remit à couler. Depuis cette époque, l'évacuation de l'urine se fait constamment par cette voie et rien ne sort par le canal.

La fistule vésicale s'ouvre à trois centimètres au-dessus du pubis par un orifice très petit et la miction se fait de la façon suivante : le malade éprouve un sentiment de distension de la vessie qui l'avertit que l'écoulement de l'urine va se produire malgré lui s'il tarde trop à uriner. Il vide alors volontairement sa vessie par une contraction brusque des muscles abdominaux. L'urine sort en un jet qui est projeté à 1 mètre de distance, et qu'il dirige avec un petit tube métallique conique appliqué sur l'orifice fistuleux. Dans l'intervalle des mictions, rien ou à peu près ne sort par la fistule, et le malade, qui n'est plus assujetti à se sonder, ne voudrait pour rien au monde être débarrassé de cette infirmité qu'il considère comme une guérison de sa dysurie.

La cinquième observation est relative à un calcul énorme du conduit de Warthon. Une tentative d'extraction par les voies naturelles ayant échoué, M. Ferret pratiqua une incision de 7 à 8 centimètres sur le bord inférieur du maxillaire, l'artère faciale fut coupée entre deux ligatures, la loge de la glande sous-maxillaire ouverte et la glande abaissée. On arriva ainsi sur une capsule fibreuse résistante qui enveloppait le calcul. Cette capsule, une fois incisée, le doigt toucha une pierre volumineuse qu'il fallut fragmenter pour l'extraire. La loge occupée par le calcul répondait à la base de la langue et était en contact avec les parties latérales de l'épiglotte et du larynx.

La guérison fut obtenue sans incident dans l'espace de trois semaines.

L'ensemble des fragments retirés pesait, à l'état sec, 9 grammes, et la densité du calcul était de 1,25; ce qui donne, pour un calcul de ce genre, le volume vraiment extraordinaire de plus de 7 centimètres cubes. L'analyse chimique n'a pas été pratiquée.

— M. Jude Hue, membre correspondant à Rouen, fait une communication sous le titre suivant : *Nouvelle étude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète.*

Ce travail comprend cinq observations nouvelles de périnéorrhaphie pratiquée par l'auteur d'après le procédé qu'il a fait connaître, en 1875, dans un mémoire adressé à la Société de chirurgie, et sur lequel M. Guéniot fit un rapport, procédé adopté depuis par un grand nombre de chirurgiens.

M. Jude Hue s'attache d'abord, dans des considérations préliminaires, à répondre aux objections qui ont été dirigées contre ce procédé, principalement en ce qui concerne l'époque de l'opération et le précepte d'urgence qu'il a cherché à faire prévaloir. Il indique les raisons nombreuses et puissantes qui militent en faveur d'une intervention immédiate après l'accident. Il expose ensuite les principes et les origines du procédé qu'il a été amené à employer tant au point de vue de la réunion des parties avivées qu'à celui de la restauration des fonctions de l'anus. Il déclare que, s'il a contribué, pour sa part, d'une façon originale, à la perfection dans l'avivement et dans l'affrontement sans tension de la muqueuse anale, conditions qui ont une importance prépondérante dans le manuel opératoire; s'il a contribué également à la description minutieuse et à la mise en règle de chaque temps opératoire et des soins consécutifs qui ont fait produire à la méthode tout ce qu'elle peut donner, — tant au point de vue plastique qu'au point de vue fonctionnel, — on fait trop d'honneur à Emmet et à lui quand on désigne le procédé par leur nom seul, mais on commet une erreur en y associant le nom de Gaillard Thomas, et l'on doit se souvenir que Marion Sims est celui qui

©BIU Santé

a apporté les plus importantes modifications à une opération dont le chirurgien français, Roux, a été le véritable initiateur.

Quant à la valeur du procédé et aux limites de son application, M. Jude Hue pense que l'opération, telle qu'il l'a décrite avec son avivement en surface et ses six points de suture, est d'une simplicité telle qu'on pourrait l'appeler la périnéorrhaphie normale. Il croit pourtant ne pas aller trop loin en affirmant qu'avec elle on peut éviter les procédés beaucoup plus composés, en usage encore aujourd'hui, comportant plusieurs ordres de sutures, la taille et la mobilisation de lambeaux assez importants pour avoir suggéré l'appellation de périnéoplastie, sans donner en retour un résultat complet au point de vue fonctionnel.

M. Jude Hue a pratiqué, par son procédé, sept opérations de périnéorrhaphie, dans des cas de rupture complète, sans avoir éprouvé un seul échec, c'est-à-dire sans avoir eu une seule fois un résultat douteux ou imparfait ni dans le rétablissement de la forme ni dans celui de la fonction, même par la simple application de serre-fines immédiatement après l'accident. Il ne doute pas que d'autres chirurgiens, moins convaincus de la valeur du procédé, n'arrivent à obtenir les mêmes résultats; il ne leur demande qu'une chose : de bien vouloir employer une fois le procédé sans le modifier ni l'amender. Si, ensuite, l'expérience les conduit à y apporter des changements, il sera un des premiers à les adopter.

M. Richelot estime que le procédé d'Emmet-Jude Hue est supérieur à tous les autres; il est le plus simple d'exécution et prévient efficacement la fistule recto-vaginale, qui succédait souvent aux anciens procédés. Cependant, il y a des cas rares où il n'est pas suffisant, les cas où la cloison recto-vaginale a été déchirée dans une grande hauteur, et où l'éperon, pour ce motif, est très élevé ou très mince.

M. Richelot a fait quatre fois la périnéorrhaphie depuis quelques années : deux fois par le procédé d'Emmet, et les deux malades ont très bien guéri, au point de vue de la forme et de la fonction. Deux autres fois, il a dû modifier sa conduite : dans un premier cas, la déchirure était profonde et l'éperon très élevé; dans le second, l'éperon n'était pas à plus de 3 centimètres de hauteur, mais il était constitué par une lame extrêmement mince, cicatricielle, et l'avivement de la surface vaginale de l'éperon l'eût réduit à une lamelle sans épaisseur, dans laquelle il eût été impossible de passer des fils sans arracher le tissu. M. Richelot, qui était assisté de M. Verchère, chef de clinique à la Pitié, dut renoncer à l'avivement d'Emmet, et adopta le procédé de M. Richet, qui consiste à dédoubler la cloison, de manière à obtenir une large surface cruentée en forme de sinus ouvert en avant, puis à continuer de chaque côté la dissection de la muqueuse vaginale pour en former deux lambeaux latéraux, avec lesquels on reconstitue, par une suture médiane, la paroi postérieure du vagin. On fait d'ailleurs la réunion du périnée comme dans le procédé d'Emmet.

Les deux malades chez lesquelles M. Richelot a fait ainsi le dédoublement de la cloison et la suture de la muqueuse vaginale ont recouvré l'intégrité de la forme et de la fonction comme les deux autres. Il est assez curieux que, sur quatre faits, l'occasion ait surgi deux fois d'abandonner le procédé pur et simple d'Emmet, car M. Richelot est sûr que ce dernier répond merveilleusement à la grande majorité des cas. Il est bon, néanmoins, de savoir qu'il peut se trouver en défaut dans les déchirures compliquées, et que celui de M. Richet mérite de ne pas tomber dans l'oubli.

M. Polaillon pense, comme M. Richelot, que l'opération de M. Jude Hue est excellente dans la plupart des cas de rupture du périnée; mais, comme son collègue, il estime également que, dans certains cas, il y a lieu de recourir au dédoublement de la cloison recto-vaginale et à la suture vaginale.

M. Tillaux déclare qu'il a obtenu des résultats merveilleux de la périnéorrhaphie depuis qu'il pratique cette opération d'après le procédé d'Emmet et Jude Hue; ce procédé met plus sûrement à l'abri des petites fistules qui, après la périnéorrhaphie par les procédés anciens, persistaient avec une ténacité désespérante.

— M. Poncet (du Val-de-Grâce) communique une observation de taille sus-pubienne pratiquée avec succès pour un calcul vésical.

— La Société de chirurgie entre en vacances, suivant l'usage, et ne reprendra ses séances que le premier mercredi d'octobre. — A. T.

COURRIER

Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1886, par application de l'article 39 du décret du 28 décembre 1885, et nommés professeurs honoraires :

MM. Druhen (Ignace) et Sanderet de Valonne, professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon ;

M. Maheut, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen ;

MM. Fleury et Nivet, professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ;

M. Morlot, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon ;

M. Barny, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— Par décret en date du 8 août 1886, M. le docteur Hanne, maire de la Pointe-à-Pitre, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Fleury, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé directeur honoraire de ladite École.

— L'Université d'Heidelberg vient de conférer, à l'occasion du jubilé de son cinquième centenaire, le diplôme honoraire de docteur en médecine à notre illustre concitoyen M. Chevreul.

Nécrologie. — Nous apprenons au dernier moment la mort du docteur Zueber, médecin principal de 2e classe de l'armée, professeur d'épidémiologie à l'Ecole du Val-de-Grâce, détaché au Tonkin, où il avait été appelé à diriger le service de santé.

Zueber, né en Alsace, à Bruebach, en 1847, s'était conquis par de brillants états de service la haute situation qu'il occupait dans le corps de santé militaire. Sorti de l'École de médecine militaire de Strasbourg, en 1869, avec le premier rang, il prit part au siège de Metz pendant la guerre de 1870-1871, et par sa conduite mérita, peu de temps après, la croix de chevalier de la Légion d'honneur. En 1878, il fut nommé, à la suite d'un brillant concours, professeur au Val-de-Grâce. Ses vastes connaissances et ses aptitudes variées le désignèrent au choix du gouvernement français pour différentes missions officielles à l'étranger : Mission en Russie, pour étudier la peste sur place, lors de la dernière épidémie, en 1883; à Berlin, la même année, pour dresser un rapport sur l'Exposition d'hygiène; à Genève, en 1884, pour représenter le ministre de la guerre au Congrès des Sociétés de la Croix-Rouge. Envoyé sur sa demande au Tonkin peu de temps après, il assista au combat de Lang-Son, montrant autant de sang-froid et de courage dans cette néfaste journée, qu'il sut déployer de dévouement et d'abnégation en face de l'épidémie cholérique qui a décimé notre corps expéditionnaire. Ce sont les services rendus sur ce double champ de bataille, qui ont valu à Zueber d'être nommé, à l'âge de 38 ans, médecin principal et officier de la Légion d'honneur.

Zueber laisse dans le corps auquel il appartenait un vide qui sera difficile à combler; il laisse aussi de vieux parents dont il était l'unique joie et l'unique consolation. Puisse leur douleur être atténuée par les regrets que soulèvera ce deuil! (*Gaz. méd.*)

— Le Congrès international de climatologie et d'hydrologie, de Biarritz, sous le patronage de M. le ministre du commerce, ouvrira le 1er octobre, fermera le 8, sera suivi d'une excursion, dans toutes les Pyrénées, d'une durée de 22 jours (conventions spéciales pour séjour dans les hôtels et voyages en voiture), 50 p. 100 de réduction sur tous les chemins de fer pour aller et retour, excursion et séjour à Biarritz.

Pour être adhérent, envoyer adresse et 12 fr. avant le 1er septembre au plus tard, à M. J. Laugier, trésorier du Congrès, à Biarritz.

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.

©BIU Santé

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, 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 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.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

EXCURSIONS

SUR LES

CÔTES DE NORMANDIE ET EN BRETAGNE

Billets Circulaires, valables pendant un mois non compris le jour du départ (1)

	1re Classe	2e Classe
1er Itinéraire	60 fr. »	45 fr. »

Paris.—Rouen.—Le Havre.—Fécamp.—Saint-Valery.—Dieppe.—Arques.—Le Treport.—Eu.—Forges-les-Eaux.—Gisors.—Paris.

2e Itinéraire	60 fr. »	45 fr. »

Paris.—Rouen.—Dieppe.—St Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Paris.

3e Itinéraire	80 fr. »	65 fr. »

Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Cherbourg.—Caen.—Paris.

4e Itinéraire	90 fr. »	70 fr. »

Paris.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan.—Paramé.—Dinan.—Rennes.—Le Mans.—Paris.

5e Itinéraire	100 fr. »	80 fr. »

Paris.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches.—Mt-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan.—Paramé.—Dinan.—Rennes.—Le Mans.—Paris.

6e Itinéraire	100 fr. »	80 fr. »

Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Paris.

7e Itinéraire	120 fr. »	100 fr. »

Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan.—Rennes.—Laval.—Le Mans.—Chartres.—Paris.

8e Itinéraire	120 fr. »	100 fr. »

Paris.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan.—St-Brieuc.—Lannion.—Morlaix.—Roscoff.—Brest.—Rennes.—Le Mans.—Paris.

9e Itinéraire	130 fr. »	110 fr. »

Paris.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan.—St-Brieuc.—Lannion.—Morlaix.—Roscoff.—Brest.—Rennes.—Vitré.—Laval.—Le Mans.—Chartres.—Paris.

10e Itinéraire	110 fr. »	90 fr. »

Le Mans.—Alençon.—Argentan.—Caen.—Cherbourg.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan.—St-Brieuc.—Lannion.—Morlaix.—Roscoff.—Brest.—Rennes.—Vitré.—Laval.—Le Mans.

11e Itinéraire	110 fr. »	90 fr. »

Rouen.—Dieppe—St-Valery-en-Caux—Cany.—Fecamp—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo.—St-Servan.—Paramé.—Dinan.—Rennes.—Vitre.—Laval.—Le Mans—Alençon.—Argentan.—Lisieux.—Rouen.

NOTA.— Les prix ci-dessus comprennent les parcours en bateaux et en voitures publiques indiqués dans les Itinéraires.

Les Billets sont délivrés à Paris, aux Gares St-Lazare et Montparnasse et aux Bureaux de Ville de la Compagnie pour les neuf premiers itinéraires seulement.

(1) La durée de ces Billets peut être prolongée d'un mois, moyennant la perception d'un supplément de 10 0/0, si la prolongation est demandée, aux principales gares dénommées aux itinéraires, pour un billet non périmé.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

© BIU Santé

Sommaire

I. Théodore Hering : De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx. — II. L.-H. Petit : Association française pour l'avancement des sciences. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx (1).

Mémoire lu à la Société française de laryngologie et d'otologie, session d'avril 1886,

Par Théodore Hering,

Chef de service à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

Je dois consacrer quelques mots au traitement que j'ai fait suivre à ces malades.

J'ai vu beaucoup d'amélioration après un séjour prolongé à Meran, à Gleichenberg, en Egypte (nos 1, 3, 7, 10).

L'observation n° 10 mérite une mention spéciale, à cause de l'hérédité confirmée, de l'étendue des ulcérations qui occupaient toute la corde vocale et la partie aryténoïde. Ce malade, qui a été vu par le docteur Schmidt, à Reichenhall, ainsi que par le professeur Stoerk, à Vienne, est un homme qui, jadis, comme commerçant en vins, a largement sacrifié à Bacchus; il souffrait souvent de catarrhe d'estomac, fumait beaucoup et forçait souvent la voix. Un séjour de plusieurs mois en Egypte, le traitement lacté avec addition d'une grande quantité de cognac, dont, pendant un an, il a absorbé 170 bouteilles, ont amené une amélioration sensible dans l'état général, et la cicatrisation des ulcères du larynx.

Le malade n° 6, musicien dans un orchestre, a guéri, malgré un régime peu hygiénique, des efforts de voix et des nuits sans sommeil. La thérapeutique que j'ai employée était excessivement simple et visait, avant tout, l'amélioration de l'état général; de temps en temps, j'y adjoignais une médication locale (nos 1, 3, 8).

En dehors des inhalations d'huile de pin (*oleum pini silvestris*) et de baume du Pérou, je me suis plusieurs fois bien trouvé de badigeonnages des ulcérations avec du laudanum liquide de Sydenham (nos 1, 3, 8).

Je défendais de la manière la plus énergique de parler à haute voix, et j'engageais les malades à quitter leurs occupations; aux moins fortunés, je conseillais le séjour prolongé dans les forêts de pins et l'usage du lait en très grande quantité (2 à 3 litres par jour), avec addition de cognac. J'ai eu également à me louer de l'efficacité de la solution arsenicale de Fowler, de l'emploi de la quinine en cas de fièvre. L'huile de foie de morue, l'extrait de malt, le vin généreux m'ont rendu de grands services chez plusieurs de mes malades en fortifiant l'état général.

En somme, et bien que les résultats du traitement suivi fussent satisfaisants, je ne saurais affirmer si c'est grâce à eux que la cicatrisation et l'amélioration générale se sont produites. Je ne doute guère de leur efficacité sur la nutrition; mais on sait, d'autre part, que, dans des centaines de cas, le résultat de ce même traitement a été nul.

Il faut donc admettre que les conditions qui ont concouru à la guérison étaient exceptionnelles, sans que toutefois je puisse les préciser.

Selon toute probabilité, il faut tenir compte de la force de résistance de

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

©BIU Santé

l'organisme, de la puissance des forces vitales, peut-être aussi de l'imprégnation minime de l'infection bacillaire. Les crachats n'ayant pas été analysés, quant à la présence des bacilles, je ne saurais dire si ma dernière hypothèse est justifiée. Il est cependant plus que probable qu'elle est bien fondée, ainsi que nous le démontrerons dans la seconde partie de cette étude, où, pour fixer le diagnostic, non seulement les crachats provenant des poumons, mais les amygdales et la luette dégénérée par la tuberculose, les granulations enlevées par le raclage des ulcères tuberculeux, en un mot tous les tissus susceptibles de tuberculose ont été soigneusement étudiés au microscope; et le résultat de cette enquête a contribué à élucider cette question si intéressante.

Les détails de ces recherches feront l'objet d'une autre publication concernant l'anatomie pathologique de cette affection. Quant au traitement local par l'acide lactique, qui nous a donné des résultats si favorables, il sera publié dans un numéro prochain des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, du docteur Gouguenheim.

1. Sophie G... (15 décembre 1875), 29 ans, rentière ; malade depuis un an. — Père et mère morts de phthisie. — Constitution faible, hystérie, scoliose, toux et enrouement, dysphagie; pas de fièvre. — Infiltration tuberculeuse du sommet droit; à gauche, bronchite. — Etat du larynx : large ulcère cratériforme, à granulations proliférant sur les cordes vocales vraies et fausses du côté gauche. — Traitement : huile de foie de morue; quinine ; inhalations de camomille; badigeonnages au laudanum de Sydenham. — Au bout de trois mois, l'ulcération a diminué de moitié; voix claire; voyage à Menton; cicatrisation presque complète de l'ulcère du ventricule. — L'amélioration a duré deux ans, après quoi survint une tuberculose mortelle des poumons et des ulcérations de la partie aryténoïde.

2. François Z... (2 septembre 1877), 30 ans, employé dans une raffinerie ; malade depuis trois mois. — Constitution faible; fièvre hectique; enrouement, toux, déglutition douloureuse. — Induration assez étendue des deux sommets; ulcération sur la vraie corde vocale à gauche, à fond grisâtre, atonique. — Traitement : régime lacté; inhalations d'huile de pin; mutisme prolongé; séjour dans une forêt. — Après cinq mois, cicatrisation de l'ulcère; état des poumons amélioré ; a beaucoup engraissé. — Cet état a duré un an; puis le malade prit froid et mourut d'une inflammation pulmonaire.

3. Constantin H... (1er mai 1876), 27 ans, pharmacien; malade depuis quelques semaines. — Deux sœurs mortes phthisiques. — Rachitisme prononcé; débile; scrofuleux; enrouement, toux; fièvre hectique. — Infiltration très étendue des deux sommets; broncho-pneumonie lobulaire; ulcération sur le bord de l'épiglotte, du ligament aryépiglottique gauche et sur la corde vocale vraie du même côté; aphonie. — Traitement : saison à Méran; inhalations de térébenthine. — Après six mois, voix sonore; cicatrisation des ulcères et grande amélioration dans les poumons. — L'amélioration a duré six ans; mais, depuis trois ans, l'état des poumons a empiré à la suite d'une dysenterie. Mort en 1885.

4. I. M... (22 novembre 1886), 37 ans, fonctionnaire, malade depuis deux mois. — Femme morte de phthisie. — Scrofuleux ; très maigre; toux et enrouement; bon état général; pas de fièvre. — Légère induration du sommet gauche; les trois quarts de la vraie corde vocale droite sont ulcérées au bord et à la face supérieure. — Traitement : repos à la chambre; inhalations; huile de foie de morue et toniques; a cessé de fumer. — Cicatrisation après cinq mois; bon état général et voix claire. — Il se portait bien au mois de mars 1886, où je l'ai vu pour la dernière fois.

5. Docteur S... (10 juin 1882), 31 ans, médecin; toux ancienne, enrouement depuis quinze jours. — Faible, anémique, enroué; déglutition douloureuse et forte toux; pas de fièvre. — Bronchite suspecte des deux sommets; emphysème; ulcération profonde,

cratériforme, à fond sale, dans la partie inter-aryténoïdienne. — Ce malade ne s'est pas soigné, n'a pas cessé de fumer et de beaucoup parler. — Guérison après quatre mois; cicatrisation complète des ulcérations laryngiennes. — Examen du larynx il y a un an; rien d'anormal.

6. S. David (29 avril 1883), 44 ans, violoniste; enroué depuis trois mois. — Pas de disposition héréditaire. — Bien nourri, forte constitution; enrouement, déglutition difficile, toux; pas de fièvre. — Infiltration étendue au sommet droit; bronchite suspecte au sommet gauche; sur le bord de la corde vocale droite, un îlot granuleux émergeant d'une ulcération de 6 millimètres; ulcération superficielle de la corde gauche près du ventricule. — Pas de traitement. Il passait ses nuits à jouer du violon aux noces et festins et ne prenait aucune précaution. — Il a recouvré la voix; les ulcérations se sont cicatrisées en quatre mois; bon état général. Il se portait bien au mois de mars 1886 et avait considérablement engraissé; un peu d'enrouement. — En mars 1886 : épaississement cicatriciel de la corde vocale droite; infiltration légère des deux poumons; état général bon; voix forte, un peu voilée.

7. W. S... (10 novembre 1884), 42 ans, propriétaire; malade depuis cinq semaines. — Hémoptysies; deux pleurésies; enrouement, toux; fièvre; constitution faible. — Infiltration des deux sommets, plus prononcée sous la clavicule droite; ulcération très étendue et rouge sur les deux cordes vocales et sur la paroi postérieure; corde vocale droite gonflée; excoriation marginale. — Traitement : saison à Gleichenberg; solution de Fowler; régime lacté. — Revenu avec un mieux sensible; cicatrisation des ulcères après sept mois; état des poumons amélioré; pas de fièvre. — Le 9 février 1886, poumons améliorés; état général bon; voix claire; ulcération cicatrisée.

8. Roch J... (6 octobre 1885), 33 ans, imprimeur; tousse depuis trois ans, enroué depuis trois mois. — Crachement de sang et pneumonie antérieure; enrouement, toux; dépérissement; fièvre hectique; expectoration profuse. — Altération considérable et étendue des deux poumons; ulcérations du tiers antérieur de la vraie corde vocale droite; fond sale. — Remèdes fortifiants et solution de Fowler. — Cicatrisation après sept semaines; voix claire. — Le 20 mars 1886, larynx guéri; pas de changement dans les poumons.

9. Bernard L... (23 novembre 1885), 70 ans, employé; enroué depuis trois mois. — Hémoptysies réitérées; toux ancienne, enrouement; état général passable. — Induration du poumon droit de longue date; au milieu de la corde vocale gauche, ulcération rouge, allongée, à fond gris. — Traitement hygiénique; ne supportait aucun remède; il a gardé la chambre et très peu parlé. — Cicatrisation après quatre mois. — Le 9 février 1886, la corde vocale gauche est légèrement atrophiée et rouge; l'ulcération est guérie.

10. Ernest G... (5 décembre 1883), 42 ans, négociant; enroué depuis le mois de juillet 1883. — Père, sœur et frère morts de phthisie. — Exulcérations gagnées à Reichenhall en 1883; fièvre; dysphagie; toux; dépérissement. — Induration des deux poumons, plus prononcée à gauche; profonde ulcération de la partie interne de la glotte et de toute la corde vocale gauche. — Séjour à Méran, plus tard en Egypte (4 mois); lait, alcool. — Cicatrisation en quatre mois (avril 1885); amélioration de l'état des poumons; voix claire; a beaucoup engraissé. — Le 27 février 1886, guérison complète; larynx sain; respiration affaiblie dans le sommet du poumon gauche.

11. Léocadie R... (23 novembre 1885), 30 ans, rentière; tousse depuis deux ans. — Pas d'hérédité. — Scrofuleuse, mais nutrition assez bonne; pas de fièvre; très enrouée depuis un an; dysphagie; hémoptysies; tuméfaction de la rate. — Bronchite localisée au sommet droit; respiration affaiblie dans le lobe moyen du poumon droit; ulcération étendue, d'un aspect sale, de la partie aryténoïdienne; gonflement de la paroi postérieure; érosion de la corde vocale vraie à droite. — Traitement : huile de foie de morue; solution de Fowler; repos à la chambre. — Après cinq mois, cicatrisation sur la paroi postérieure; il n'est resté qu'une toute petite inégalité et un peu d'épaississement de la vraie corde vocale de droite; la bronchite du sommet gauche a sensiblement diminué; nutrition améliorée; voix assez forte et assez claire, mais sujette à la fatigue.

©BIU Santé

Association française pour l'avancement des sciences

CONGRÈS DE NANCY.

Section des sciences médicales.

Président : M. le professeur Bouchard (de Paris). — Président d'honneur : M. le professeur Tourdes (de Nancy). — Vice-présidents : MM. Bernheim, Gross, Hecht, Herrgott (de Nancy), Duguet (Paris), Poncet (Lyon), Ladame (Genève), Picot (Bordeaux), Pamard (Avignon), Grasset (Montpellier).

Secrétaires : MM. Parisot, Simon (de Nancy), Barbier, L.-H. Petit (Paris).

Séance du vendredi 13 août 1886.

M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, commence la série des communications assez nombreuses annoncées sur l'hypnotisme, par une lecture sur l'aliénation mentale aiguë traitée et guérie par ce moyen et sur l'étude des phénomènes réflexes comme diagnostic du sommeil hypnotique.

Aux précédents Congrès de Blois et de Grenoble, M. Voisin avait déjà démontré dans deux communications, la possibilité de déterminer le sommeil hypnotique chez des aliénés. Il avait aussi démontré que les effets de l'hypnotisme et les suggestions, employées dans les limites assignées par lui, ont une action curative chez ces malades.

Cette nouvelle communication a pour but d'affirmer davantage les conclusions antérieures par l'exposé de deux faits tout récents où le sommeil hypnotique a pu être obtenu à la Salpêtrière chez deux aliénées atteintes l'une de manie, l'autre de lypémanie aiguës.

Chez la première malade, agitée, le sommeil n'ayant pu, à un moment donné, être obtenu par les procédés habituellement employés (la fixation du regard ou du doigt de l'expérimentateur) les deux yeux ont été maintenus ouverts au moyen d'écarteurs palpébraux, et la lumière de la lampe à magnésium, dirigée sur eux pendant dix minutes, a déterminé le sommeil. En deux jours, la malade, qui présentait au début une agitation des plus grandes et se livrait à des actes lubriques, était complètement calmée et sa tenue était excellente.

La seconde malade, lipémaniaque, refusait de manger depuis quinze jours, elle gâtait et se livrait constamment à des tentatives de suicide. A la première séance d'hypnotisme, elle fut endormie en deux minutes. A son réveil, elle commença à obéir aux suggestions faites pendant le sommeil, cessa de gâter et consentit à boire du lait. Actuellement, après un mois de traitement appliqué tous les deux jours, elle est guérie et travaille cinq heures par jour.

En résumé, ces deux nouvelles observations prouvent d'une façon très nette que le sommeil hypnotique peut être obtenu dans l'aliénation mentale aiguë, soit pendant l'excitation maniaque, soit au cours de la folie lypémaniaque des plus intenses.

Chez trois autres malades, atteintes l'une d'ataxie locomotrice progressive, la seconde d'hystéro-hypochondrie, la troisième d'aliénation lypémaniaque non hystérique avec idées de suicide, M. Aug. Voisin a obtenu les résultats suivants :

Chez les deux premières, la pression, le pincement, la percussion d'une partie d'un membre donnent lieu, aussitôt qu'elles sont hypnotisées, à des secousses qui se transmettent au membre excité et à tout le corps, et qui sont suivies, chez l'ataxique, de contracture avec flexion forcée et demi-supination du membre pincé ou frappé. Ces secousses durent d'une à trois secondes.

Chez la troisième, non hystérique, le phénomène est produit à la face par la fixation du regard ou d'un corps brillant; la face entière est prise de secousses convulsives très fortes; la physionomie présente l'apparence d'une maladie grave et la peau de la face, ainsi que les conjonctives, rougissent d'une façon très nette.

Les secousses cessent avec l'excitation; mais, si celle-ci est maintenue, elles continuent.

M. Voisin ne pense pas que ces phénomènes soient dus à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, quoique les malades fussent en état de léthargie. Il croit, cependant, que

leur cause pathogénique est du même ordre; mais leur caractère, nettement réflexe, doit être comparé à ce qui se passe chez les animaux, auxquels on a supprimé l'encéphale ou sectionné complètement la région cervicale de la moelle épinière, et chez qui une excitation périphérique provoque des mouvements réflexes exagérés.

Il y a donc, chez ces malades, coïncidence de l'état léthargique, et partant de la suppression à peu près complète de la circulation cérébrale, avec l'exaltation de la force excito-motrice de la moelle épinière et du bulbe rachidien. M. Aug. Voisin pense que c'est par la recherche de caractères objectifs du sommeil hypnotique qu'on arrivera à se mettre à l'abri de la simulation.

M. le docteur Ladame, privat-docent à Genève, a ensuite fait une communication sur un nouveau fait de myopathie atrophique progressive du type facio-scapulo-humérale de Landouzy-Déjérine (forme juvénile de Erle avec participation de la face). Dans ce cas, la galvano-faradisation individuelle des muscles atrophiés a donné de bons résultats, car la maladie a été arrêtée dans sa marche, et l'atrophie a disparu.

M. le docteur Paul Landowski traite la dysménorrhée membraneuse de la manière suivante : Lorsqu'elle est sous l'influence d'un état général, il faut lui opposer un traitement général; lorsque, au contraire, elle est bien localisée, le traitement local par l'électro-cautère, cinq à six jours après la terminaison des règles, suffit. Il est nécessaire de ne procéder à cette application qu'après avoir dilaté les orifices utérins, d'une manière plus que suffisante, à l'aide d'applications successives de cônes d'éponge préparée de plus en plus volumineux; on applique alors le cautère porté au rouge sombre, en le promenant légèrement et rapidement sur la surface endométrique. On fait ensuite garder le lit pendant une semaine.

M. le docteur Netter (de Nancy) préconise l'emploi de l'oxymel scillitique du Codex dans le traitement de la coqueluche. Des observations personnelles, et d'autres recueillies par MM. Hecht et Gross, professeurs à la Faculté de médecine; Remy, Schmidt, agrégés à la Faculté, montrent que la durée de la coqueluche est très diminuée, ainsi que le nombre des quintes. L'oxymel est donné en nature. Chez l'enfant à la mamelle, on donne 20, 40, 60 gouttes dans les vingt-quatre heures, dans l'intervalle des mises au sein. — Chez l'enfant d'environ 2 ans, 4 à 5 cuillerées à café dans l'espace d'une heure, et s'arrêter jusqu'au lendemain à la même heure; à 3 ans et au-dessus, 6 à 7 cuillerées à café; chez l'adulte, 8 à 10. On continue ainsi jusqu'à disparition complète des quintes, qui arrive en trois, quatre, huit jours au plus. Il ne faut pas cesser son administration lorsqu'on voit l'amélioration se produire, car alors la récidive se manifeste aussitôt.

M. le docteur Ruault (de Paris) présente : 1° un appareil, dit inspirateur-injecteur, permettant de faire suivre immédiatement l'aspiration d'un liquide morbide d'une injection médicamenteuse ou antiseptique dans la cavité qui le contenait; 2° une sonde gastrique, dite à douche stomacale, pouvant s'adapter au même appareil, et permettant le lavage de l'estomac avec la très petite quantité de liquide laveur. L'avantage de ces deux appareils est de permettre de laver l'estomac sans le dilater, ce qu'on ne pouvait faire auparavant.

M. Bouchard ajoute qu'en effet avec les anciens appareils l'abus du lavage de l'estomac, qui a été considérable, avait eu de graves inconvénients, car la distension mécanique des estomacs plus ou moins malades avait produit l'anorexie et l'amaigrissement consécutif. Avec l'appareil de M. Ruault, rien de pareil n'est à craindre, puisque le lavage est effectué avec une très petite quantité de liquide, qu'on peut, de plus, retirer immédiatement.

M. le docteur Gairal père (de Carignan), présente un pessaire à l'aide duquel les liquides médicamenteux introduits dans le vagin pour le traitement des affections utéro-vaginales peut être gardé en permanence, à volonté; ce pessaire peut encore être utilisé dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse ayant pour cause une position vicieuse de l'utérus dans la grossesse, parce qu'il peut maintenir l'utérus en bonne position lorsqu'on l'a réduit.

M. le docteur Apostoli préconise le traitement de l'endométrite par les applications de la galvano-caustique chimique, en employant le pôle positif ou acide dans les formes

©BIU Santé

hémorrhagiques, et le pôle basique ou négatif dans les formes non hémorrhagiques. Cette méthode remplace avantageusement le grattage intra-utérin.

M. le docteur Landowski préfère au grattage et à la galvano-caustique l'emploi des solutions antiseptiques, et en particulier du chlorure d'étain, dont les propriétés antiseptiques en font un topique excellent pour les applications intra-utérines.

L.-H. Petit.

A la suite d'une communication très intéressante et fort applaudie de M. le professeur Layet (de Bordeaux), sur les résultats de la vaccine, la section d'hygiène et de médecine publique a approuvé à l'unanimité, sur la proposition de MM. Girard, chirurgien des hôpitaux de Grenoble, président de la section, Chauveau et Rochard, les vœux suivants :

Inviter les pouvoirs compétents : 1° à faire une loi ordonnant l'obligation de la vaccination et de la revaccination; 2° à créer des instituts vaccinifères dans tous les chefs-lieux des départements.

L.-H. P.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 août. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie de médecine à accepter la donation que lui a faite M. Léopold Arnaud, comte Hugo, d'une inscription de *deux cents* francs de rente 3 0/0 sur l'Etat français.

Les revenus de cette donation devront être consacrés, au décès de Mme veuve Woillez, usufruitière, à la fondation d'un prix quinquennal de mille francs, qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire médicale.

M. Ricord présente, de la part de M. le docteur Péan, un volume intitulé : *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1879-1880.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur E. Mathieu, l'article *Tétanos chirurgical.* (Extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.)

M. Planchon lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. le docteur Costa de Bastelica lit un travail intitulé : *De l'assainissement de la plaine orientale de la Corse.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. H. Roger, Villemin et Siredey. — Nous y reviendrons.

M. le docteur De Brun, professeur à la Faculté de Beyrouth, lit un travail intitulé : *Étude sur la pathologie en Syrie.*

« Parmi les maladies que j'ai observées, dit l'auteur, la malaria est de beaucoup la plus fréquente; elle s'observe sur la côte à des degrés divers; on l'observe aussi dans l'intérieur des terres, dans la plaine de la Becka.

« J'ai eu l'occasion d'observer des faits d'impaludisme aigu qui pourraient constituer la forme dyspnéique; elle serait caractérisée par une dyspnée qui, en moins d'une heure, devient comparable à celle d'un croup avancé; la voix, d'abord rauque, s'éteint vite; bientôt un sifflement inspiratoire se produit et le tirage arrive. L'examen de la gorge ne donne que des résultats négatifs; le plus souvent, après quatre ou cinq heures de lutte, une amélioration se produit très rapide, et le petit malade guérit sans convalescence.

« Cette forme, qui s'accompagne d'un œdème aigu violent du larynx, peut, dans certains cas, présenter un noyau d'œdème pulmonaire; dans d'autres faits, on n'observe

©BIU Santé

aucun symptôme laryngé; il semble que le malade meurt par arrêt des fonctions bulbaires. Ces accidents sont justiciables du sulfate de quinine, qui prévient le retour d'une seconde crise de même nature.

« Toutes les maladies, et surtout la convalescence, prédisposent à l'impaludisme. Les faits que j'ai observés sont conformes à la loi de Boudin, qui fait de la malaria et de la tuberculose des maladies antagonistes.

« Après la malaria, la maladie la plus fréquente est la syphilis. Ce sont les Musulmans qui en fournissent le plus grand nombre de cas, bien qu'ils ne constituent que le quart de la population de Beyrouth; la syphilis héréditaire y est très fréquente; je n'ai observé que très rarement les lésions décrites par Hutchinson.

« Les lésions du tube digestif sont fréquentes; les diarrhées, les accidents dysentériformes, et surtout la dilatation stomacale, ont pour cause une alimentation défectueuse par l'abus de l'alcool. L'arak ou raki, boisson du pays, contient de 38 à 56 p. 100 d'alcool.

« J'ai été frappé du nombre considérable de parasites du tube digestif, surtout le tænia inerme.

« J'ai obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de la noix de coco, grâce à laquelle, sur 32 cas, 21 malades, qui avaient pris déjà inutilement les tænifuges ordinaires, ont été guéris.

« L'emphysème pulmonaire est très fréquent en Syrie; il semble dû à l'abus du narghilé.

« Quand j'aurai signalé la fréquence des ophthalmies et, en particulier, des granulations conjonctivales, des congestions hépatiques, de la gravelle et des calculs vésicaux, l'existence de la lèpre, de l'éléphantiasis, du bouton d'Alep, de toutes les fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, de la diphthérie, la rareté des maladies du système nerveux, quelques épidémies de fièvre Dangue et la production, en été, de cet érythème au prurit violent qui porte le nom de boutons de sueur, j'aurai énuméré les principales affections observées en Syrie. » (Comm. MM. Proust, Léon Colin et Vallin.)

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 août 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *De la rubéole. — Présentation d'un malade guéri d'un kyste suppuré du foie après une seule ponction. — De l'apoplexie hystérique. — Rapport de M. Letulle sur la contagion directe de la fièvre typhoïde. — Disparition de l'ascite au cours de la cirrhose du foie.*

M. Guyot, président, lit une lettre annonçant la mort du docteur Zuber, qui a succombé récemment au Tonkin à la suite d'accès pernicieux; M. le président ajoute que la Société médicale s'associe aux unanimes regrets que cette mort provoque de toutes parts.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Desnos demande la parole au sujet du mémoire de M. H. Desplats (de Lille) sur la *rubéole*; il désire compléter par quelques remarques personnelles la description qu'en a faite M. Desplats.

Sans nier que les mémoires sur la *rubéole* soient plus nombreux en Allemagne, à cause de la fréquence plus grande de la maladie dans ce pays, M. Desnos fait remarquer que, depuis plusieurs années, la distinction clinique de la rubéole avec les autres fièvres éruptives, est admise par les auteurs français, Jaccoud en particulier; il rappelle que, dans l'*Union médicale*, plusieurs travaux importants ont été publiés sur ce sujet, notamment par M. R. Longuet (1884-1885) et par M. Daga, alors à Nancy.

Toutefois un clinicien pourrait facilement méconnaître la rubéole : c'est une éruption *fruste*. Un des caractères symptomatiques d'une importance capitale, c'est le *polymorphisme* de l'exanthème. C'est ainsi qu'on peut voir, au début de la maladie, une éruption

©BIU Santé

morbilliforme se produire à la face, au tronc; puis, dix-huit, vingt-quatre ou trente-six heures après, apparaît dans les mêmes points une éruption scarlatiniforme, rappelant par tous ses caractères l'exanthème de la scarlatine.

Cet aspect *polymorphe*, qui force à suspendre le diagnostic, est un bon signe de la rubéole; il explique d'ailleurs comment certains auteurs ont pu considérer à tort, suivant les caractères de l'éruption, la rubéole comme un dérivé de la rougeole ou de la scarlatine.

Quant aux adénopathies multiples qu'on rencontre dans la rubéole, elles rappellent, par leurs localisations, les adénopathies de la deuxième période de la syphilis; ce qui explique la confusion qui a pu être faite entre une rubéole et une roséole syphilitique, toutes deux s'accompagnant d'engorgements ganglionnaires dans les mêmes régions, notamment au cou.

Tandis que, pour M. Desplats, la fièvre est rare dans la rubéole, M. Desnos a vu chez plusieurs malades atteints de rubéole des températures de 38°5 à 39°.

M. Guyot présente un malade auquel il a ponctionné, le 16 janvier 1886, un kyste du foie, et il a retiré 1,500 grammes de liquide purulent. On n'a pas trouvé de crochets dans ce liquide. Depuis cette époque, le malade n'a eu aucun malaise; pas de fièvre ni de sueurs. Il est infirmier dans le service. M. Guyot a voulu présenter de suite ce malade qu'on peut considérer comme actuellement guéri, se réservant de communiquer à la prochaine séance l'observation d'un malade qui avait été traité dans plusieurs hôpitaux comme tuberculeux, et qui était atteint d'un kyste hydatique auquel il a succombé.

M. Debove fait une communication sur l'*apoplexie hystérique* qui n'est pas décrite, bien que les occasions d'observer des cas d'apoplexie hystérique ne soient pas rares. M. Debove rapporte le fait suivant :

Le 10 juillet dernier, un homme de 31 ans, bien portant, perd brusquemcnt connaissance en se levant de table; il reste pendant douze heures dans un état comateux, présente pendant deux heures une paralysie motrice du côté gauche; pas de convulsions. Le lendemain, à son entrée à l'hôpital, on constate une parésie motrice du côté gauche avec hémianesthésie.

La perte brusque de connaissance et les symptômes ultérieurs prouvent bien qu'on se trouve en présence d'une *apoplexie*, au sens classique du mot; a-t-elle eu lieu chez un hystérique? Question plus délicate, que M. Debove n'hésite pas à trancher par l'affirmative. Sans doute le sujet est un homme, robuste, vigoureux, chez lequel on aurait pu ne pas soupçonner l'hystérie; mais il existait du côté gauche une insensibilité complète de la peau, des muqueuses, de l'oreille, des muscles, avec rétrécissement très marqué du champ visuel, achromatopsie pour le violet et polyopie monoculaire; à la suite de l'application d'un aimant, l'anesthésie disparaît pour se transporter à droite; l'expérience inverse produit de nouveau le transfert à gauche.

Il importe de remarquer que, généralement, lors de lésion organique, la paralysie motrice accompagne dans les mêmes régions la paralysie de la sensibilité.

Le professeur Charcot admet deux variétés d'anesthésie : l'une *hystérique*, l'autre *organique*; celle-ci est d'ailleurs rare.

M. Debove rappelle, à l'appui de sa thèse, une observation publiée par le professeur Vulpian; il s'agissait d'un malade ayant présenté dc l'hémianesthésie à la suite d'une perte brusque de connaissance; on avait, d'après certains autres caractères, localisé la lésion cérébrale; à l'autopsie, on trouva les deux hémisphères absolument sains.

En présence des phénomènes de *restauration*, de *transfert*, d'*oscillation*, de l'anesthésie chez son malade, M. Debove affirme qu'il s'agit bien là d'*apoplexie nerveuse*. Malgré les objections que peut soulever l'étymologie du mot, M. Debove pense qu'on peut appeler cet accident apoplexie *hystérique*. Ce terme d'*hystérie*, même en s'appliquant à un homme, a pris droit de cité dans la science; en s'en servant, on a l'avantage de désigner sous le même nom des accidents de même nature.

Ce phénomène d'*apoplexie hystérique* avec anesthésie n'a rien de surprenant; M. Debove rappelle en effet que, récemment, on a distrait du groupe des anesthésies toxiques,

© Santé

un certain nombre de cas dans lesquels l'anesthésie, bien que survenant chez des intoxiqués (alcoolique, mercuriel, saturnin), était liée à l'hystérie; il ne s'agit pas alors d'anesthésie toxique, mais bien d'hystérie symptomatique. De plus, le malade de M. Debove n'était atteint d'aucune de ces intoxications.

— M. Letulle lit un très intéressant rapport sur la *contagion directe de la fièvre typhoïde*.

Après avoir rappelé l'éloquent plaidoyer qu'a fait récémment M. Debove en faveur de la contagion directe de la dothiénentérie, M. Letulle examine avec soin les observations, en faveur de cette théorie, envoyées récemment par M. Biron (d'Argenteuil), Martel (de Saint-Malo), Viger (de Niort), Lardier (de Rambervillers), Gautier (de Charolles). — Il étudie les trois cas dans lesquels cette contagion directe peut se produire : a) *cas isolés*; b) *contagion nosocomiale*; c) *épidémie de maison*.

a) *Cas isolés*. — Un sujet se trouve en contact plus ou moins prolongé avec un typhique; il est atteint lui-même, peu de temps après, de dothiénentérie, sans qu'on puisse incriminer *en apparence* d'autre mode de contagion que la contagion directe. Mais il est toujours bien difficile dans ces cas d'affirmer que le sujet contaminé ne l'a pas été d'une autre manière, que l'eau par exemple qu'il buvait n'était pas infectée. C'est ainsi que la malade de M. Biron aurait été contaminée après une heure de séjour auprès d'une typhique; mais cette femme vivait dans un milieu endémique de fièvre typhoïde puisqu'elle habitait Paris et les environs. — La malade de M. Martel est en contact pendant cinq minutes avec un jeune typhique; elle est prise six jours après de fièvre et de symptômes de dothiénentérie. M. Martel s'appuie sur cette incubation courte pour invoquer la contagion directe; sa malade est atteinte le 19 août; mais du 23 juillet au 1er août, elle a fait un voyage dans Paris. Or, on sait, d'après les plus récents travaux, que l'incubation de la fièvre typhoïde peut varier d'un jour à un mois. Qui peut affirmer que la malade de M. Martel n'a pas été contaminée pendant son séjour à Paris, puisque c'est vingt jours après qu'elle tombe malade?

b) *La contagion nosocomiale* est un argument intéressant en faveur de la contagion directe de la dothiénentérie d'homme à homme, sans passer par un foyer secondaire de contagiosité.

M. Letulle rappelle que, depuis plusieurs années, on a rapporté nombre de cas *intérieurs* de fièvre typhoïde, dans lesquels un malade, séjournant depuis plus d'un mois à l'hôpital, contracte la dothiénentérie; c'est surtout depuis un an qu'on a observé ces cas intérieurs dans une proportion considérable.

M. Letulle pense qu'il y a une distinction capitale à faire et qu'il faut établir deux groupes de ces cas intérieurs : dans le premier, on doit ranger les sujets qui ne sortent pas de l'hôpital, malades alités complètement, infirmiers consignés, etc.; le second groupe comprendrait les habitants de l'hôpital exposés pendant un temps plus ou moins long à la contagion, mais qui sortent de l'hôpital, vont et viennent et peuvent contracter au dehors la maladie. On conçoit que, pour ce second groupe, la contagion directe ne puisse être affirmée; pour le premier, elle peut être probable, mais, actuellement, elle n'est démontrée d'une manière absolue par aucun fait. Dans ceux qu'on a rapportés, on peut toujours incriminer d'autres agents, tels que l'eau.

Cette question de la contagion nosocomiale directe présente un intérêt pratique considérable; s'il était actuellement prouvé qu'un malade peut contracter à l'hôpital une dothiénentérie par le seul fait du contact avec des typhiques, il serait urgent de créer des salles d'isolement pour les typhiques, comme on l'a fait pour les varioleux, les diphthériques. En attendant cette innovation, il faut étudier avec une critique sévère les cas de contagion nosocomiale directe qui sont publiés.

M. Viger a observé à l'hôpital de Niort un infirmier qui contracta la fièvre typhoïde dans les conditions suivantes : Donnant ses soins pendant quelques instants, à un typhique d'une salle voisine, il reçut sur la figure et jusque dans la bouche, des fragments de matière grisâtre, expulsés pendant un effort de toux, et à la suite d'un nettoyage de la muqueuse buccale en partie sphacélée. Huit jours après, cet infirmier s'alitait, atteint d'une dothiénentérie nettement caractérisée.

©BIU Santé

M. Viger fait ressortir, à la suite de sa très intéressante observation, que son infirmier n'était pas habituellement en contact avec des typhiques et qu'il a dû être contaminé à ce moment. Mais on peut objecter que cet infirmier habitait un hôpital où existait un foyer épidémique, et qu'il était exposé à toutes les autres causes de contagion. Cette observation, assurément très importante, ne saurait être considérée comme concluante.

M. Letulle fait remarquer la proportion considérable d'infirmiers qui sont atteints : sur 37 cas intérieurs récemment rapportés, on compte 25 infirmiers et 12 malades ordinaires.

c) *Epidémie de maisons.* — M. Letulle examine les deux observations de MM. Lardier et Gautier : dans la première, six personnes de la famille de notre confrère furent atteintes dans deux maisons différentes, les membres de la famille allaient de l'une à l'autre demeure; dans la seconde, 12 malades furent atteints dans une ferme isolée, et cette épidémie s'éteignit sur place.

Tout en faisant ressortir le grand intérêt de ces deux observations, M. Letulle ne peut s'empêcher de faire remarquer qu'elles ne sont pas complètement probantes; les auteurs ne peuvent affirmer que leurs malades ont échappé aux autres causes de contagion, et que seule la contagion directe est ici en cause.

M. Letulle termine ce remarquable rapport en disant que, dans l'état actuel de la science, si la pathogénie de la dothiénentérie par contagion indirecte paraît, dans certains cas, un peu exclusive, la contagion directe, qui peut exister, n'est pas encore démontrée, elle reste discutable.

M. Siredey fait remarquer combien cette question de pathogénie est complexe : un malade contracte la fièvre typhoïde à l'hôpital. On invoque de suite la contagion directe, parce que ce malade séjourne depuis un certain temps dans la salle, qu'il se trouve en contact avec des typhiques, et que son séjour à l'hôpital remonte assez loin pour qu'il n'ait pu contracter la maladie avant son entrée. Sans doute le malade a été contagionné à l'hôpital; mais est-ce bien par contagion directe? Il y a souvent d'autres causes, en particulier l'eau que boivent les malades.

M. Siredey rappelle qu'il y a deux ans, il eut plusieurs cas intérieurs dans ses salles, et, en particulier, dans sa salle de femmes, il eut l'idée d'inspecter le réservoir qui fournissait l'eau aux malades. Ce réservoir, situé à l'air libre dans une pièce où se trouvaient des immondices (cataplasmes, objets de pansements, etc.), était rempli d'une eau venant du canal Saint-Martin, remplie de vase saumâtre, et qui devenait très trouble dès qu'on l'agitait. L'administration prit des mesures pour que les malades eussent à leur disposition de l'eau de la Dhuys et de l'eau du canal Saint-Martin. Est-on bien sûr qu'ils se servent néanmoins toujours de la première pour l'usage interne?

Aussi M. Siredey pense qu'il est difficile d'affirmer que ces cas intérieurs sont dus au contact direct; il rappelle que, dans un rapport fait par lui sur ce sujet à l'Académie, il montra qu'il ne faut pas admettre trop facilement ces cas de contagion directe. Il existe souvent une autre cause qui peut échapper à l'observateur. Ainsi, dans un pays où la fièvre typhoïde n'avait pas sévi depuis longtemps, on cita une épidémie de maison dans laquelle plusieurs membres de la même famille furent atteints sans qu'on pût trouver d'autre mode de contagion que la contagion directe; vers la fin de l'épidémie, la pompe eut besoin de réparation, on constata que le puits qui fournissait l'eau, était non seulement contigu à la fosse d'aisance, mais que le tuyau de pompe était obstrué par des matières fécales. Sans vouloir nier la contagion directe de la fièvre typhoïde, M. Siredey pense qu'il faut être très circonspect en cette matière et rechercher les autres modes de contagion avant d'admettre celui-là.

M. Kelsch est de l'avis de M. le rapporteur et de M. Siredey; toutefois, il cite un fait qui lui paraît bien être un cas de contagion directe. En 1876, alors qu'il était médecin de l'hôpital de Batna et qu'il n'avait pas observé depuis un an un seul cas de fièvre typhoïde, vint à passer un corps expéditionnaire qui laissa un typhique à l'hôpital. Malgré toutes les précautions prises (désinfection des selles, aération de la salle), malgré l'absence d'encombrement, le voisin de ce malade fut pris de fièvre typhoïde, et la

rapidité avec laquelle il fut atteint exclut la possibilité de la création d'un foyer secondaire. M. Kelsch fait remarquer que, dans l'armée, ce sont les nouveaux venus, les conscrits qui sont surtout atteints, et que les infirmiers, qui paient un assez large tribut à la maladie, sont surtout atteints vers la fin des épidémies.

M. Dujardin-Beaumetz rapporte une très intéressante observation de disparition d'ascite chez un cirrhotique. Il s'agit d'un homme de 38 ans, alcoolique renforcé, qui entre une première fois à l'hôpital Cochin avec une ascite notable : on évacue par ponction 5 litres de liquide citrin. Le diagnostic de cirrhose atrophique fut alors porté ; l'état cachectique disparut peu à peu, les forces revinrent, l'état général s'améliora ; l'ascite ne se reproduisant pas, le malade, paraissant guéri, fut autorisé à sortir. Il en profita pour retourner à ses libations habituelles, et, étant ivre, resta étendu sur le boulevard et vint mourir à l'hôpital d'une pneumonie. On trouva à l'autopsie, outre les lésions de la pneumonie, une cirrhose du foie, nettement caractérisée, ce que l'examen microscopique confirma. — Voici donc un cas où il s'agit bien d'ascite, liée à une cirrhose, et guérie, et non, comme certains auteurs l'ont récemment prétendu, d'une hydro-péritonite. Ce fait présente un autre intérêt, celui de la thérapeutique employée ; M. Dujardin-Beaumetz, après avoir rappelé le travail de Ribeton sur la curabilité de la cirrhose, fait remarquer que c'est le plus souvent à la suite d'une crise (diarrhée abondante par exemple) qu'on observe cette guérison ; il rappelle, en outre, que le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines) a récemment préconisé l'hippurate de chaux chez les malades atteints de cirrhose.

M. Dujardin-Beaumetz avait employé chez ce malade le sirop suivant :

Acide hippurique.....	25 grammes.
Lait de chaux.....	q. s. pour neutraliser.
Eau de chaux.....	500 grammes.
Sirop de sucre.....	600 —
Alcoolat de citron.....	4 —

On administre ce sirop par cuillerée à bouche, de manière à donner 4 à 8 grammes d'hippurate de chaux par jour. Cette médication, qui n'est nullement dangereuse, peut être essayée, bien que M. Beaumetz ne lui reconnaisse aucune propriété curative.

Quant à la ponction de l'ascite dans la cirrhose, les médecins varient d'opinion : les uns pratiquent la ponction dès que l'ascite a pris un certain développement ; les autres n'interviennent qu'en présence de phénomènes de compression et d'asphyxie. Il y a là une question d'*opportunité thérapeutique* des plus importantes : on a vu l'amélioration, voire même la guérison, se produire après la ponction et l'évacuation du liquide ascitique. M. Dujardin-Beaumetz est donc d'avis de ponctionner dès qu'il existe une certaine quantité d'ascite et d'agir ensuite suivant la rapidité avec laquelle l'ascite se reproduira.

— La séance est levée à cinq heures un quart, et la Société s'ajourne au mois d'octobre. G. L.

COURRIER

Académie de médecine. — Prix proposés pour l'année 1888 :

Prix de l'académie : 1,000 francs. — Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.*

Prix Amussat : 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Capuron : 1,000 francs. — Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.*

Prix Civrieux : 1,000 francs. — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

Prix Desportes : 1,300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

©BIU Santé

Prix Falret : 1,500 francs. — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

Prix Ernest Godard : 1,000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Itard : 2,000 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

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

Prix Orfila : 4,000 francs. — Question : *Du venin de la vipère.*

D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

« Que devient ce poison après avoir été absorbé ? Dans quels organes séjourne-t-il ? A quelles époques est-il éliminé et par quelles voies ? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions ? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque ? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets ? Enfin, quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort ?

« Des expériences seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendrait inerte ou beaucoup moins actif ? »

Prix Portal : 1.000 francs. — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

Prix Stanski : 1,800 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois : 800 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1888 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Clinique médicale. — M. Landouzy, agrégé, remplaçant pendant les vacances M. le professeur Hardy à la Charité, commencera le mardi 24 août, à dix heures, des Leçons cliniques qu'il continuera les samedis et les mardis suivants. — Visite tous les jours à neuf heures.

Un **DOCTEUR**, rompu à la clientèle civile, se tiendrait à la disposition de confrères ayant besoin d'un remplaçant. — S'adresser aux bureaux du Journal.

Manuel de technique des autopsies, par Bourneville et Bricon. 1 vol. in-32 raisin de xii-240 pages, orné de 16 fig. et de 5 plans. — Prix : broché, 2 fr. 60; cartonné, 3 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie du « Progrès médical », 14, rue des Carmes, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Dubuc : Cystite survenue au septième mois de la grossesse, ayant persisté avec aggravation à la suite de l'accouchement. Guérison par les instillations du nitrate d'argent. — II. L.-H. Petit : Association française pour l'avancement des sciences. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Cystite survenue au septième mois de la grossesse, ayant persisté avec aggravation à la suite de l'accouchement. Guérison par les instillations de nitrate d'argent.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, le 24 juillet 1886.

Par le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

La cystite, dans ses rapports avec la grossesse, a été étudiée, il y a quelques années, par M. Eugène Monod dans un mémoire qu'ont publié les Annales de gynécologie (nos de mars, avril et mai 1880).

La question est venue presque au même moment (séance du 10 mars 1880) devant la Société de chirurgie, à l'occasion d'une communication de M. Terrillon. Les divers membres, qui ont pris la parole à cette occasion, ont été d'avis, sauf M. Desprès, que la grossesse pouvait dans certains cas déterminer l'apparition d'une cystite.

M. Boissard, dans le travail qu'il avait envoyé à notre Société pour le concours du prix Duparcque, a consacré un bon chapitre au même sujet, avec faits nouveaux à l'appui ; de sorte que la variété étiologique de cystite qui nous occupe ne saurait être mise en doute.

Quant au mécanisme de production de la maladie, on peut admettre, soit la congestion de voisinage, soit la compression ; le premier mode pouvant être invoqué dans les cystites du début de la grossesse et le second dans celles qui se montrent pendant les derniers mois. L'observation qui va suivre se rapporte à cette dernière catégorie.

Mme ... m'est adressée le 27 février 1886 par mon confrère et ami le docteur Neubauer.

FEUILLETON

CAUSERIE

Encore l'alcool.

Endormie par les vacances de l'Académie de médecine, la question de l'alcool vient d'être réveillée, non sans bruit, par un article de M. Fournier de Flaix, publié dans la *Revue scientifique* sous le titre : *L'Alcool et l'alcoolisme*. Avec une louable impartialité, la Revue rose a donné l'hospitalité dans ses colonnes à ce travail qui bat en brèche toutes les idées reçues sur l'alcoolisme. L'argumentation en est séduisante, les documents en sont puisés aux sources pures de la statistique; mais le but en est regrettable, et, pour tout dire, ce travail fait l'effet d'une de ces fantaisies qu'on appelle des *pétards* dans l'argot littéraire. Aussi la rédaction de la *Revue* a-t-elle accompagné l'article de plusieurs notes par lesquelles elle dégage explicitement sa responsabilité des opinions émises par l'auteur.

Ce que déplore en commençant M. Fournier de Flaix, c'est que l'alcool soit en train de passer à l'état de victime de l'opinion publique, victime que l'on charge de tous les malheurs de la Société, en même temps qu'on veut lui soutirer des monceaux d'or; ce fait qu'un fléau, comme l'alcool, puisse enrichir les gouvernements, est signalé par

©BIU Santé

Agée de 28 à 30 ans, d'une bonne santé habituelle, elle a eu une première grossesse il y a sept ans, sans éprouver aucun trouble vésical.

Devenue de nouveau enceinte en 1885, elle a commencé, au début du septième mois, à être tourmentée par des besoins fréquents d'uriner s'accompagnant à la fin de la miction d'une vive douleur, rapportée au col de la vessie ; ces besoins revenaient toutes les heures, aussi bien la nuit que le jour. L'urine n'a pas tardé à être troublée par du pus.

Les trois derniers mois de la grossesse ont été fort pénibles du fait de cette cystite. A aucun moment, il n'y a eu de rétention d'urine.

L'accouchement a eu lieu à la fin de décembre et s'est terminé, après un travail long et difficile de 48 heures, par l'expulsion d'un enfant mort-né dont la grosseur était, paraît-il, fort au-dessus de la normale.

Il y a eu rétention du délivre qu'il a fallu aller chercher avec la main.

L'accouchement accompli, les symptômes de cystite ont tout d'abord paru vouloir s'amender ; mais, au bout de quelques jours, ils se sont manifestés de nouveau, avec cette différence que, si les mictions étaient un peu moins fréquentes, les douleurs qui les accompagnaient et les terminaient, avaient en revanche augmenté d'acuité, avec expulsion habituelle d'un petit caillot de sang. L'urine continuait de renfermer du pus.

La voiture et la marche amenaient un sentiment de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Les sondages provoquaient une vive douleur au niveau du col et suffisaient à déterminer l'expulsion d'une certaine quantité de sang. On avait dû renoncer à des tentatives de lavage avec la solution d'acide borique, parce qu'il en était résulté de l'hématurie.

Les agents médicaux, tels que boissons émollientes, stigmates de maïs, perles d'essence de térébenthine, etc. ayant d'autre part échoué, M. Neubauer m'adressait sa malade pour avoir mon avis sur les moyens qu'il conviendrait d'employer.

Je ne constatai aucune lésion du côté de l'utérus ou de ses annexes ; il y avait seulement un peu d'antéversion. La muqueuse vaginale n'était le siège d'aucune inflammation, non plus que le canal de l'urèthre.

---

l'auteur comme une contradiction, une antinomie. « Comment l'alcool, dit-il, pourrait-il « être à la fois une source de calamité et une source de richesse pour l'humanité ? La « richesse ne consiste-t-elle pas dans les objets appropriés à la satisfaction des besoins « de l'homme? » Mais non, certainement non, la richesse du Trésor public, alimenté par les impôts, n'est pas entretenue seulement par les objets qui servent aux besoins naturels et légitimes de l'homme ; les impôts prennent leur bien partout où ils le trouvent, et frappent aussi bien sur les passions que sur les besoins de l'homme ; l'opium en est un exemple, cité par la *Revue* en réponse à son rédacteur ; les douanes anglaises, en Orient, vivent des droits sur l'opium, et pourtant ce n'est pas pour le bien-être des Chinois qu'on en facilite le commerce ; chez nous, le tabac est dans le même cas et représente un de nos impôts les plus fructueux, fourni également par un produit de nécessité plus que douteuse. Si le budget voulait se contenter des objets de première nécessité pour se mettre en équilibre, il arriverait de deux choses l'une : ou que le budget resterait court avec un déficit épouvantable, ou que les choses indispensables à la vie seraient écrasées de taxes si fortes que les millionnaires seuls pourraient manger un croissant avec leur café au lait. Les budgets n'y regardent pas de si près ; tout leur est bon, et ils protègent avec la même tendresse nos vices et nos vertus, pourvu que cela leur rapporte. Il est donc tout naturel que les gouvernements cherchent des ressources dans l'alcool, comme ils en trouvent déjà dans les billards, les chiens, les courses de chevaux, les spectacles, les permis de chasse, et la prostitution.

En pressant avec le doigt sur la paroi vaginale supérieure, je déterminais une vive douleur au niveau du col et de la région avoisinante de la vessie.

L'introduction d'une sonde de femme en argent de moyen calibre (n° 14) fut douloureuse, surtout au niveau du col. Il s'écoula de l'urine trouble, purulente. Au moment où je voulus retirer la sonde, je la sentis comme saisie par une contraction du col, la douleur devint extrêmement vive et se prolongea un certain temps. Les dernières gouttes d'urine ramenées dans la sonde étaient teintées de sang.

Je constatai que l'urine rougissait faiblement le papier bleu de tournesol, qu'elle contenait de nombreux leucocytes (examen microscopique), et que, comme toute urine purulente, elle laissait précipiter un peu d'albumine par l'action de la chaleur et de l'acide nitrique.

L'état général de la malade n'était pas mauvais; toutefois, elle avait pâli et se sentait fatiguée par suite de la période de souffrance prolongée et de privation de sommeil qu'elle venait de traverser.

En fait d'antécédents morbides personnels, je n'en trouvais aucun. En ce qui concernait ses parents, elle me dit que sa mère avait souffert de douleurs rhumatismales, qu'un de ses frères plus jeune qu'elle en avait souffert également; elle se bornait, elle, à ressentir vivement les variations de température.

Le diagnostic de cystite, avec prédominance de la localisation au niveau du col étant ainsi bien établi, je conseillai, tout en continuant d'avoir recours à titre d'adjuvant aux balsamiques et aux tisanes habituelles, de pratiquer, la vessie vide, des instillations, au voisinage et dans l'intérieur du col, avec la solution de nitrate d'argent au 50e, et plus tard avec la solution au 25e, si la première était insuffisante. J'indiquais, en outre, en cas d'échec, l'utilité de recourir à la dilatation forcée du col, la malade, au préalable, endormie.

Le 17 mai, c'est-à-dire près de trois mois après la première visite, la malade m'était de nouveau adressée par M. Neubauer.

*
* *

Quant à l'influence de l'alcool sur les mouvements de la population, M. Fournier de Flaix arrive, par des maniements de chiffres, à des conclusions tout à fait surprenantes. Il dit, et il prétend montrer par des tableaux, que la natalité est moindre et la mortalité plus grande dans les départements à faible consommation d'alcool; que la criminalité et les suicides ne sont pas proportionnels à la consommation d'alcool. De sorte que, selon l'auteur, l'alcool serait un agent de prospérité, de fécondité et de vertu; « Ainsi, toutes les hypothèses sont renversées; en définitive, ce sont les peuples les plus « forts en vitalité, les plus riches, les plus moraux qui consomment le plus d'alcool. » Cette formule ne prouve qu'une chose : c'est qu'on fait dire aux chiffres tout ce qu'on veut, et le travail de M. Fournier de Flaix tournera moins, je crois, à la gloire de l'alcool qu'à la confusion de la statistique; si c'est un vilain tour qu'il a voulu jouer à la statistique, il a complètement réussi. On peut trouver plus de naissances et moins de mortalité dans les départements qui consomment beaucoup d'alcool; on peut trouver la natalité de la Russie double de celle de la France, malgré une consommation d'alcool quatre fois supérieure en Russie : cela ne contredit en rien les effets connus de l'alcool sur l'individu et sur sa descendance. Il serait même facile de retourner ces arguments et d'envisager une forte consommation d'alcool comme la conséquence d'une forte population, plutôt que la forte population comme une conséquence de l'alcool; de même pour les rapports de la richesse avec la consommation d'alcool; les populations riches

©BIU Santé

Malgré les exhortations de son médecin, elle s'était obstinément refusée à laisser tenter l'emploi des instillations de nitrate d'argent, sur la foi de récits ridicules qu'on lui avait faits, dans son entourage, du danger de cette pratique; on avait dû se contenter des moyens médicaux déjà employés.

Ses souffrances, loin de diminuer, s'étaient encore aggravées. Les besoins revenaient toutes les heures, parfois toutes les heures et demie; il y avait expulsion de petits caillots et douleur extrêmement vive à la fin de la miction, et cette douleur terminale, loin de se calmer comme précédemment, s'exaspérait dans l'intervalle des mictions et prenait le caractère d'une véritable crise névralgique du col vésical.

La malade n'osait presque plus marcher dans la crainte d'exaspérer cette douleur si vive et, la nuit, elle était privée de sommeil.

L'urine continuait de renfermer du pus.

C'est vaincue par la souffrance qu'elle venait se soumettre à l'emploi du moyen que je lui avais conseillé dès sa première visite chez moi.

La voyant si nerveuse et si craintive, je commençai cette première fois par instiller, la vessie préalablement vidée, quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100 dans le voisinage du col, dans le col même et dans l'urèthre; au bout de cinq minutes, je fis dans les mêmes points l'instillation d'une vingtaine de gouttes de la solution argentique au 50e.

La souffrance fut, sur le moment, très modérée; il y eut presque tout de suite, après l'instillation, une miction peu douloureuse.

Le 20 mai, la malade revenait me trouver. L'amélioration était déja notable; ainsi les crises névralgiques du col, ressenties auparavant dans l'intervalle des mictions, avaient disparu; les besoins étaient moins pressants et ne revenaient que toutes les deux heures; il n'y avait plus eu d'expulsion de caillots; l'urine renfermait moins de pus. La douleur de la fin de la miction persistait encore, mais atténuée.

La malade ne redoutait plus du tout la petite opération qui lui avait procuré un grand soulagement au prix d'une souffrance très modérée. Je pro-

---

boivent plus d'alcool parce qu'elles en ont les moyens, mais ce n'est pas l'alcool qu fait leur richesse. On voit que les principales conclusions de M. Fournier de Flaix sont aussi soutenables à l'envers qu'à l'endroit. Mais, dans son enthousiasme d'apôtre pour l'alcool, il va jusqu'à y trouver la raison de la puissance d'émigration de certains peuples; les peuples émigrants seraient les plus grands buveurs d'alcool. N'est-ce pas aussi les peuples les moins heureux chez eux qui ont le plus de tendance à s'alcooliser et à s'expatrier? Ici encore, rien n'est moins justifié que ce rôle d'agent de colonisation attribué à l'alcool.

***

Il était déjà connu que la statistique peut être la mère de toutes les illusions, de toutes les erreurs, et l'article de M. Fournier de Flaix est écrasant pour elle à ce point de vue. Que ses chiffres soient vrais, c'est ce que je ne mets point en doute; que ses conclusions soient spécieuses et paradoxales, c'est l'opinion qu'elles sont destinées à provoquer universellement. Des départements ou des pays peuvent avoir une forte natalité malgré l'alcool, mais pas à cause de l'alcool. De même pour la criminalité, dont l'alcool n'est pas le seul modificateur; bien des causes complexes interviennent dans ces éléments de l'existence physique et morale d'un peuple: le vice de la statistique est précisément d'isoler alternativement l'une ou l'autre de ces causes, de la mettre brutalement à côté des chiffres, et d'établir ainsi un rapport de cause à effet qui ne regarde qu'une face de la question; c'est une opération d'arithmétique aussi fausse qu'une

cédai à la nouvelle instillation avec la même solution au 50e, la vessie vide, mais sans emploi préalable de la cocaïne. La quantité injectée fut encore d'une vingtaine de gouttes, sur les mêmes points que précédemment.

La douleur ressentie, pendant l'instillation et à la suite, fut beaucoup plus vive que la première fois. La malade dut uriner deux fois dans un intervalle de quelques minutes; elle n'expulsa bien entendu chaque fois que quelques gouttes de liquide, non teintées de sang.

Le 24 mai, jour où la malade revint pour une troisième instillation, l'amélioration s'était encore accentuée. Elle pouvait rester trois heures sans uriner, ne souffrait presque plus en finissant, n'éprouvait plus lorsqu'elle était debout la sensation douloureuse du col qui lui avait rendu pendant longtemps la marche difficile; elle dormait mieux. Le moral était devenu excellent. J'instillai cette fois trente gouttes de la solution au 50e, la vessie vide.

J'ai encore fait des instillations à cette malade le 29 mai (celle-ci après que les règles venaient de se terminer), les 2, 5, 8 et 16 juin. J'ai employé jusqu'au bout la solution au 50e, mais en augmentant les doses, c'est-à-dire en les portant jusqu'à une soixantaine de gouttes. Concurremment, la malade a continué de prendre, soit du santal, soit des pilules composées de térébenthine cuite et d'acide benzoïque, c'est-à-dire des médicaments qui à eux seuls s'étaient montrés radicalement impuissants contre la cystite. J'y ai ajouté de l'eau d'Orezza aux repas à titre de reconstituant.

Lors de la dernière instillation, le 16 juin, il restait à peine un peu de sensibilité à la fin de la miction; l'urine était encore légèrement trouble; les besoins ne revenaient plus que toutes les quatre heures.

Cette dame se considérait comme guérie. Il avait été convenu qu'au moindre retour offensif, je serais prévenu; n'ayant pas reçu de ses nouvelles depuis, j'en conclus que la guérison s'est confirmée.

---

addition où l'on négligerait la colonne des centaines. Pour différentes raisons tenant à la constitution du milieu social, les crimes peuvent n'être pas plus nombreux dans un pays où l'on boit beaucoup que dans un pays où l'on boit peu ; mais ce que l'on sait, ce que l'on voit, c'est que dans l'un et dans l'autre une forte proportion de crimes est imputable à l'ivresse ou à l'alcoolisme.

* * *

M. Fournier de Flaix est d'ailleurs, par lui-même, plus optimiste encore que la statistique ; il ne se contente pas des chiffres qui lui semblent établir l'action bienfaisante de l'alcool ; il croit à cette action, il bénit l'alcool comme le régénérateur des peuples, et quand il cesse de faire parler les chiffres pour prendre la parole en son propre nom, c'est pour couvrir de fleurs ce fléau qui « loin de dévaster les générations, commence par les arracher à la mort ». Que l'alcool ait sa place dans les armoires de toutes les ménagères, qu'elles le manient comme l'eau, le matin pour faire chauffer le café, le soir pour le thé, cela ne concerne pas directement la valeur alimentaire de l'alcool ; de même pour les usages industriels de l'alcool, qui est employé pour les vernis, les teintures, les savons, la parfumerie, les couleurs, les dorures, etc. Tout ce qui est utile dans l'industrie n'est pas bon à boire ni à manger, et cette énumération des usages de l'alcool comme produit chimique n'a rien à faire avec ses effets sur l'organisme. L'argument que tire M. de Flaix des usages thérapeutiques de l'alcool ne me paraît pas plus heureux ; oui, l'alcool est un médicament de premier ordre, mais la stimulation momentanée qui le

©BIU Santé

Association française pour l'avancement des sciences

CONGRÈS DE NANCY.

Section des sciences médicales. — Séance du 14 août 1886.

Le lupus, lésion caractéristique de la scrofulose grave, étant habité par un bacille, la question se pose de savoir si les lésions de la scrofulose bénigne renferment aussi des microbes. En étudiant les types des scrofulides bénignes (impétigo, acné pilaris des paupières, etc.), MM. Duclaux et Boucheron y ont trouvé des microcoques qui, cultivés et préparés dans des bouillons ont donné lieu chez le lapin à des lésions qui représentent l'impétiginose interne expérimentale : exsudats remplis de microcoques séreux ou fibrineux ou quelquefois purulents des articulations ; péricardites, pleurésies, péricardites peuplées de microcoques, abcès divers, etc., toutes lésions qui rappellent les accidents déjà notés en clinique comme dépendant de la scrofulose interne. Les voies naturelles sont peu propices à l'introduction pathogène de ces microcoques.

Cependant il convient de remarquer, comme l'ont fait MM. Verneuil et Bouchard, que la scrofule ne donne pas lieu d'ordinaire à des lésions viscérales aussi graves et aussi nettes, et qu'il se pourrait bien que ces lésions fussent dues à l'introduction dans l'économie, par la lésion impétigineuse servant de porte d'entrée, d'autres microbes pyogènes, ce qui d'ailleurs se voit assez souvent pour d'autres affections microbiennes. A la vérité, répond M. Boucheron, ce n'est pas possible, mais la localisation des lésions musculaires dans le muscle psoas rencontrée chez beaucoup des animaux en expérience, est en quelque sorte pathognomonique de la scrofule expérimentale, et peut-être pourrait-on expliquer ainsi la déviation de la colonne vertébrale chez un certain nombre de jeunes scrofuleux, sans mal de Pott appréciable; — hypothèse que M. le professeur Herrgott trouve un peu excessive.

Le traitement des fièvres intermittentes rebelles a valu une intéressante improvisation de M. le docteur J. Rochard.

Depuis les expéditions du Tonkin, de Madagascar et du haut Sénégal, et les travaux exécutés à Panama, on observe en France, et surtout à Paris, un assez grand nombre de fièvres intermittentes rebelles et de cas de cachexie paludéenne contractés dans ces contrées insalubres. Les médecins qui ne sont pas familiarisés avec ces affections les traitent exclusivement par le sulfate de quinine, et quand les malades viennent nous consulter, ils en sont saturés et ne savent plus s'ils ont ou non la fièvre. Il faut, dans

---

rend si précieux contre certaines maladies fait aussi son danger dans l'état de santé. Que vous souteniez utilement les forces d'un malade par l'alcool pour l'aider à franchir une pneumonie ou une fièvre typhoïde, cela ne veut pas dire que toujours on aura raison de boire de l'alcool ; la maladie, c'est l'exception, et la valeur d'une substance comme médicament est plutôt contraire que favorable à sa valeur pour un usage continu.

« Si j'entre dans les hôpitaux, dit M. Fournier de Flaix, je vois l'alcool au chevet de la plupart des malades ». Pour ma part, quand j'entre dans les hôpitaux, je n'y éprouve pas la moindre envie de m'abreuver des fioles que je vois sur la tablette des lits, quoiqu'elles contiennent certainement des choses excellentes pour les malades.

Si l'alcool réveille le courage des mineurs dans les journées pluvieuses et froides, c'est aux dépens de leur estomac et de leur cerveau; ce qu'on obtient par l'alcool, c'est toujours le lendemain sacrifié au jour présent; et la rédaction de la *Revue scientifique* a eu raison de protester contre les louanges données à l'alcool pour son utilité parmi les troupes en campagne : la médecine d'armée, dans tous les pays, condamne les distributions de boissons alcooliques comme aussi contraires à la santé qu'à la discipline des troupes. Parmi les hommes d'Etat et les savants, les uns prennent de l'alcool; mais il n'est pas indispensable à leurs travaux, comme le voudrait M. de Flaix, puisque M. Chevreul, dont on va célébrer le centenaire, n'a jamais bu autre chose que de l'eau pendant toute sa vie, c'est-à-dire pendant cent ans.

Ce qui domine le débat, ce dont les statistique de M. Fournier de Flaix ne tiennent

ces cas, suspendre le sulfate de quinine, en le réservant pour les accès à venir et lui substituer le quinquina en poudre et en électuaire à la dose de 10 à 15 grammes par jour, l'arséniate de soude à la dose de 1 milligramme par repas, et l'hydrothérapie, lorsque l'état des voies respiratoires en permet l'emploi. S'il survient un accès de fièvre, on donne immédiatement après 1 gramme de sulfate de quinine, on continue pendant les trois jours qui suivent en diminuant les doses, et si les accès deviennent réguliers, on l'administre huit ou dix heures avant. Dans tous les cas, on reprend le traitement indiqué dans l'intervalle. Le régime doit être réparateur, mais varié. Le séjour à la campagne, l'exercice au grand air sont des adjuvants utiles.

M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne), revient sur son mode de traitement de la diphthérie, qu'il n'a jamais abandonné, quoi qu'on en ait dit récemment; il a seulement ajouté aux fumigations de goudron, de gaz et d'essence de térébenthine les évaporations, et dans certains cas le badigeonnage de la gorge avec l'essence de térébenthine. La statistique actuelle de M. Delthil se compose de 134 cas, dont 26 guérisons. Au point de vue prophylactique, les résultats ne sont pas moins brillants, puisque sur 670 personnes qui ont assisté les malades, 3 seulement ont été atteintes par la contagion. L'orateur insiste encore sur la propagation de la diphthérie de la volaille à l'homme, et réciproquement, et de nombreux cas observés en conclut que la durée de l'incubation de la diphthérie est de cinq jours.

MM. Bouchard et Verneuil citent également une relation manifeste entre des affections ayant dépeuplé les poulaillers et l'éclosion de la diphthérie; les poules meurent de la pépie, et, en Angleterre, cette relation a été remarquée de longtemps, puisque la *pépie* en anglais se dit *croup*. Il n'y aurait d'ailleurs rien d'étonnant à voir la diphthérie venir des volailles, puisqu'on sait que les animaux nous donnent déjà plusieurs affections microbiennes : la rage, la morve, le charbon, le horse-pox, peut-être aussi le tétanos, etc.

M. Pamard rapporte une observation dans laquelle un enfant de 5 ans, atteint de croup et considéré comme perdu, à tel point qu'on ne voulut pas pratiquer la trachéotomie, fut soumis par acquit de conscience au traitement de M. Delthil, et guérit.

M. le docteur Leudet (de Rouen) a observé deux cas de zona chronique, forme signalée comme rare par Verneuil, chez deux malades atteints de tuberculose pulmonaire au moment d'une recrudescence des poussées tuberculeuses. La lésion cutanée provoquait des ulcérations nouvelles, des cicatrices, avec ou sans pseudo-phlegmon. Cet état peut se continuer pendant trois et même six mois, et provoquer le développement de ché-

---

aucun compte, c'est l'action de l'alcool sur l'homme, et là-dessus l'observation médicale de tous les jours en dit plus long que des volumes de chiffres. Il est prouvé, indubitablement :

1° Que l'alcool, stimulant de premier ordre, est aussi un poison : l'anatomie pathologique en fait foi; les dégénérescences de l'alcoolisme sont l'œuvre d'un poison, dans toute la force du terme;

2° Que l'alcoolisme est la cause, soit déterminante, soit aggravante d'un très grand nombre d'états morbides dans la population des hôpitaux;

3° Que l'alcoolisme est une cause avérée de crimes et de suicides;

4° Que les alcooliques sont frappés eux-mêmes et dans leur descendance, qui naît avec des aptitudes morbides évidentes;

5° Que les alcools industriels ont un pouvoir toxique très supérieur encore à celui de l'alcool de vin, ce dernier étant un poison lent, les autres des poisons d'emblée.

Il m'a paru utile de mettre ces vérités en opposition avec la doctrine habilement tirée de la statistique par M. Fournier de Flaix, doctrine qui deviendrait, si elle faisait des prosélytes, une aggravation redoutable des dangers trop réels de l'alcoolisme.

P. DUBRAY.

©BIU Santé

loïdes et s'accompagner de névrite noueuse. La tuberculose pulmonaire, l'irritation causée par la fistule pleurale après l'empyème, peuvent provoquer le développement du zona à distance, comme au front. Lorsque le zona récidive sur le même sujet, il peut le faire dans les mêmes régions ou dans des régions différentes.

M. le docteur Dubousquet-Laborderie a fait l'étude des amygdalites infectieuses, dont l'évolution clinique est la suivante : Un sujet débilité par une cause quelconque est pris brusquement de frisson, de fièvre vive avec courbature, et souvent lumbago insupportable, anorexie et céphalée, en même temps qu'il ressent une douleur vive dans la bouche et le pharynx, avec douleur et gêne de la déglutition. Il n'y a pas trace de production herpétique ou diphthéritique sur les amygdales, toujours hypertrophiées dans ce cas. Les ganglions sont engorgés et sensibles; l'urine contient de l'albumine et des bactéries. Les malades ne reviennent complètement à la santé qu'après la disparition de tous les accidents locaux et généraux, et surtout de l'albuminurie.

Le traitement doit être antiseptique; c'est surtout à la quinine et à la résorcine qu'il faut avoir recours. Un vomitif au début est utile et, dans le cours de la maladie, les toniques sont absolument indiqués, ainsi que le lait contre les déterminations rénales. Comme traitement préventif, on supprimera les amygdales hypertrophiées, porte d'entrée de l'infection, par l'ignipuncture, qui donne les meilleurs résultats.

M. le docteur Paul Reclus a fait très éloquemment la comparaison entre les méthodes de Faget et de Foubert pour le traitement des abcès de la marge de l'anus; l'une consiste, comme on sait, à traiter l'abcès comme la fistule externe, à laquelle il donne presque toujours naissance; l'autre à en faire l'incision simple. M. Reclus, avec nombreuses preuves à l'appui, se prononce pour l'opération immédiate de la fistule, après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès.

A propos d'un cas de spasme du larynx survenu chez un malade atteint de phthisie laryngée, et qui a nécessité la trachéotomie, M. Gouguenheim reprend la question des accidents attribués à la paralysie des dilatateurs de la glotte; il montre que cette affection, à laquelle on a voulu faire jouer un si grand rôle dans ces dernières années, semble être battue en brèche par des travaux plus modernes; elle est rare, et il est probable que la contracture des muscles du larynx provoque l'apparition des phénomènes redoutables attribués avec trop de précipitation à la paralysie.

M. Rohmer (de Nancy) a opéré la maturation artificielle de la cataracte dans dix cas. Il s'agissait de cataractes séniles incomplètement mûres, dont il acheva l'opacification des couches corticales par la discision de la cristalloïde antérieure, l'évacuation de l'humeur aqueuse à travers l'ouverture de la piqûre, puis le massage. Dans tous les cas, opérés en moyenne, trois jours après la maturation artificielle, le résultat fut excellent, en ce sens qu'immédiatement après l'extraction, la pupille apparut noire et resta telle les jours suivants. Dans un onzième cas, il dut recourir plusieurs fois à la discision et, finalement, à l'iridectomie, puis après l'extraction du noyau à l'aspiration de Redard pour enlever le reste des masses corticales; le résultat fut encore excellent.

Une communication de M. le docteur Deshayes (de Rouen), sur la récidive de la fièvre typhoïde, souleva une intéressante discussion à laquelle prirent part MM. Bernheim, Maurel, Rochard, Layet et Bouchard.

M. Deshayes s'étonne de ne pas voir une première atteinte de fièvre typhoïde, comme on l'admet pour les maladies infectieuses, mettre à l'abri des récidives. Dans deux cas qu'il vient d'observer, il ne s'agit pas, en effet, de fièvre relapse, de réitération, mais bien de récidive dans l'acception du mot, c'est-à-dire que les malades ont présenté, à trois ans de distance, deux fois la fièvre typhoïde. M. Deshayes croit que cette affection tend depuis quelques années à changer d'allures.

M. Bernheim croit qu'une première atteinte de fièvre typhoïde ne confère pas l'immunité, du moins à Nancy, où les récidives sont fréquentes, et il a soin d'établir une différence entre la rechute, qui est bien connue, et la récidive, qui l'est moins.

N'y aurait-il pas modification de la maladie depuis l'époque à laquelle on l'a bien étudiée, il y a une cinquantaine d'années? demande M. Maurel. Ou bien y a-t-il erreur d'interprétation sur les rechûtes et les récidives? M. Bernheim pense que c'est toujours

©BIU Santé

la même maladie, mais que l'individu pourrait bien s'être modifié au point de vue de la réceptivité.

M. Rochard professe qu'il n'y a pas de maladie infectieuse qui confère l'immunité absolue ; pour toutes c'est une affaire de degré, et l'immunité diffère pour chacune d'elles ; à la vérité, les récidives paraissent plus fréquentes actuellement qu'il y a 40 ans. Il faut tenir compte aussi de ce fait que les enfants qui ont vécu dans les milieux infectés, comme à Toulon par exemple, résistent mieux, quand ils arrivent dans les casernes, aux attaques de la fièvre typhoïde que les enfants des campagnes.

M. Layet expose une théorie différente. Pour lui les récidives existent parce que l'immunité s'éteint, et s'éteint d'autant plus que l'individu est plus jeune. Pour la variole par exemple, les récidives sont fréquentes puisque chez les sujets revaccinés il y en eut 45 p. 100 chez lesquels la vaccine réussit ; l'immunité première va de 1 à 6 ans, par exemple ; puis de 6 ans à l'âge adulte, puis de l'âge adulte à la vieillesse ; les récidives sont de moins en moins nombreuses à mesure que l'on avance en âge ; cela tient à ce que la modification du corps a lieu par désassimilation plus rapide des éléments organiques chez l'enfant que chez le vieillard.

Il faut tenir aussi compte de l'accoutumance de l'organisme aux infections, comme l'a dit M. Rochard ; ainsi, dans les pays intertropicaux, cette accoutumance, suite d'une première atteinte, met jusqu'à un certain point à l'abri de la fièvre jaune, non de toute atteinte nouvelle, mais du moins des formes graves. M. Maurel exprime la même idée d'une autre manière, en disant qu'il y a aussi une sorte d'accoutumance qui résulte non d'une atteinte grave, mais d'une série d'atteintes faibles traduites par de petites indispositions, des embarras gastriques plus ou moins fébriles, qui finissent par donner à l'organisme une grande résistance contre les formes graves de la maladie infectieuse.

D'une manière générale, dit M. Bouchard, les récidives des maladies infectieuses sont fréquentes ; elles sont d'au moins 20 p. 100 en temps d'épidémie ; mais elles sont plus courtes et moins graves que la première atteinte. Pour la fièvre typhoïde, elle confère sans doute l'immunité, mais celle-ci est moins grande qu'on ne le croit communément, moins certainement que pour la scarlatine, la variole et la syphilis. A ce point de vue, la fièvre typhoïde est comparable à la rougeole, qui peut donner lieu à trois ou quatre attaques successives.

Y a-t-il modification de la maladie ? Oui sans doute, mais comment faut-il l'interpréter ? Cela peut tenir à l'agent pathogène et à l'homme ; l'un diffère d'intensité suivant la latitude, suivant le nombre d'atteintes antérieures dans la race ; l'autre, par suite, ressent de moins en moins ses effets ; les premières atteintes des maladies infectieuses dans un pays sont terribles, elles varient de l'équateur au pôle ; d'autre part, l'immunité propre à l'individu atteint se transmet à ses descendants par voie d'hérédité, et si elle ne se traduit pas par l'immunité absolue, elle confère du moins une immunité relative, une atténuation de la maladie.

M. Landowski ajoute avec raison qu'il faut tenir compte de l'influence tellurique sur la gravité des maladies infectieuses, ainsi qu'il a pu l'observer en Sibérie pour des Russes atteints de syphilis en Turquie et au Caucase, et mourant de cette maladie, qui acquerait une gravité exceptionnelle dès qu'ils arrivaient en Sibérie,

M. le docteur Nepveu a démontré que l'examen microscopique du sang des sujets atteints de tumeurs mélaniques pouvait être d'un grand secours au chirurgien, et fournir une contre-indication précieuse à l'intervention chirurgicale. On trouve constamment chez ces malades des granulations mélaniques à l'état libre, des leucocytes devenus en tout ou en partie mélaniques, et des moules vasculaires mélaniques. Aussitôt que l'ablation de la tumeur est faite, les embolies vasculaires diminuent rapidement de nombre et d'importance, mais elles reparaissent en grande quantité lorsque la récidive survient. Une opération, même palliative, n'est donc pas sans résultat, et l'on comprend facilement quels troubles importants ces nombreuses embolies peuvent amener dans la circulation générale et surtout dans la circulation cérébrale, comme le démontre une des observations rapportées par M. Nepveu.

M. le docteur Seiler a traité, par les inhalations d'acide fluorhydrique, des tuberculeux

©BIU Santé

par séances journalières d'une heure, et répétées vingt, trente fois et même plus. Le procédé opératoire consiste à faire barboter de l'air, à l'aide d'un soufflet de bijoutier, dans un mélange d'eau et d'acide fluorhydrique, contenu dans un flacon de gutta-percha, dans les proportions suivantes :

Eau, 150 grammes; acide fluorhydrique, 50 grammes.

L'air chargé de vapeurs fluorydriques est chassé, dans la salle, dans la proportion d'environ dix litres par mètre cube. C'est dans cette salle que séjournent les malades.

Les résultats obtenus ont été les suivants : L'oppression et la dyspnée ont disparu après un nombre de séances variant de 1 à 10; — les quintes de toux ont été supprimées et remplacées par quelques accès; — les sueurs nocturnes ont disparu après un nombre de séances variant de 6 à 15; — le sommeil est redevenu bon et réparateur; — l'expectoration a été modifiée d'une manière très sensible; elle est devenue bronchique chez les uns et a changé de caractère chez les autres; — l'appétit est revenu très vite chez les uns (4 à 5 séances) lentement chez les autres (12 à 15 séances); le poids du corps augmentait en proportion; — du côté des voies respiratoires, les troubles organiques et fonctionnels s'amendent lentement, il est vrai, mais l'amélioration est indéniable.

Signalons, enfin, une communication de M. Defresne sur les effets de la pancréatine dans l'économie, après son arrivée par la voie stomacale.

M. le docteur Pamard (d'Avignon) a été élu président de la section des sciences médicales pour la session de 1887, à Toulouse, par 29 voix contre 17 données à M. le professeur Grasset (de Montpellier).

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Chauveau présente une note de MM. Cadéac et Malet, *sur la résistance du virus morveux à l'action destructive des agents atmosphériques et de la chaleur.*

« Nous avons d'abord cherché à réaliser les conditions naturelles qui, dans la pratique, détruisent le virus morveux ou en assurent la conservation, et nous avons examiné ainsi pendant combien de temps la virulence persiste : 1° dans les humeurs desséchées plus ou moins rapidement, et dans le poumon abandonné à l'air libre à diverses époques de l'année; 2° dans les humeurs placées dans une atmosphère saturée d'humidité à la température ambiante; 3° dans les humeurs étendues d'eau. Puis, nous avons étudié le degré de résistance du virus morveux à la chaleur.

« 1° *Influence de la dessiccation.* — La résistance du virus morveux à la dessiccation varie suivant que celle-ci est lente ou rapide, que le milieu est froid ou chaud, sec ou humide. Dans l'enceinte d'une salle, telle que le laboratoire, où les écarts de température et d'état hygrométrique de l'air sont très atténués par le foyer, la respiration, etc., la virulence du jetage morveux ou du pus farcineux, étalé en mince couche sur des verres de montre, s'est toujours conservée le même temps, quelle que fût la saison : actif après deux jours, le virus desséché s'est montré inactif le troisième jour.

« Dans l'air extérieur, au contraire, nous avons vu le jetage morveux tantôt inoffensif le troisième jour, tantôt virulent le neuvième jour. Le premier cas a coïncidé avec l'été ou la fin du printemps (mois de mai), le second avec le commencement de l'hiver (décembre). Or le relevé des observations météorologiques correspondant à ces époques établit que, dans le premier cas, la température était élevée et l'air sec, tandis qu'elle était basse et l'air très humide dans le second. D'autre part, nous avons remarqué que la matière morveuse était absolument sèche dans tous les cas où le virus a été détruit, et qu'elle était molle en un ou plusieurs points quand elle s'est trouvée active.

« De ces données, nous concluons que : 1° le virus morveux perd sa virulence dans les humeurs exposées à l'air libre après complète dessiccation ; 2° qu'il est rapidement

détruit par un temps chaud et sec ; lentement, au contraire, dans les temps froids et humides.

« Ce même virus desséché brusquement par un séjour d'une à vingt-quatre heures dans une étuve dont la température oscille entre 31° C. et 40° C., conserve plus longtemps sa virulence que lorsqu'il est desséché lentement dans les conditions ci-dessus. C'est ainsi que, dans une de nos séries d'expériences, du jetage morveux, desséché rapidement par un séjour de deux heures dans une étuve à 31° C., a donné la morve après six jours, tandis qu'une partie de ce même jetage, placée à l'air libre extérieur, s'est montrée inactive au bout de trois jours. Donc la dessiccation complète respecte la virulence des humeurs morveuses quand elle est produite rapidement par une chaleur sèche, comme celle d'une étuve.

« La conséquence qui nous paraît découler de la différence qui existe entre les effets de la dessiccation brusque et ceux de la dessiccation lente, c'est que le facteur important, dans ce mode de destruction du virus morveux, n'est pas la suppression de l'eau, mais bien l'action de l'oxygène de l'air.

« Des fragments de poumons morveux, du volume des deux poings, perdent rapidement leur virulence à la périphérie, c'est-à-dire dans les parties entièrement desséchées ; mais ils peuvent la conserver longtemps dans les parties centrales à l'abri de la dessiccation. C'est ainsi que nous avons vu le poumon morveux transmettre la morve après quinze, dix-huit et même vingt-six jours d'exposition à l'air libre extérieur. Comme on le voit, la bactérie morveuse résiste longtemps à la putréfaction.

« 2° *Conservation de la virulence dans une atmosphère saturée d'humidité.* — Les humeurs morveuses, placées dans un milieu saturé d'humidité (chambre humide) à la température ambiante (celle de notre laboratoire), conservent longtemps leur activité. Inoculées après quinze, vingt, vingt-cinq et trente jours, elles ont fait développer la morve et sont restées inactives après ce temps.

« 3° *Conservation de la virulence dans les humeurs étendues d'eau.* — Le jetage morveux déposé dans les abreuvoirs peut conserver son activité jusqu'à dix-huit jours. Ainsi, nous avons réussi à tuer par la morve, en vingt jours, un cobaye inoculé avec du pus morveux mélangé depuis quinze jours à l'eau, dans la proportion de 1 partie de pus pour 150 parties d'eau.

« Mélangé avec une petite quantité de ce liquide, le virus morveux détermine la morve après dix-sept jours de conservation ; mais nous avons échoué au bout de vingt-deux jours.

« 4° *Action de la chaleur.* — La simple projection de l'eau bouillante sur le jetage morveux ne détruit pas sa virulence. Celle-ci est détruite quand on la plonge pendant deux minutes dans l'eau en ébullition. Toutefois il n'est pas nécessaire, pour détruire le virus morveux, de le soumettre à l'action d'une température aussi élevée. Ainsi, nous n'avons jamais pu transmettre la morve lorsque nous avons maintenu la matière virulente à une température de + 80° C. pendant cinq minutes ; nous avons obtenu un résultat positif et deux négatifs après l'action d'une température de 70° à 73° pendant cinq minutes. »

FORMULAIRE

PILULES ET SIROP DE SPARTÉINE. — Houdé.

1° Sulfate de spartéine.....	0 gr. 50 cent.

Excipient q. s. pour faire 50 pilules de 1 centigramme : 2 à 10 par jour.

2° Sulfate de spartéine.....	0 gr. 30 cent.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	300 grammes.

Faites dissoudre et mélangez. — 20 grammes de ce sirop renferment 2 centigrammes de sulfate de spartéine. — Les travaux de M. Germain Sée et de M. Laborde établissent que le sulfate de spartéine, prescrit en solution aqueuse à la dose de 0 gr. 10 centigr.,

©BIU Santé

produit des effets remarquables sur le cœur, sans troubler ni la digestion, ni le système nerveux. Il est indiqué chaque fois que le myocarde a fléchi, soit parce qu'il a subi une altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation. Lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, le sulfate de spartéine rétablit rapidement le type normal. Quand enfin la circulation est ralentie, le médicament paraît obvier immédiatement à ce trouble fonctionnel, tout en maintenant ou en augmentant la force acquise du muscle. — N G.

COURRIER

Les nominations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel médical de la Préfecture de police, par suite de la mort de M. Legrand du Saulle :

M. le docteur Garnier, premier médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du Dépôt, est nommé médecin en chef ; M. le docteur Legras, deuxième médecin-adjoint, passe premier médecin-adjoint et M. le docteur Rueff est nommé deuxième médecin-adjoint. De plus, M. le docteur Briand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés passe inspecteur titulaire en remplacement de M. le docteur Garnier, et M. le docteur Vallon est nommé inspecteur-adjoint des mêmes établissements d'aliénés.

Clinique médicale. — M. Landouzy, agrégé, remplaçant pendant les vacances M. le professeur Hardy à la Charité, commencera le mardi 24 août, à dix heures, des Leçons cliniques qu'il continuera les samedis et les mardis suivants. — Visite tous les jours à neuf heures.

Société helvétique des sciences naturelles. — La *Société helvétique des sciences naturelles* a tenu cette année à Genève sa 69e session. Celle-ci a été très brillante. Le 11 août, la section de médecine, réunie pour la circonstance à la *Société médicale de la Suisse romande*, a eu une longue séance dans laquelle on a entendu un grand nombre de communications fort intéressantes. Mentionnons particulièrement celles de M. d'Espine sur le diagnostic de la diphthérie au moyen de l'examen bactérioscopique de la fausse membrane ; de M. Dubois sur la résistance variable du corps humain au passage du courant continu de MM. Reverdin sur divers sujets de chirurgie ; de M. Monakow sur l'origine du nerf auditif, et de M. Lépine sur l'utilité de l'association de divers antiseptiques, notamment dans la médication antiseptique des organes parenchymateux. — Dans la section de physiologie on a entendu des communications de M. le professeur His sur le développement du tissu nerveux, de M. Löwenthal sur les dégénérations de la moelle, de M. Herzen sur les effets de l'ablation du corps thyroïde, et de M. le professeur Schiff sur ceux de la section du trijumeau.

Au banquet, qui a eu lieu au bâtiment fédéral, M. le professeur Prévost (de Genève) qui porte avec tant de distinction un nom illustre, a parlé en termes excellents de la nécessité pour les médecins de s'unir aux savants, adonnés aux sciences naturelles, et M. le conseiller d'État Carteret, auquel Genève est redevable de ses magnifiques établissements d'instruction, a éloquement rappelé que la base de l'instruction d'un peuple n'est pas l'enseignement primaire, comme certaines personnes le croient à tort, mais l'enseignement supérieur, vérité trop souvent méconnue chez nous, malgré les efforts des hommes les plus autorisés en cette matière, parmi lesquels il faut citer M. Berthelot.

Le lendemain, en séance générale, M. Alglave, professeur à la Faculté de droit de Paris, a fait une conférence sur l'alcoolisme, le docteur Dufour (de Lausanne) sur les causes de la cécité, et le professeur Fol sur la rage. (*Lyon médical*).

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Verneuil : Des effets différents de la contusion suivant l'état constitutionnel du blessé. — II. P. Le Gendre : L'antisepsie médicale. — III. Bibliothèque : Plantes médicinales de l'île Maurice et des pays intertropicaux. — IV. Revue des Journaux : Réflexes et névroses d'origine nasale. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique.

Clinique chirurgicale de la Pitié

Des effets différents de la contusion suivant l'état constitutionnel du blessé

Leçons cliniques par M. le professeur Verneuil.

Dans une précédente leçon, nous avons démontré que la contusion articulaire pouvait produire des arthropathies (coxalgies) de nature variable avec l'état constitutionnel du sujet. D'autres articulations que la hanche, et d'autres régions que les articulations, peuvent subir les effets fâcheux de la contusion, considérée comme cause déterminante de la localisation des diathèses ou des dyscrasies. Je vais en citer de nouveaux exemples.

Obs. I. — *Chute sur les genoux chez une rhumatisante; nouvelle attaque de rhumatisme généralisé.*

Caroline T..., 18 ans, belle constitution, bonne santé antérieure, entre une première fois dans mon service en septembre 1878 pour une arthrite rhumatismale mono-articulaire du genou droit, dernier vestige d'un rhumatisme polyarticulaire d'origine puerpérale, survenu un mois après l'accouchement. Les lésions sont assez sérieuses; la synoviale est épaissie et il existe une hydarthrose assez considérable. Traitement par la révulsion, l'immobilisation absolue avec compression, etc. La cure paraissant très avancée en janvier, la malade va en convalescence au Vésinet, y reste six semaines et en revient guérie en apparence, sauf persistance de quelques craquements articulaires dans les mouvements étendus, et d'un peu de faiblesse du membre, avec retour de quelques douleurs légères après une marche trop prolongée.

C... avait repris son travail, lorsqu'en mars 1879 elle fait une chute légère sur les genoux. Le droit étant redevenu rouge, gonflé et douloureux dès le lendemain, elle rentre à l'hôpital. On revient à l'immobilité et on électrise le triceps qui est notablement atrophié. Cette attaque, combattue dès l'origine, dure à peine vingt jours, au bout desquels C... demande à servir dans la salle à titre d'infirmière, profession assez fatigante, comme on sait.

Tout allait au mieux lorsque, le 24 mai, eut lieu une nouvelle chute encore légère sur les deux genoux. Le soir même, le droit redevient douloureux; le lendemain, la fièvre se rallume, et la malade reprend un lit dans la salle. Le 26 mai, je trouve l'articulation gonflée, rouge, douloureuse à la moindre pression et au plus petit mouvement. Le genou gauche lui-même commence à devenir sensible. Il y a une fièvre modérée avec anorexie et état gastrique.

Les jours suivants, le rhumatisme se généralise et envahit successivement les deux poignets et l'épaule gauche. On prescrit des bains de vapeur et le salicylate de soude; ce dernier étant mal toléré, est remplacé par le sulfate de quinine.

Le 10 juin, l'accès est à peu près fini; le genou droit envahi le premier reste douloureux le dernier; cependant, le 15, C... reprend son service d'infirmière.

Si l'on considère le rhumatisme puerpéral comme une maladie infectieuse ou microbienne, le fait précédent conduit à admettre qu'une articulation prise une première fois reste habitée par le microbe, lequel y repullule à l'occasion d'une cause déterminante directe, refroidissement ou

©BIU Santé

contusion, et même quand cette cause porte sur un point différent de l'économie, comme une autre jointure, par exemple.

Si dans une rechute la maladie envahissait une articulation qui n'aurait point été atteinte dans la première attaque, il faudrait admettre ou que cette articulation avait récélé le microbe à l'état latent ou qu'elle l'a reçu de date récente par colonisation ou émanation du foyer d'où la récidive est partie.

Ces hypothèses semblent peut-être un peu subtiles, sinon singulières, mais il faut bien les soulever si l'on veut arriver à expliquer la réapparition, d'ailleurs incontestable, des propathies provoquée par le traumatisme.

Le hasard a mis au même moment sous mes yeux deux faits de contusion chez des sujets convalescents de maladies infectieuses, qui doivent être rapprochés du précédent : 1° parce que dans les deux cas une contusion légère a été suivie de la formation du pus au point blessé; 2° parce que chaque fois aussi on note l'existence d'une maladie générale antérieure, avec cette différence toutefois que dans les observations présentes il s'agissait de maladies aiguës qui semblaient complètement guéries et dont on aurait pu méconnaître la connexion avec le développement des abcès.

C'est par analogie que j'admets cette connexion et en m'appuyant itérativement sur cette loi, qu'un trauma interstitiel léger chez un sujet indemne de toute tare ne doit jamais suppurer.

Obs. II. — *Contusion légère à la fin de la convalescence d'une fièvre typhoïde. — Abcès à marche lente.*

Mme X..., 69 ans, ayant toujours joui d'une excellente santé, et qui en présente encore aujourd'hui toutes les apparences, entre dans mon service pour une tumeur située à gauche du sternum, au niveau du cartilage de la troisième côte. Du volume de la moitié d'une pomme, régulière, bien circonscrite par un bourrelet saillant, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante, presque indolente à la pression, cette tumeur offre tous les caractères d'un abcès froid ou d'une périostite chronique suppurée. L'étiologie et la pathogénie constituant les points intéressants du récit, je dirai, pour n'y plus revenir, que quelques jours après je fis une incision qui donna issue à deux cuillerées à bouche de pus bien lié, épais, inodore, après quoi la guérison s'effectua en une douzaine de jours environ sans le moindre incident notable.

Interrogée sur l'origine et la marche de son abcès, Mme X... me donna les renseignements suivants : Habitant en province une localité très saine, elle vint, il y a dix mois, voir sa fille à Paris, et y contracta la fièvre typhoïde, qui éclata au retour et évolua simplement, mais lentement, et entraîna à sa suite une convalescence qui se prolongea trois mois, accusée seulement par la persistance de la faiblesse, mais sans autres troubles sérieux.

Vers la fin de cette convalescence, voulant un jour couper un pain long, elle en appuya l'extrémité sur sa poitrine et, dans un mouvement brusque, se heurta assez vivement au point même où se développa plus tard l'abcès. La douleur fut médiocre et se dissipa au bout de deux jours; mais elle reparut au bout d'un mois, peu marquée sans doute, mais constante et toujours réveillée par le toucher. Quelques semaines plus tard, la tuméfaction apparut, profonde, mal limitée et confondue avec les os sous-jacents. Un médecin consulté prescrivit les frictions iodurées et l'iodure de potassium, sans succès, bien entendu, car, bien que progressant avec beaucoup de lenteur, la tumeur continua à faire des progrès jusqu'au moment où la patiente vint réclamer mes soins.

J'ai le regret de n'avoir pas fait faire l'examen bactériologique du pus de cet abcès pour savoir si l'on aurait trouvé le microbe de la fièvre typhoïde

ou simplement le microbe pyogène. Mais, en tout cas, le fait n'en reste pas moins intéressant. On sait, en effet, que les abcès profonds péri-osseux et même sous-périostiques ne sont pas rares dans le cours de la fièvre typhoïde; mais je ne connais pas d'exemple d'abcès survenu après la cessation de la fièvre et dont la contusion ait été aussi nettement la cause déterminante.

Je dois à un de mes confrères, médecin très distingué de Paris, une observation tout à fait comparable, à cette exception près que l'enfant atteint de l'abcès avait eu récemment la rougeole, dont il paraissait bien guéri.

Voici les notes prises sur son propre enfant par le confrère en question :

Obs. III (résumée). — *Phlegmon traumatique du cou consécutif à une contusion chez un enfant convalescent de la rougeole.*

Pierre J. de B... sept ans et demi; bonne constitution, grand et fort pour son âge. Pas de lymphatisme, pas de gourme pendant son enfance, s'est toujours bien porté précédemment.

Le 24 décembre 1883, P... revient à Paris après avoir passé tout l'été et l'automne à la campagne.

Du 21 au 30 janvier 1884, rougeole régulière.

En février, et jusqu'au 10 mars, bien que l'enfant paraisse rétabli de la rougeole, il n'a pas repris sa bonne mine habituelle. Cependant il mange bien et sort chaque jour.

Le 10 mars, il a froid à sa sortie.

Le 12 soir, un peu de malaise et d'inappétence. Légère douleur dans l'angle des mâchoires qu'on attribue au refroidissement et à un léger mal de gorge. Les amygdales sont un peu rouges. Le 13, à midi, l'enfant en jouant tombe par terre avec une petite chaise dans les bras. Le pied de la chaise heurte assez rudement la région sous-maxillaire droite, près du bord du sterno-mastoïdien. Douleur vive accusée par des cris. Le coup, néanmoins, ne paraît pas avoir été très violent ; la peau n'est pas endommagée. Il n'y a pas d'ecchymose, mais simplement une rougeur de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, cerclée de blanc, et qui disparaît seule au bout d'une heure environ.

Dans la journée, l'enfant sort, mais il a très mauvaise mine. Le soir, malaise, frisson. Léger gonflement de la région sous-maxillaire, mais pas de douleur (même au toucher). La nuit est assez bonne.

14 mars. — Fièvre. Le gonflement du côté droit du cou est très marqué ; la fosse sous-maxillaire est effacée et la joue elle-même paraît légèrement tendue jusqu'à la bouche et l'œil ; gêne de la déglutition, pas de douleur ; pas d'élancements dans le cou. Deux sangsues à l'angle de la mâchoire. Sinapismes aux jambes. Pouls 104.

15 mars. — Fièvre continuelle, abattement. Le gonflement a considérablement augmenté. La peau est tendue, mais elle n'est ni chaude ni rouge. L'enfant ne se plaint pas du cou. Il peut à peine ouvrir la bouche et avaler.

Les jours suivants, développement d'un phlegmon de cou, marqué pas un gonflement considérable qui envahit la face, l'épaule et le haut de la poitrine. A la fin de mars seulement, la tuméfaction disparaît et l'abcès semble se localiser au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien au dessous de l'angle de la mâchoire, sans fluctuation bien nette; la mastication et la déglutition, gênées jusque-là, deviennent plus faciles, l'enfant est plus gai et a un peu d'appétit.

31 mars. — Par suite des applications de coton iodé, la peau est jaune, et un peu irritée à la partie antérieure du cou et même à *gauche*. Pouls à 100 et 120 ; — le soir 125. Très mauvaise nuit.

1er avril. — Poussée inflammatoire du côté du cou. La peau de la poitrine est rouge et chaude dans toute la portion supérieure du sternum. Fluctuation manifeste sur le côté droit du larynx.

2 avril. — A neuf heures, M. Verneuil incise la tumeur ; issue d'une forte cuillerée à

©BIU Santé

bouche d'un pus jaune et inodore. Examiné au microscope (700 diamètres) le pus ne contient pas de microbes, on n'y voit que des globules sanguins et des débris de tissu conjonctif. Pansement phéniqué.

3 avril. — Nuit meilleure. — Pouls à 100. Appétit. Une petite poche se forme à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'incision. Le 4, une piqûre avec une lancette vide la petite poche.

5 avril. — Très peu de suppuration : c'est à peine si les linges du pansement phéniqué sont salis.

8 avril. — La petite piqûre est fermée, sur la grande incision un petit bourgeon se forme. On le cautérise au nitrate d'argent.

10 avril. — L'enfant se lève et mange avec appétit.

14 avril. — Plus de suppuration ; l'incision est fermée. Il reste encore un peu d'induration autour de la cicatrice, et le dégonflement du tissu cellulaire des régions voisines n'est pas encore complet.

20 avril. — La guérison est obtenue, l'enfant a repris toutes ses habitudes, le cou est normal. On ne remarque pas de faiblesse musculaire prononcée à la suite de la longue inaction des muscles du côté droit. Seul, le tissu cellulaire sous-cutané du côté malade a conservé un peu de dureté pendant près d'un mois.

Lorsque j'examinai cet enfant pour la première fois, étonné de voir une contusion de médiocre intensité, chez un sujet d'apparence robuste, produire une inflammation aussi considérable, je soupçonnai aussitôt l'existence d'une propathie infectieuse. J'interrogeai le père en ce sens ; il se rappela la rougeole antérieure, et se rattacha d'autant plus volontiers à mon hypothèse, qu'il avait été lui-même fort surpris de la marche insolite des choses. (*A suivre.*)

L'antisepsie médicale (1).

ANTISEPSIE INTESTINALE.

Valeur comparée du salicylate de bismuth, de l'iodoforme, du naphtol, du méthylnaphtol et de la naphtaline.

« La surface de l'intestin constitue sur toute son étendue un milieu de culture dans lequel vivent, se développent et se reproduisent de nombreux microbes. Heureusement, ces germes ne sont pas tous nuisibles, sans quoi l'existence de l'homme deviendrait probablement impossible; mais, parmi eux, il se glisse parfois des individus d'espèces pathogènes. Si notre organisme n'est pas à ce moment en état de réceptivité, ils restent sans effet sur lui; mais, dans le cas contraire, ils trouvent dans l'intestin un terrain propice à leur développement; ils s'y multiplient, tantôt restant à la surface et produisant un catarrhe, tantôt pénétrant dans le milieu intérieur et devenant l'origine d'une infection générale. Ce dernier cas se produit soit lorsque l'épithélium desquamé n'offre plus une barrière suffisante, soit lorsque les agents pathogènes s'engagent dans les orifices qui persistent entre les cellules épithéliales après le passage des globules blancs. » (Lemoine.)

Quel que soit le mécanisme par lequel peuvent nuire les microbes pathogènes qui se trouvent dans le tube digestif, il est incontestable que leur destruction ou la neutralisation des poisons putrides qu'ils engendrent est utile.

M. Bouchard, qui a poursuivi méthodiquement depuis plusieurs années la solution du problème de l'antisepsie du tube digestif, a exposé dans ses cours à la Faculté, l'année dernière et cette année, les résultats de ses recherches. Il a rappelé qu'on faisait déjà de l'antisepsie sans le savoir, comme M. Jourdain faisait de la prose, quand on donnait, à l'exemple de Serres et de Becquerel, le calomel, le sulfure noir de mercure. C'est le

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 août 1886.

©BIU Santé

résultat qu'ont obtenu en partie Polli, Cantani, quand ils administraient les sulfites, en visant l'antisepsie générale.

Il y a onze ans que M. Bouchard a inauguré ses recherches; il a commencé par administrer le charbon. Avec une dose de 100 grammes par jour, il obtenait la désodoration et la décoloration des matières fécales, la décoloration des urines en s'opposant à la résorption de bilirubine dans l'intestin. Plus tard, il a vu que les matières fécales des malades soumis au charbon étaient moins toxiques, que leurs urines étaient également moins riches en alcaloïdes et moins toxiques. Ces résultats n'étaient pas sans valeur; mais, comme M. Bouchard le fait remarquer, c'était faire de la désinfection plutôt que de l'antisepsie, c'était neutraliser les poisons formés, ce n'était pas s'opposer à leur formation.

Il y a cinq ans, M. Bouchard est entré dans une nouvelle phase de ses recherches, celle de l'antisepsie vraie. Longtemps il avait fait des essais infructueux avec l'acide phénique, la créosote, l'acide salicylique. Un jour vint où il comprit qu'il était nécessaire d'employer comme antiseptiques, dans l'intestin, des substances *insolubles*. Dans cette voie, il avait été devancé par M. Vulpian, qui se servait déjà du salicylate de bismuth et de l'iodoforme. Mais il a montré, en outre, que ces substances devaient être dans un état de division extrême, afin que leurs molécules couvrissent toute la surface intestinale, et qu'il fallait les administrer par petites doses répétées fréquemment à intervalles égaux et courts pour ne pas laisser le temps aux micro-organismes de repulluler dans les intervalles des doses administrées.

Il y a deux ans, M. Bouchard a utilisé pour réaliser l'antisepsie intestinale la naphtaline, proposée par Rossbach; depuis lors, il a essayé le naphtol et le méthyl-naphtol, et il a prouvé que, grâce à ces moyens, on peut obtenir des matières fécales presque dépourvues de microbes; — presque, mais non absolument, car il y a toujours des microbes qui, logés dans les innombrables glandes de l'intestin, échappent à l'action de l'antiseptique répandu sur la muqueuse. Outre la disparition presque complète des microbes, on constate que les matières fécales ne contiennent plus d'alcaloïdes et ont perdu leur toxicité; que les urines renferment moins d'alcaloïdes et que leur toxicité est très diminuée.

On peut s'étonner que des substances insolubles soient antiseptiques. En réalité, elles ne sont pas absolument insolubles, puisque, après l'administration du salicylate de bismuth, on retrouve l'acide salicylique dans les urines, qu'avec l'iodoforme on y trouve des iodures, et qu'après l'ingestion de 5 grammes de naphtaline, on peut y déceler 0 gr. 05 de naphtyl-sulfite de soude. Mais cette très faible solubilité présente le double avantage d'empêcher l'intoxication du malade et de permettre au médicament d'exercer intégralement son action jusqu'à l'extrémité du tube digestif.

Les diverses substances précitées n'ont pas le même pouvoir antiseptique. La moins antiseptique est le salicylate de bismuth; il n'agit que s'il y a putréfaction et dégagement d'hydrogène sulfuré qui déplace l'acide salicylique pour former du sulfure de bismuth; aussi, lorsque le salicylate de bismuth est administré conjointement avec la naphtaline, qui empêche toute putréfaction, on ne trouve pas d'acide salicylique dans l'urine. Pour empêcher avec ce corps le développement de microbes dans les bouillons, il en faut de fortes doses. Après lui, par ordre de pouvoir antiseptique croissant, vient l'iodoforme, dont 1 gr. 60 par litre suffit à empêcher les microbes de se développer, puis viennent la naphtaline, le méthyl-naphtol, enfin le naphtol, qui est actif à 0 gr. 80 par litre.

Quant à la toxicité de ces différents corps pour l'organisme des animaux, il convient de la mettre en parallèle avec leur pouvoir antiseptique. Or, pour le salicylate de bismuth, elle est représentée par 0, pour le naphtol par 1 gr. 60 par kilogramme de lapin, pour le méthyl-naphtol par 1 gr. 56, pour la naphtaline par 0 gr. 60, pour l'iodoforme par 0 gr. 10. Si peu toxiques qu'ils soient, l'usage de doses quotidiennes de ces corps fait maigrir; cet amaigrissement est plus accentué avec l'iodoforme, moins avec le naphtol. Le naphtol présente l'avantage d'avoir une odeur moins désagréable, mais il cause une saveur brûlante à la bouche.

En résumé, des 4 vrais antiseptiques, le plus antiseptique et le moins toxique est le

©BIU Santé

naphtol. Mais M. Bouchard, ne l'ayant pas encore expérimenté sur l'homme, ne se croit pas autorisé à le conseiller. — Le moins antiseptique et le plus toxique est l'iodoforme ; pourtant il peut encore être utilisé, et, à condition de ne pas dépasser la dose de 1 gramme par jour chez l'adulte, on est certain de rester en deçà des doses toxiques. On ne peut songer à utiliser le méthyl-naphtol chez l'homme à cause de son odeur qui est d'une ténacité insupportable.

M. Bouchard enseigne donc que provisoirement la naphtaline mérite la préférence. Elle doit être pure et très divisée ; on obtient ce résultat en la précipitant de sa solution alcoolique par l'eau. On en donne 5 grammes par jour et on peut formuler ainsi :

Naphtaline	ââ	5 grammes.
Sucre en poudre		
Huile de bergamotte		2 gouttes.

en 20 paquets ; le malade doit en prendre un toutes les heures.

1 p. 100 à peine de la naphtaline administrée est absorbé et s'élimine par l'urine à l'état de naphtyl-sulfite de soude ; la naphtaline s'est donc conjuguée dans l'économie à un certain nombre d'atomes de soufre. Cette propriété de beaucoup d'antiseptiques de soustraire du soufre à l'organisme a été incriminée avec raison par A. Robin ; ainsi cet observateur dit que l'acide phénique, qui se trouve dans l'urine à l'état de phényl-sulfite, s'attaque à la charpente minérale en décomposant les sulfates. M. Bouchard pense qu'il prend plutôt du soufre à la matière protéique, et le danger est plus grave. Mais, tandis que tout l'acide phénique administré est absorbé, une fraction très minime de la naphtaline l'est, et, si elle peut détruire un peu d'albumine, ce n'est vraiment pas là un danger important.

Les seuls inconvénients imputables à la naphtaline sont des éruptions polymorphes érythémateuses, papuleuses et quelquefois légèrement vésiculeuses, véritables éruptions médicamenteuses analogues à celles que peuvent provoquer la quinine, le copahu, le chloral. Le malade accusant quelquefois de la cuisson uréthrale et un peu de ténesme vésical, quand on voyait l'éruption se produire sur la face interne des cuisses, le scrotum et le fourreau de la verge, on pensait que c'était le contact de l'urine contenant la naphtaline qui provoquait l'éruption ; mais elle s'observe aussi sur les bras, le cou, le thorax. Un inconvénient de cette éruption dans les maladies où le patient est débilité au point de contracter facilement des infections secondaires, c'est que le prurit le porte à se faire avec les ongles des excoriations du derme, portes d'entrée ouvertes aux microbes pathogènes de ces infections, de l'érysipèle par exemple.

Enfin MM. Bouchard et Charrin ont trouvé que l'administration prolongée de la naphtaline aux lapins fait apparaître assez promptement chez ces animaux une double cataracte (Acad. de médecine, 1886), mais ces observateurs ont pris soin de faire remarquer que les doses quotidiennes administrées à ces lapins sont vraiment colossales à côté des 5 grammes par jour que l'on donne à l'homme dans un but thérapeutique.

Quant aux avantages que procure l'antisepsie intestinale réalisée par la naphtaline, ils sont considérables. L'expérience clinique montre chaque jour que dans les affections typhoïdes elle maintient la langue humide, fait disparaître ou prévient les fuliginosités, la stupeur, le délire, la carphologie, les soubresauts tendineux, en somme tout le cortège des accidents dits ataxo-adynamiques, qui sont sans doute causés par l'auto-intoxication.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, après avoir, comme nous l'avons dit, employé longtemps le charbon seul, finement porphyrisé, M. Bouchard avait associé peu à peu les divers antiseptiques et il adjoignait à 100 grammes de charbon 1 gramme d'iodoforme et 5 grammes de naphtaline, le tout dissous dans 200 grammes de glycérine, additionné de 50 grammes de peptones pour soutenir les forces de ses typhoïsants et administré par cuillerées de deux en deux heures. Les résultats remarquables qu'il avait obtenus sont incontestables. Le charbon présentant l'inconvénient d'obstruer rapidement l'intestin si on néglige l'emploi des lavements bi-quotidiens et des purgatifs tous les deux jours, depuis quelques mois M. Bouchard a fait diverses tentatives pour obtenir les mêmes avantages en supprimant le charbon ; parmi les combinaisons qu'il a essayées,

l'administration du salicylate de bismuth associé à la magnésie concurremment avec la naphtaline a donné des résultats encourageants, dont il serait prématuré d'entretenir le lecteur.

D'autres médecins ont eu à se louer des résultats avantageux obtenus par l'antisepsie intestinale. M. Renaut (de Lyon) administre aux typhiques 75 centigrammes d'iodoforme porphyrisé en trois cachets ; il nous semble que, s'il réussit à faire ainsi un pansement à l'iodoforme sur les ulcérations intestinales, ainsi qu'il l'a constaté à l'autopsie (thèse de Lemoine), les doses qu'il administre sont trop espacées pour réaliser vraiment l'antisepsie.

Nous citerons aussi, plutôt comme désinfectant que comme antiseptique vrai, la solution aqueuse de sulfure de carbone (eau sulfo-carbonée) qui désodorise bien les garderobes typhiques, et dont on doit la connaissance à MM. Dujardin-Beaumetz et Sapelier.

En définitive, l'antisepsie intestinale n'a pas atteint la perfection sans doute, mais les progrès réalisés depuis que le problème a été posé sont considérables et nul n'a plus que M. Bouchard contribué à faire avancer la question.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Plantes médicinales de l'île Maurice et des pays intertropicaux, par le docteur Clément Daruty, préface de M. le docteur Clarenc.

La flore de l'île Maurice est extrêmement riche. Elle renferme un grand nombre de plantes médicinales qui tiennent un rang important dans l'arsenal thérapeutique de cette île. Mais à Maurice, comme dans beaucoup de pays, on ne trouve pas toujours de théories ni d'explications sur le mode d'action des médicaments; c'est du positivisme tout pur; la plante guérit; voilà tout ce qu'on lui demande. Est-ce une raison pour condamner, *à priori*, les panacées qui se glissent dans la science par la voie du hasard ou qui nous viennent des empiriques? Non certainement. Nous croyons, avec le docteur Daruty, que le devoir du médecin est de soumettre ces produits à l'épreuve expérimentale, de préciser leur valeur thérapeutique et de fixer leurs indications.

Au reste, si le principe actif de beaucoup de ces plantes est encore à trouver, il en est quelques-unes dont les alcaloïdes ont déjà été introduits dans la matière médicale européenne.

La dysenterie, qu'on rencontre à l'île Maurice sous toutes les formes, depuis la simple ulcération de la muqueuse jusqu'à la nécrose totale de l'intestin, est combattue, avec succès, par l' « *anderjoa* » — holarrhena antidysenterica — une plante de la famille des apocynées. En 1858, Haines en avait extrait un alcaloïde que Stenhouse appela « cenessine ».

Voici un remède qui aurait donné des résultats remarquables dans l'angine diphthéritique. Il est connu à l'île Maurice sous le nom de « remède Bonnemère ».

« 1° Le malade ne doit pas avoir pris de nourriture depuis une heure au moins;

« 2° Lui faire prendre un bain de pieds sinapisé toutes les douze heures;

« 3° Cataplasme de farine de lin autour du cou. »

A. Traitement interne : Jus de douze citrons finement exprimés; une cuillerée à bouche de miel; une cuillerée à café de sel de cuisine (chlorure de sodium); une cuillerée à café de sel d'Epsom; une cuillerée à café de chaux.

« Faire bouillir le tout au bain-marie pendant une heure; administrer le médicament ainsi préparé, toujours tiède, par deux cuillerées à café, si le malade est un enfant au-dessous de 15 ans, et par deux cuillerées à bouche pour les malades plus âgés. Renouveler au bout de deux heures, si le malade ne dort pas. Lui faire prendre six cuillerées dans les vingt-quatre heures. Si, au bout de trois jours, le malade va mieux, supprimer le traitement interne; dans le cas contraire, le continuer pendant deux jours encore.

« Deux jours après le commencement du traitement, purger le malade avec l'huile de ricin, à laquelle il est bon d'ajouter quelques gouttes de jus de citron; ce jour-là, pas de bain de pieds.

©BIU Santé

« *B.* Traitement externe. 1° Gargarisme : R. Une cuillerée à café de chlorate de potasse; deux cuillerées à bouche de graines de lin; quelques feuilles de sensitive (*miniosa pudica*) ou d'*ayapana*; eau : deux bouteilles.

« Faire bouillir le tout dans un vase clos. Se gargariser (tiède) toutes les heures.

« 2° Frictions : S'il se montre sur le cou des taches marbrées, rouges ou noires, signe d'un commencement de gangrène, frictionner légèrement le cou et la poitrine avec un mélange à parties égales de chlorure et d'alcool camphré, et recouvrir ces parties d'un morceau de coton.

« Éviter le refroidissement pendant huit ou dix jours; ne pas boire froid pendant cinq ou six jours, suivant la marche de la maladie. »

On attribue les mêmes propriétés aux « remèdes Floricourt, Bouffé, Gentrac, etc. », qui sont des mélanges analogues au « remède Bonnemère ».

Sans vouloir ôter leur valeur à tous ces remèdes, nous rappellerons que le « remède Floricourt » a été essayé, ces temps derniers, aux Enfants-Malades, où les résultats ont été complètement négatifs.

Pendant notre externat aux Enfants-Malades, nous avons pu étudier de près la diphthérie, et notre regretté maître, le professeur Archambault, nous faisait remarquer qu'il y a, non pas une angine, mais « des angines diphthéritiques ». Le « remède Floricourt » donne peut-être de bons résultats pour l'angine diphthéritique bénigne ou même grave, mais nous le croyons sans efficacité dans l'angine diphthéritique maligne, toxique, infectieuse, où la maladie envahit l'économie tout entière; elle emporte les malades, disait Trousseau, en les empoisonnant à la façon des maladies septiques.

Parmi les fébrifuges indigènes, nous trouvons deux plantes dont les propriétés *antipyrétiques* sont connues en Europe depuis peu de temps.

La *lantana*, vulgairement appelée « vieille fille » à Maurice, a été analysée, pour la première fois, par le pharmacien en chef de l'hôpital de Lima, le docteur Negrete, qui en a extrait un alcaloïde auquel il a donné le nom de *lantanine*.

Ce nouvel alcaloïde a été administré, par le docteur Elisco Buicja, à 32 fiévreux de son service, et les résultats ont été très satisfaisants (1).

La lantanine, comme la quinine, a une action modératrice sur la circulation; elle ralentit les phénomènes chimiques de la nutrition et produit, par conséquent, un notable abaissement de la température.

L'autre plante est la « *Cœsalpina bonducella* », que les créoles appellent « cadoque ». MM. Heckel et Schlœgdenhauffen (2), qui ont étudié les graines de cette Cœsalpinée, ont trouvé que la partie médicamenteuse est constituée par les cotylédons huileux formant 40 à 50 pour 100 du poids total dans l'une et l'autre graine, doués d'une amertume franche, très accentuée et accompagnée d'un goût de légumine crue. De leurs recherches, il est hors de doute que le principe amer résume en lui les propriétés thérapeutiques de cette graine. Les essais cliniques faits par M. le docteur Isnard (de Marseille) semblent mettre en évidence qu'à la dose de 0,10 à 0,20 centigr., ce principe amer agit contre les fièvres intermittentes avec autant de sûreté que les sels de quinine.

Le jéquirèty (*abrus precatorius*), cette belle conquête de la thérapeutique ophthalmologique, est connu à l'île Maurice sous le nom de « réglisse sauvage ». On l'emploie non seulement dans les granulations conjonctivales, mais aussi dans certaines ulcérations, le lupus, etc., où il a donné de bons résultats.

C'est à tort qu'on attribue à ses graines des propriétés toxiques (3). Prosper Alpin nous apprend, au contraire, que les Egyptiens emploient les graines de jéquirèty comme comestibles. Le professeur Baillon pense que c'est probablement par suite d'une erreur qu'Hermann et, après lui, P. Brown ont considéré ces graines comme toxiques et donnant la mort à petite dose. Des expériences faites à ce sujet par MM. Cornil et Berlioz, et communiquées à la Société de biologie en 1883, tendraient à démontrer la parfaite

(1) *Riv. chim. della Gazz. med. Torino* (juin 1885).

(2) Académie des sciences de Paris (juillet 1886).

(3) Rapport annuel de la Société royale des arts et sciences (août 1882), par M. Albert Daruty, secrétaire.

innocuité des graines de jéquiréty. En effet, si au lieu de macération, on fait avaler à des animaux la graine de jéquiréty mêlée aux aliments, on n'observe aucun accident; l'infusion seule serait toxique. Celle-ci, du reste, ne doit son action curative dans les granulations conjonctivales qu'aux micro-organismes qu'elle contient, à un bacille d'un genre spécial, et non à un principe chimique. Il s'établit entre les microbes des granulations conjonctivales et ceux que renferme le macéré de jéquiréty une sorte de *lutte pour la vie* qui aboutit à la destruction des premiers.

Le travail du docteur Daruty contient aussi « un formulaire qui donne un grand nombre de recettes, la plupart éprouvées, fournissant au médecin ce que les ouvrages publiés jusqu'ici à Maurice ne lui donnaient pas : la dose des substances employées ».

M. Daruty s'est attaché à indiquer exactement le nom vulgaire de chaque plante de manière à être utile à ceux de ses collègues qui voudraient compléter les observations qu'il n'a fait qu'effleurer dans son travail.

En terminant, nous répéterons, avec M. le docteur Clarenc, que le livre du docteur Daruty « est une œuvre utile qui sera consultée par tous ceux qui s'intéressent aux choses médicales à Maurice ».

Jules PARA.

REVUE DES JOURNAUX

Réflexes et névroses d'origine nasale, par HACK et autres auteurs. (*The London medical Record*, 1886, 15 mai.) — Hack, dans son Traité bien connu, intitulé : *Ueber eine operative Radical Benhandlung bestimmter Formen von Migræne, Asthma, Heufieber, etc.* (Wiesbaden, 1884), rapporte de nombreux exemples d'asthme primitif, de cauchemars et de terreurs nocturnes, de toux aboyante *sine materia*, de migraines, d'éternuements de névralgies sus-orbitaires, de couperose nasale avec ses caractères ordinaires de rougeur et de gonflement par dilatation variqueuse des vaisseaux, d'accès de vertiges, etc., qu'il a réussi à guérir par la cautérisation au galvano-cautère de diverses régions de la muqueuse nasale, particulièrement par la destruction des bourrelets muqueux, replis érectiles de la muqueuse qui tapisse l'extrémité antérieure du cornet inférieur et moyen. Depuis, de nombreux auteurs ont apporté leur contribution à l'étude de ces faits pathologiques et mis hors de doute la réalité des phénomènes très variés dont l'origine est dans les cavités nasales.

Voltolini, l'un des premiers, a parlé d'attaques d'asthme liées à l'existence de polypes nasaux; Seiler a rapporté plusieurs cas d'accès de toux résultant d'attouchements de la cavité nasale. John Mackensie a insisté sur la sensibilité, très spéciale sous ce rapport, d'une région située à la partie postérieure du cornet inférieur et d'une aréa correspondante située sur l'extrémité postéro-inférieure du septum médian.

« En fait nous avons souvent vérifié la réalité de cette assertion, la région spéciale circonscrit l'entrée de la trompe d'Eustache. Il est vrai aussi que, chez certains sujets, on trouve d'autres points d'une sensibilité réflexe variable. »

Dans un récent travail, Hack (*Centralblatt für laryngology, rhinology, etc.*, octobre 1885) soutient qu'il est urgent de détruire les bourrelets érectiles que forme la muqueuse au niveau de la partie antérieure du cornet moyen ou du cornet inférieur. Sa statistique, publiée à l'appui de son opinion (*Hack, ibidem*), porte que, sur 87 cas d'asthme des foins traités par ce moyen, les résultats n'ont été connus que dans 62 cas se décomposant ainsi : 33 guérisons radicales, complètes, permanentes, puisqu'il n'y a pas eu d'accès depuis un laps de temps qui, pour un certain nombre d'opérés, atteint près de quatre ans, 17 améliorations marquées et 12 insuccès chez des malades vieux, rebelles depuis longtemps à tout traitement, ou atteints d'affections pulmonaires ou d'hérédité névropathique très marquée.

Baratoux, dans son travail du numéro de décembre 1885 de la *Revue mensuelle de laryngologie*, dit avoir constaté l'existence d'une zone d'excitabilité réflexe située à la partie postérieure du septum. Quand la sonde vient à toucher cette zone, on voit éclater chez certains sujets des accès de toux coqueluchoïde, des accès d'éternuement et même de dyspnée. Le gonflement inflammatoire ou congestif de cette zone muqueuse

©BIU Santé

pourrait déterminer les symptômes précédents par suite de la pression que la muqueuse exercerait sur le septum qu'elle recouvre et les filets nerveux qui rampent sur la cloison contre laquelle ils sont comprimés. Les polypes muqueux agiraient de la même façon.

Cartaz (*France médicale*, nos 89 et 90, vol. II, 1885) rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte d'un coryza chronique spécialisé au point de vue symptomatique par des accès d'éternuements extrêmement violents et prolongés. La région du cornet moyen était le siège d'un gonflement considérable et la partie postérieure de la muqueuse présentait une ulcération dont le contact avec un stylet déterminait aussitôt une sorte de spasme général avec pâleur de la face, épiphora abondant, et suivi de contracture tétanique des membres supérieurs et inférieurs. Les pieds étaient rigides et fixés dans l'extension. L'attaque ne durait pas moins d'un quart d'heure. Le docteur Cartaz put, à l'aide de badigeonnages à la cocaïne, toucher l'ulcération au crayon de nitrate sans produire ces attaques spasmodiques. La cautérisation par le galvano-cautère, en détruisant la région hypertrophiée du cornet moyen, guérit à la fois l'hypertrophie et les accès d'éternuements. Le même auteur rapporte aussi le cas d'un jeune malade de 13 ans que l'ablation d'un polype nasal et la destruction, par le galvano-cautère, de la muqueuse du cornet inférieur guérirent encore d'accès d'éternuements. Dans deux cas de fièvre des foins, où l'examen le plus minutieux ne fit découvrir aucune lésion apparente, le même procédé amena la guérison.

Théodore Hering, de Varsovie (1), confirme les observations de Hack en ce qui concerne les rapports intimes existants entre l'excitabilité des régions des cornets et l'existence de nombreuses névroses, mais il nie que celles-ci soient liées au gonflement des régions susdites et qu'il suffise, dans tous les cas indifféremment, de détruire les corps érectiles des os par la galvano-caustique pour amener la guérison. Il admet l'existence de la zone d'hyperexcitabilité réflexe de John Mackensie, mais l'étend à toute la surface du septum. On trouve dans l'article de Hering un cas de guérison d'une toux si tenace que les accès se répétaient depuis un an et dans lequel la muqueuse érectile du cornet inférieur était à ce point hypertrophiée qu'elle venait, par son tubercule antérieur, au contact de la cloison médiane. Le seul contact de ce repli hypertrophié par un instrument déterminait un accès de toux. Ici encore la galvano-caustique amena la guérison définitive. Sur 200 cas de polypes nasaux muqueux, 6 seulement déterminaient des accès d'asthme dont 4 guérirent par l'ablation de la tumeur.

Sur 20 cas d'asthme des foins consécutifs à l'hypertrophie de la région du cornet moyen et inférieur, il obtint par la galvano-caustique 12 guérisons. Il considère seulement comme guéris les sujets qui n'ont pas eu de rechutes dans l'espace d'au moins un an. Sur 10 cas de migraines imputables à la même cause, il y eut 4 guérisons et 2 améliorations. Chez un septième malade, il y eut aggravation.

Sur 3 cas de vertiges liés à une hypertrophie du cornet moyen, deux furent guéris par la destruction de la partie antérieure de ce cornet; dans le troisième cas, comme l'opération n'avait déterminé qu'une amélioration passagère et qu'il existait des antécédents syphilitiques, le traitement ioduré, après la réparation de la lésion opératoire, décida de la guérison parfaite et définitive.

Sur 3 femmes atteintes d'accès d'éternuements liés à une hypertrophie de la région des cornets moyens telle que la muqueuse érectile avait contracté des adhérences avec la cloison, 2 furent guéries par la galvano-cautérisation de la muqueuse, et la troisième ne put être débarrassée qu'au prix de l'ablation complète du cornet moyen faite à l'aide de la pince spéciale de Mackensie. Le docteur Hering rapporte aussi 4 cas d'aphonie d'origine névropathique sur lesquels la galvano-caustique nasale en guérit 2 et en améliora 2 autres.

Dans ce mémoire suit encore le récit de laryngites striduleuses guéries par l'ablation d'une végétation polypoïde du cornet moyen suivie de cautérisations à l'acide chromique; la relation de deux cas d'accès dyspnéiques névropathiques guéris encore par la cautérisation de la muqueuse nasale; deux observations d'aphonie nerveuse guérie,

(1) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (février et mars 1886.)

'une par deux injections d'eau glacée dans le nez, l'autre par quatre injections nasales de solution de borax chaudes (30° C.). En somme, la cause pathogénique commune de tous ces accidents est, pour l'auteur, la compression ou l'irritation du septum; que cette compression ou cette irritation soient produites par des polypes, par des hypertrophies muqueuses, par des concrétions desséchées, etc. Il n'y aurait pas toujours nécessité de recourir à des opérations aussi radicales que la destruction ou l'ablation d'un cornet et souvent une intervention plus mitigée telle que la simple cautérisation de la muqueuse suffirait pour amener d'excellents résultats. L'agent caustique serait surtout l'acide chromique. Si les cautérisations se montraient insuffisantes, il faudrait employer le galvano-cautère. Les polypes doivent être enlevés à l'aide de l'anse galvanique. Si, malgré les cautérisations, on ne réussissait pas à empêcher l'adhérence des cornets, ou plutôt de leurs bourrelets muqueux au septum, les portions hypertrophiées des cornets seront enlevées à l'aide des pinces de Mackensie. Après ces opérations, le malade gardera la chambre quelques jours. Vingt-quatre heures après l'opération, on fait des injections boriquées chaudes dans les cavités, et, après quelques jours, l'opérateur détache l'eschare résultant de la galvano-caustique à l'aide des pinces de Mackensie. — L. Dn.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON LE 8 ET LE 9 JUILLET 1886.

Perrenot (F.) : Étude expérimentale et clinique sur le chlorure de camphre. — Éraud (Jules) : Étude sur les injections dans la blennorrhagie chez l'homme. — Bosse (Jules) : Etude comparative du béribéri et du scorbut, surtout au point de vue de la pathologie exotique.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES FISSURES DU MAMELON. — Unna.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 cent. à 1 gram.
Eau distillée.....	100 grammes.

Faites dissoudre. — Dans l'intervalle des tétées, on fait, toutes les dix minutes, des lotions avec cette solution, sur le mamelon enflammé et qui est le siège de fissures. En 2 ou 3 jours, les crevasses sont complètement guéries, et les douleurs ont disparu. L'allaitement n'est point interrompu. — N. G.

COURRIER

Les membres du jury du concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mercredi 3 novembre 1886, sont MM. les docteurs Balzer, Legroux, Merklen, Brun, Lannelongue, Terrier, Tarnier.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Parizot, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique externe, en remplacement de M. Brulet, décédé.

M. Deroye, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique interne, en remplacement de M. Morlot, nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Moulard est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement.

M. le docteur Arduin est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XXe arrondissement.

©BIU Santé

Médecins de colonisation en Algérie. — Le service médical de colonisation en Algérie est régi par le décret du 23 mars 1883. Les docteurs en médecine pourront être admis, à l'avenir, dans les cadres du personnel titulaire jusqu'à l'âge de 33 ans accomplis. Cette limite est portée à 40 ans pour les praticiens qui justifieront de 5 ans de services dans les armées de terre et de mer.

Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de la clientèle payante, sont les suivants :

1° Traitement fixe (à la charge de l'État) de 3,000 fr. au début (5e classe) et de 5,000 fr. au maximum (1re classe) passible de la retenue pour les pensions civiles ;

2° Indemnité de logement de 500 fr. à la charge des communes composant la circonscription médicale, ou logement en nature ;

3° Indemnités réglementaires pour les vacations judiciaires ;

4° Rétributions du département pour les vaccinations réussies ;

5° Indemnités éventuelles pour la surveillance des enfants du premier âge et honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades.

Les candidats aux postes de médecins de colonisation doivent adresser une demande au Gouverneur général de l'Algérie, en y joignant une copie dûment légalisée de leur diplôme de docteur, leur casier judiciaire et leur acte de naissance.

Bulletin bibliographique.

La Peur, étude psycho-physiologique, par le professeur Mosso (de Turin), traduit de l'italien par M. Félix Hément. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque de philosophie contempopaine. — Prix : 2 fr. 50.

Eléments de psychologie physiologique, par W. Wundt, professeur à l'Université de Leipzig ; traduits de l'allemand par le docteur Rouvier et précédés d'une introductiou par M. D. Nolen. 2 forts vol. in-8° de la Bibliothèque de philosophie contemporaine, avec 180 figures dans le texte. — Prix : 20 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Félix Alcan, éditeur, successeur de Germer-Baillière et Cie.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879 et 1880 par le docteur Péan, suivies : 1° des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881 ; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquée par lui du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885 ; 3° de la troisième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, avec 46 figures dans le texte et 7 planches coloriées hors texte. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 20 fr.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, éditeur, ancienne librairie Germer Baillière et Cie.

Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, par Alfred Hardy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. 1 vol. in-8° de 1240 pages. — Prix, cartonné : 18 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J. B.-Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

De la spléno-pneumonie, par le docteur Paul Bourdel.

Cet ouvrage se trouve chez Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Des affections cardiaques d'origine rhumatismale traitées aux Eaux d'Aix-les-Bains (Savoie), par le docteur L. Blanc.

Cet ouvrage se trouve chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Verneuil : Des effets différents de la contusion suivant l'état constitutionnel du blessé. — II. L.-H. Petit : Association française pour l'avancement des sciences. — III. P. Le Gendre : L'antisepsie médicale. — IV. Bibliothèque : Exposé statistique et historique de la gale et de la teigne. — V. Revue des Journaux : Un cas de mort subite après l'excision de la luette. — De l'endocardite du cœur droit. — De l'influence de l'antipyrine sur l'excrétion des matières azotées. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Clinique chirurgicale de la Pitié

Des effets différents de la contusion suivant l'état constitutionnel du blessé (1)

Leçons cliniques par M. le professeur Verneuil.

De la contusion chez les tuberculeux. — Certains abcès froids survenant chez des tuberculeux ont souvent une origine analogue aux précédents ; il semble qu'alors la contusion, comme chez certains syphilitiques, provoque la formation d'une gomme tuberculeuse qui évolue tantôt lentement, à la manière des gommes ordinaires, tantôt rapidement, en s'accompagnant des phénomènes particuliers aux abcès chauds. Le cas suivant en est un exemple.

Obs. IV. — *Contusion légère chez un phthisique. — Suppuration au point contus.*

Brejon, 37 ans, entre à la Pitié le 17 avril 1880 pour une contusion de la face interne de l'avant-bras, datant de trois jours et résultant d'un choc contre un corps dur. La peau n'a point été entamée et il ne s'est formé ni ecchymose ni bosse sanguine. Néanmoins une inflammation phlegmoneuse circonscrite assez vive s'est rapidement développée au point contus, accompagnée de malaise et de fièvre.

Le lendemain de l'entrée, un peu plus de quatre jours après l'accident, on constate l'existence d'une collection du volume d'une noix à laquelle on donne issue par une incision de deux centimètres environ. Le soulagement local est prompt, mais la fièvre ne tombe pas et le malaise persiste ; le thermomètre monte ce soir-là à 39° et atteint le lendemain soir 40°.

L'examen de la poitrine nous fournit l'explication de ces symptômes. B... est phthisique : la semaine précédente, plusieurs jours avant la contusion de l'avant-bras, il a eu deux hémoptysies. La percussion et l'auscultation révèlent au sommet du poumon droit les signes non équivoques d'une tuberculose assez avancée ; à gauche, les lésions sont moindres. A la limite du lobe supérieur et du lobe moyen, à droite, on entend des râles sous-crépitants fins et un peu de souffle qui indiquent clairement l'existence d'une zone de pneumonie autour du foyer tuberculeux du sommet. Ainsi se trouvent expliqués la fièvre intense et le cortège de symptômes dont l'abcès de l'avant-bras n'aurait pu rendre compte.

Cette pneumonie peu étendue d'ailleurs et traitée par les révulsifs, un purgatif et l'oxyde blanc d'antimoine, s'éteint peu à peu, de sorte qu'au bout de trois semaines B... se trouve à peu près dans l'état où il était avant sa contusion.

Ce fait est instructif à un double point de vue : 1° Il confirme cette règle, en vertu de laquelle la suppuration rapide et inattendue d'un trauma interstitiel sans gravité reconnaît presque toujours pour cause l'existence d'une maladie générale antérieure ; puis cette autre règle, que la scrofule et la tuberculose sont parmi les diverses panpathies celles qui favorisent le plus ces suppurations anormales ;

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 août 1886.

©BIU Santé

2° Il montre également qu'un trauma quasi insignifiant, intervenant au cours d'une affection viscérale en progrès (progrès indiqué ici par les hémoptysies récentes) peut activer la marche de cette affection et même l'aggraver sensiblement.

Les effets de la contusion ont été plus remarquables encore dans l'observation suivante :

Obs. V. — *Contusion chez une scrofuleuse. — Développement de manifestations tuberculeuses multiples. — Intégrité des poumons. — Mort.*

En 1882, au n° 1 de la salle Lisfranc, à l'hôpital de la Pitié, était couchée une jeune femme de 24 ans, pâle, chétive, maigre, couverte des pieds à la tête de lésions scrofuleuses. Le cou est sillonné de cicatrices et de fistules, ainsi que le sein droit et la paroi thoracique avoisinante. A l'avant-bras gauche, on constate plusieurs collections purulentes, surtout au niveau du cubitus; enfin, le genou gauche est le siège d'une tuméfaction considérable offrant tous les caractères d'une ostéo-arthrite tuberculeuse grave. C'est pour cette dernière lésion que la malade entre à l'hôpital. L'intérêt de ce fait réside surtout dans la genèse des accidents.

Atteinte dans sa première enfance d'une bénigne éruption d'impétigo, X... s'était bien portée jusqu'à l'âge de 7 ans, lorsqu'elle reçut un coup violent sur la mâchoire inférieure. Un abcès se développa au point contus, puis les ganglions lymphatiques du cou s'enflammèrent successivement, suppurèrent et devinrent fistuleux; peu à peu, cependant, la guérison s'effectua et l'adolescence s'écoula sans dérangement notable de la santé.

X..., mariée à 20 ans, eut une première grossesse l'année suivante; l'accouchement fut naturel; la mère n'allaita pas et se rétablit promptement. A 23 ans, seconde grossesse et allaitement pendant plusieurs mois; il en résulta un amaigrissement et un affaiblissement considérables; sans cause connue, les cicatrices du cou se rouvrirent et de nouvelles collections se formèrent. En même temps, la mamelle droite, à la suite d'une légère contusion, s'enflamma; dans la glande et dans ses alentours se formèrent plusieurs abcès dont les ouvertures spontanées ou faites au bistouri prirent aussitôt l'aspect des ulcérations tuberculeuses. Peu de temps après, les manifestations se multiplièrent, et c'est alors que l'avant-bras et le genou furent envahis à leur tour.

C'est dans cet état lamentable que X... entra à l'hôpital. Chose remarquable, avec les apparences d'une cachexie avancée, la suppuration abondante, les douleurs vives dans l'articulation tibio-fémorale, on constatait l'intégrité absolue des organes internes : poumon, intestin, foie, rein, tout était sain, au moins en apparence; il y avait seulement une fièvre vespérale assez prononcée et une diminution sensible de l'appétit.

La patiente réclamait l'amputation de la cuisse, que je ne crus pas devoir faire dans une situation si lamentable, mais que je comptais bien pratiquer plus tard.

Un traitement local et général convenable fut institué; des pansements antiseptiques modifièrent avantageusement les plaies et firent cesser la fièvre hectique. Un appareil ouaté immobilisant le genou calma aussitôt les douleurs, de sorte qu'au bout d'un mois l'amélioration était considérable. C'eût été le moment d'agir et d'amputer la cuisse, car la cessation des souffrances n'avait pas empêché l'ostéo-arthrite de s'aggraver sans cesse. Mais ce fut alors la malade qui refusa opiniâtrement. Une collection purulente énorme se forma dans la cuisse et s'ouvrit. La fièvre se ralluma, et au bout de deux longs mois, pendant lesquels l'existence était à peine explicable, X... succomba dans le marasme le plus prononcé. Les poumons continuèrent à être indemnes jusqu'au bout, ce qui fit regretter l'obstination avec laquelle l'amputation fut refusée.

L'influence provocatrice de la contusion apparaît ici de la façon la plus nette. D'abord, pour faire éclater les premières manifestations tuberculeuses locales chez une fillette qui n'avait d'autres antécédents qu'un peu d'impétigo survenu quelques années auparavant; puis pour faire naître

une seconde série de lésions également spécifiques dans la mamelle, évidemment prédisposée à la suppuration par la sécrétion lactée, mais fort rebelle d'ordinaire à l'invasion tuberculeuse.

Ce qu'il importe de relever, c'est que les contusions n'ont pas seulement réveillé la diathèse et engendré des dépôts spécifiques aux points frappés, mais qu'elles semblent avoir provoqué la formation de foyers multiples occupant une étendue considérable, comme s'il s'était fait à partir des points contus une dispersion, une propagation des germes pathogènes.

C'est ainsi que la contusion de la mâchoire inférieure a fait naître de nombreux abcès du cou, et que la contusion du sein a été suivie à courte échéance, outre la formation d'abcès mammaires et péri-mammaires, de collections purulentes à l'avant-bras et d'une arthropathie grave du genou.

La migration microbique qui s'est faite de la région thoracique aux membres supérieurs et inférieurs, aurait tout aussi bien pu sévir sur les viscères et faire éclater, soit une granulie, soit une méningite; et la chose paraît même si naturelle, que je ne puis en vérité comprendre pourquoi certains chirurgiens se refusent encore à admettre ces faits de dissémination tuberculeuse après les traumas accidentels ou chirurgicaux. Par bonheur, le nombre des réfractaires à ces idées si simples et si utiles diminue de jour en jour, au point qu'avant dix ans toute résistance aura cessé.

Ce fait a encore une certaine importance au point de vue thérapeutique. L'intégrité des poumons, qui persista jusqu'à la mort, est moins rare qu'on ne le pense en cas de tuberculisation externe, articulaire ou osseuse, ou du moins peut se prolonger pendant fort longtemps. J'ai fait pour le mal de Pott en particulier cette remarque qui porte un nouveau coup à la loi trop absolue de Louis, et qui est de nature à faire reprendre courage aux chirurgiens trop enclins à abandonner le traitement des tuberculoses périphériques.

Toutefois, il ne faudra pas perdre de vue l'influence excitatrice du traumatisme sur la généralisation de la tuberculose, surtout lorsqu'il s'agit d'une opération importante. En pareil cas, la tuberculose, quoique restée longtemps externe, peut envahir rapidement les viscères internes, comme j'en ai observé un fait remarquable il y a trois ans. (*A suivre.*)

Association française pour l'avancement des sciences

CONGRÈS DE NANCY.

Séance du 16 août 1886.

L'opinion des chirurgiens, comme le dit très bien M. Heydenreich, est loin d'être unanime sur la valeur de la désarticulation du genou. Comparée à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, la désarticulation du genou donne une mortalité égale ou même moindre et un moignon plus long, plus maniable, pouvant souvent servir de base de sustentation au poids du corps.

Si parfois le moignon de la désarticulation du genou est douloureux, ulcéré, cela tient uniquement à ce qu'il y a eu, après l'opération, suppuration du cul-de-sac sous-tricipital. Or, cette suppuration est sûrement évitée, si l'on a soin de n'opérer que sur une articulation saine et avec le secours de la méthode antiseptique. Lorsque ces deux conditions sont réalisées, le moignon de la désarticulation du genou est bien supérieur à celui de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

©BIU Santé

A l'appui de cette communication, M. Heydenreich présente un enfant de 4 ans à qui il a pratiqué la désarticulation du genou et dont le moignon est en excellent état.

Une pièce pathologique recueillie sur une femme morte d'éclampsie puerpérale, et *enterrée* (la pièce) dans le Musée anatomique de Montpellier, a été exhumée par M. Grynfeltt, qui a pensé qu'il était indiqué de la présenter à Nancy; il s'agit, en effet, d'un cas de spondylizème, affection décrite en 1877 par le professeur Herrgott. Cette pièce curieuse met non seulement en évidence la pathogénie du spondylizème par l'affaissement du corps des deux premières vertèbres sacrées et des trois dernières lombaires, mais démontre encore nettement, par la propagation du processus tuberculeux à la symphyse sacro-iliaque gauche, comment pareille lésion de cette dernière articulation peut donner lieu à la production de l'obliquité ovalaire du bassin, que Nœgelé regardait toujours comme le résultat d'une malformation originelle. Enfin, elle prouve encore que la curabilité des tuberculoses locales peut être complète, surtout dans la première enfance.

Quelle est la nature des hématémèses non cataméniales chez les hystériques? M. Aug. Ollivier expose qu'il existe parfois chez les individus en puissance d'hystérie, quel que soit leur sexe, des gastrorrhagies plus ou moins abondantes qui paraissent exclusivement dues à un état spécial du système nerveux. Cette variété d'hématémèse que l'on a trop de tendance à regarder comme symptomatique d'un ulcère de l'estomac est, en réalité, une forme d'hystérie locale à foyer gastrique et à manifestation hémorrhagique. L'absence des troubles profonds de la nutrition, la soudaineté du début, le fait d'une commotion nerveuse, le rétablissement assez prompt de la santé, peuvent généralement nous faire connaître la véritable nature du mal.

M. Paul Delmas (de Bordeaux) considère l'hématémèse chez les hystériques comme très rare, puisqu'il ne l'a vue qu'une fois. M. Constantin Paul ajoute que le contrôle anatomique fait défaut dans les observations de M. Ollivier, et que la clinique seule n'est pas capable de faire connaître la véritable nature de ces hématémèses, que M. Bernheim rapproche des hémorrhagies que l'on peut produire chez les hystériques par suggestion.

M. Leudet (de Rouen) rappelle que, chez les jeunes femmes, en dehors de l'hystérie ou de l'époque menstruelle, il peut se produire des hématémèses abondantes, dont l'anémie est la cause, ou encore des érosions de la muqueuse gastrique; mais ce n'est pas de cette variété qu'a voulu parler M. Ollivier; les siennes sont des hystéries locales, dont la connaissance est toute récente.

Avec le talent d'exposition qu'on lui connaît, et dont il n'a jamais été plus en possession, M. Verneuil a fait à la section une conférence très goûtée sur le symptôme douleur dans les néoplasmes.

Jusqu'à présent, il n'existe pas dans les ouvrages de pathologie externe, de chapitre spécial sur ce sujet; il règne, au contraire, dans le public médical et extra-médical des idées erronnées sur ce point; on dit que la douleur nulle ou faible accompagne en général les néoplasmes bénins : lipome, adénome, fibrome, et au contraire qu'elle est vive et quasi constante dans les tumeurs malignes : épithélioma, ostéosarcome, cancer, ce qui est faux, des tumeurs bénignes pouvant être très douloureuses, et au contraire des tumeurs malignes complètement indolentes. Ces données sont très importantes pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des tumeurs.

Au point de vue du diagnostic, lorsque la douleur manque, le médecin et le malade, en présence de symptômes morbides, négligent de faire un examen approfondi, et méconnaissent l'existence de la tumeur; cette erreur de diagnostic entraîne une erreur de pronostic, lorsque la tumeur est constatée, l'indolence fait croire à une bénignité qui n'existe pas; elle entraîne, de plus, une mauvaise thérapeutique, l'opération proposée par le chirurgien est refusée ou ajournée; on bourre le malade d'iodure de potassium ou de mercure, dans la pensée si commune qu'il peut s'agir de syphilis, le temps passe, la généralisation s'effectue, et lorsque la douleur arrive, l'opération n'est plus faisable.

L'indolence et la dolence sont des signes contingents des tumeurs; l'indolence est beau-

coup plus commune que la douleur, au début, quelle que soit la nature du néoplasme. Ceci s'explique par l'absence absolue des nerfs dans les néoplasmes constatée à différentes reprises par M. Nepveu, dans le laboratoire de la Pitié; les néoplasmes ne deviennent douloureux que lorsqu'ils irritent les nerfs voisins; la douleur annonce donc la marche progressive du néoplasme, mais alors il arrive souvent que la généralisation a commencé, soit dans les ganglions voisins, soit dans les viscères, et le résultat de l'opération est compromis d'autant.

Il est incontestable que la douleur existe dans les néoplasmes, mais c'est un phénomène extrinsèque, alors que l'indolence est de propriété intrinsèque; et il faudrait aussi en étudier les formes, les variétés, la signification, comme M. Verneuil vient de le faire pour l'indolence; ce sera le sujet d'un travail ultérieur.

Au cours de cet exposé, M. Verneuil avait rappelé cette phrase aphoristique de M. Dujardin-Beaumetz, qu'il n'existait pas de plus mauvais signe du cancer de l'estomac que la douleur. M. Bernheim a confirmé cette opinion, développée par M. Verneuil, en affirmant avoir rencontré de nombreux cas de cancer de l'estomac conduisant le malade à la cachexie sans avoir causé la moindre douleur.

M. le docteur A. Hénocque (de Paris) a exposé les résultats obtenus par sa méthode d'hématoscopie. Rappelant les principes qui lui servent de base, et qu'il a fait connaître au Congrès l'année dernière, il résume les deux procédés qui lui permettent : 1° de déterminer avec l'*hématoscope* la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang extrait d'une piqûre au doigt; 2° de constater, par l'examen du sang à travers l'ongle du pouce, et avec un simple spectroscope à vision directe, la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire le temps nécessaire pour que l'oxygène de cette matière colorante du sang soit combiné avec les tissus. Il établit entre ces deux facteurs un rapport simple en les divisant l'un par l'autre et les évaluant en *unités d'activité de réduction*. Cette unité est la quantité d'oxyhémoglobine qui se réduit dans le pouce en l'espace d'une seconde. De nombreuses expériences ont démontré que, dans le sang contenant 14 p. 100 d'oxyhémoglobine, celle-ci se réduit en 70 secondes; les tissus ont consommé en 1 seconde 0,2 p. 100 d'oxyhémoglobine, c'est cette quantité qui est prise pour unité.

M. Hénocque prouve, par des exemples choisis parmi 175 observations d'individus différents, représentant plusieurs séries d'examens, que, suivant l'état de santé ou de maladie, ou les états constitutionnels ou sous l'influence de traitements généraux ou locaux, l'*activité de réduction* peut être augmentée ou diminuée indépendamment des variations de la quantité d'oxyhémoglobine. La thérapeutique agit en rapprochant l'activité de réduction de la normale.

Cette méthode, qui permet d'évaluer l'activité des combustions dans une partie circonscrite de l'organisme, ouvre une voie nouvelle pour l'étude de la nutrition, et particulièrement des échanges entre le sang et les éléments des tissus.

Sur la demande du bureau, M. Hénocque a fait, dans la même journée, la démonstration de sa méthode et présenté ses appareils d'observation et de démonstration, qu'il avait déjà présentés à la section de physique.

M. le docteur Couturier (d'Epinal) communique le résumé de dix-sept observations d'iritis séreuse qu'il a recueillies dans les Vosges sur des malades porteurs d'accidents ou de stigmates scrofuleux évidents, et qui présentent en outre des traces de poussées multiples d'ophthalmie phlycténulaire sous forme de taies légères et plus ou moins nombreuses. Il en conclut que les iritis séreuses sont en grande partie des affections scrofuleuses, contrairement à l'opinion qui les attribue toutes à la syphilis héréditaire.

J'ai recueilli, dans les œuvres publiées ou inédites de M. Verneuil, une dizaine d'observations qui démontrent une grande analogie entre le panaris osseux et l'ostéomyélite infectieuse. On voit, en effet, un panaris osseux guéri en apparence depuis un certain temps; il ne reste plus qu'un écoulement purulent insignifiant, une petite croûte, etc., indice que la lésion n'est pas complètement guérie; survient une cause pathogénique banale, froid, coup, contusion, entorse, dans une région plus ou moins éloignée, et dans cette région se manifeste une collection purulente, en même temps que se développent

©BIU Santé

des phénomènes généraux graves analogues à ceux de la pyohémie; puis surviennent d'autres collections dans d'autres régions, des arthrites suppurées, de l'albuminurie, etc. Ces phénomènes, qui se manifestent en général chez des sujets affaiblis, cachectiques, et qui sont ceux des maladies infectieuses graves, sont déjà très intéressantes au point de vue des suites éloignées du panaris; ils démontrent, de plus, que cette affection, considérée en général comme bénigne, est précédée ou suivie de l'entrée dans le torrent circulatoire de microbes pathogènes qui, sous l'influence d'une cause quelconque qui provoque leur issue hors des vaisseaux sanguins, donnent naissance à des collections purulentes multiples et à un appareil fébrile grave. Le panaris se comporte donc, en pareil cas, comme l'ostéomyélite infectieuse, ce qui prouverait que le panaris est parfois une véritable ostéomyélite, et, à défaut d'autres preuves, que l'ostéomyélite est une maladie infectieuse.

M. Herrgott se refuse absolument à reconnaître dans le panaris une ostéomyélite infectieuse, c'est tout au plus une périostite ou une ostéite avec abcès sous-périostique. Pour M. Bouchard, au contraire, l'ostéomyélite est une maladie infectieuse, de même que le panaris, même le panaris simple; mais il pense que, dans nos observations, rien ne démontre que les accidents survenus à la suite du panaris aient eu pour cause les microbes du panaris ni de l'ostéomyélite; ce sont peut-être tout aussi bien d'autres microbes entrés postérieurement dans l'organisme par la plaie.

Tous deux s'éloignent donc de la manière de voir de M. Verneuil, qui est la suivante : le panaris, maladie infectieuse, s'accompagne de la présence dans le sang de microbes pathogènes; ces microbes peuvent rester longtemps et même toujours latents, et la maladie exclusivement localisée à la troisième phalange, jusqu'au moment où ils sont éliminés; mais s'ils viennent à faire irruption dans les espaces conjonctifs périvasculaires, ils y développent des collections purulentes, et s'ils sont très nombreux et actifs, l'appareil fébrile est très intense, et les phénomènes infectieux, très graves, peuvent se terminer soit souvent par la mort, soit moins souvent par la guérison après ouverture des abcès.

La communication de M. Lardier (de Rambervilliers), sur le phlegmon sous-pectoral dit spontané chez les alcooliques, se rapproche un peu de la précédente. Ce phlegmon est le résultat de la fatigue et du surmenage des muscles pectoraux; il survient donc par une sorte d'auto-traumatisme, un effort prolongé ou brusque déterminant ou non la rupture de quelques fibres musculaires et l'inflammation consécutive du tissu cellulaire sous-pectoral. Ce phlegmon est susceptible d'être résorbé, et à la suite de cette résorption se développent parfois des abcès métastatiques, qui dénotent l'auto-infection. Pour prévenir ces métastases, l'indication est d'ouvrir le phlegmon sous-pectoral aussitôt que la fluctuation est perceptible; mais il faut instituer en même temps le traitement général de M. Lardier, comme M. Luton (de Reims) préconise la strychnine, pour laquelle les alcooliques ont une tolérance tout à fait extraordinaire, et dont ils éprouvent d'ailleurs de très bons effets.

M. Assaky a observé récemment un cas analogue à ceux dont M. Lardier a donné la description.

M. Lancereaux a observé une autre variété de maladie infectieuse; c'est la pneumonie de l'hiver dernier, dont il a observé 23 cas dans son service de la Pitié, du 25 janvier au 25 mars. Ils coexistaient avec des cas de grippe, et dans une même salle où avaient été reçus des pneumoniques venant du dehors, on vit se développer presque simultanément six cas de pneumonie, qui se terminèrent tous par la mort. Quelques-uns débutèrent manifestement par un stade grippal.

L'évolution clinique de la maladie et la présence de pneumocoques dans les différents organes (plèvres, endocarde, etc.), qui furent atteints parfois en même temps que le poumon, sont des faits de nature à faire revenir à l'ancienne conception de la fièvre pneumonique, mais avec une autre interprétation pathogénique. Aussi peut-on envisager cette affection comme une maladie générale microbienne, épidémique et contagieuse, effectuant sa localisation ordinaire au niveau du poumon, mais pouvant aussi se déterminer sur un autre organe simultanément ou indépendamment de la lésion pulmonaire.

©BI Santé

Quel est le meilleur stéthoscope ? M. le docteur Maurel, qui a rassemblé presque tous les modèles inventés depuis 1830, démontre qu'au point de vue de l'acoustique, les stéthoscopes se divisent en deux catégories : ceux qui transmettent les bruits par les ondes solides et ceux qui les transmettent par les ondes aériennes. Ceux en bois, en corne et en métal, qu'ils soient pleins ou creux, appartiennent à la première, et seuls les instruments flexibles forment la seconde. Les bruits qui intéressent l'auscultation étant eux-mêmes aériens, liquidiens ou solidiens (ces deux dernières ne forment qu'une catégorie) et les ondes sonores perdant de leur intensité en passant d'un milieu dans un autre, l'acoustique conduit à adopter les stéthoscopes aériens pour les bruits aériens et les stéthoscopes solides pour les autres bruits. Les inductions de l'acoustique sont confirmées par l'expérience clinique, les stéthoscopes tubulaires sont préférables en général pour l'auscultation du poumon, et les solides pour les bruits du cœur. L'auscultation immédiate doit prendre place à côté des bruits du cœur.

On croit encore trop généralement que le paludisme ne se manifeste que par de la fièvre, et que seuls doivent être considérés comme impaludés ceux qui, vivant dans un pays palustre, ont présenté des accès de fièvre intermittente. M. Verneuil a déjà protesté maintes fois contre cette opinion qui est trop exclusive, et dans le travail que nous avons fait en collaboration avec lui sur l'asphyxie locale et la gangrène palustre, nous avons cité des cas dans lesquels le paludisme s'était manifesté pour la première fois par ces affections.

M. le docteur Bérillon en a présenté un nouvel exemple au Congrès. Il s'agit d'une malade vivant dans un pays palustre, mais n'ayant eu elle-même aucune manifestation appréciable du paludisme, alors que des membres de la même famille, parents, frères et sœurs, avaient eu la fièvre intermittente. Chez elle survint alors la gangrène symétrique des extrémités, décrite par Maurice Raynaud, mais dont l'étiologie est encore très obscure. M. Bérillon en conclut que le paludisme est la cause de cette affection, d'autant plus que la quinine et l'arsenic agissant favorablement sur elle. M. Bouchard a combattu ces conclusions, qu'a défendues au contraire M. Verneuil.

Signalons encore les communications de M. Koch (du Luxembourg) sur les renseignements que peut fournir la laryngoscopie dans le traitement des affections extra-laryngiennes ; — de M. de Valcourt, sur le traitement de la scrofule par les bains de mer en hiver, époque à laquelle notre confrère en a retiré de bons effets à Cannes, alors qu'il n'est pas possible de les administrer dans le nord de la France ; — de M. Tison, sur la gymnastique mécanique suédoise ; — de M. Lévy, sur un spéculum à valve perforée permettant le toucher du col, c'est-à-dire à la fois l'examen par la vue et par le toucher ; enfin la présentation d'un appareil permettant d'effectuer l'anesthésie chirurgicale sans dangers au moyen de mélanges titrés d'air et de vapeurs de chloroforme, par M. R. Dubois. C'est une modification de l'appareil présenté au Congrès précédent, et qui le rend plus portatif.

L.-H. Petit.

L'antisepsie médicale (1).

Antisepsie des organes génito-urinaires.

Depuis que la nature parasitaire de la *blennorrhagie* a été démontrée, on peut dire que le traitement de cette affection est entrée définitivement dans la voie de l'antisepsie, qui empiriquement d'ailleurs avait été de tout temps abordée. Les injections uréthrales de sublimé à des titres variables, de quinine, de salicylate de bismuth, ont donné de meilleurs résultats que les méthodes anciennes. Malheureusement, la disposition de la muqueuse de l'urèthre riche en cryptes où les microbes se cantonnent dans les cellules épithéliales permet aux gonococcus d'échapper à l'action de l'antiseptique.

L'antisepsie de la vessie, avec l'acide borique ou le nitrate d'argent, depuis qu'elle est rigoureusement pratiquée par les chirurgiens, leur permet de pénétrer impunément dans ce réservoir et d'éviter souvent les néphrites ascendantes.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 17 et 24 août 1886.

©BIU Santé

Enfin, il suffit d'indiquer la révolution opérée en obstétrique par l'emploi de l'antisepsie pour marquer l'un des plus grands services rendus à l'humanité par la médecine.

ANTISEPSIE GÉNÉRALE OU ANTISEPSIE DU MILIEU INTÉRIEUR.

Puisque des maladies infectieuses sont causées par la pénétration dans l'organisme de végétaux inférieurs, peut-on espérer annihiler l'action de ceux-ci?

Quand il s'agit d'infection de surface, le succès de la chirurgie antiseptique prouve qu'on peut triompher de ces micro-organismes, et quand il s'agit de maladies telles que la diphtérie qui restent pendant quelque temps des infections de surface, on peut tenter de détruire les agents infectieux avant qu'ils ne se soient répandus dans l'organisme.

Lorsqu'on a affaire à des infections générales, la question se présente, il est vrai, sous un nouvel aspect; le problème est-il pourtant insoluble? Les agents pathogènes des infections générales se trouvent les uns dans le sang (charbon, fièvre à rechutes), les autres dans certains tissus. Pour avoir de l'action sur eux, les médicaments qu'on leur oppose doivent imprégner tout l'organisme, et la fin de non-recevoir qui a été objectée de prime abord à l'antisepsie a été résumée par un maître dans cette formule qui a fait fortune : « On vise le microbe, on atteint le malade. » En d'autres termes, disent les adversaires de l'antisepsie générale, en voulant tuer les agents infectieux, vous tuerez les cellules animales avec lesquels ils sont en contact.

Pourtant voici des arguments que peuvent faire valoir les défenseurs de l'antisepsie. Outre qu'il y a des substances qui, indispensables à la vie de l'animal, tuent certains agents pathogènes (l'oxygène pour les microbes anaérobies), il y a des corps inoffensifs pour les cellules animales qui s'opposent au développement de certains végétaux (l'argent pour l'aspergillus, Raulin), de même que par contre certains végétaux vivent avec prédilection dans des milieux toxiques pour l'animal (solutions concentrées de quinine, d'arsenic, d'antimoine). Il y a donc lieu d'étudier patiemment tous les médicaments dont nous disposons au double point de vue de leur influence sur l'organisme animal (pouvoir toxique) et sur les micro-organismes végétaux pathogènes (pouvoir antiseptique).

Quelques exemples prouveront que le pouvoir toxique et le pouvoir antiseptique ne marchent pas parallèlement.

L'aniline est cinq fois moins antiseptique que l'acide phénique et quatre fois plus toxique.

Ayant un même pouvoir toxique que l'acide phénique, les sels de mercure sont six fois plus antiseptiques. Parmi les sels de mercure, le biiodure est à poids égal plus antiseptique que le bichlorure, et il est moins toxique.

Les iodures de potassium et de sodium, qui sont modérément antiseptiques, puisqu'il faut 48 grammes du premier et 50 grammes du second pour empêcher un litre de bouillon de fermenter, diffèrent beaucoup comme pouvoir toxique, puisque l'iodure de sodium est quarante fois moins nuisible pour l'animal que l'iodure de potassium (Bouchard) : ce qui, par parenthèse, doit engager les médecins à substituer presque toujours dans leurs prescriptions les sels de sodium aux sels de potassium.

M. Bouchard a fait remarquer qu'on pourrait avec avantage combiner plusieurs substances antiseptiques, car le pouvoir toxique du mélange n'augmente pas proportionnellement à son pouvoir antiseptique.

D'ailleurs, l'antisepsie ne se propose pas, comme on l'a dit, de tuer les microbes pathogènes au sein de l'organisme, mais seulement d'entraver leur multiplication. Il suffira souvent, pour permettre aux cellules animales de triompher dans leur lutte contre les microbes, de les empêcher d'être accablées sous le nombre sans cesse croissant de leurs ennemis.

Or, nous savons qu'on peut rendre inféconds même de grands végétaux en les changeant de milieu. M. Bouchard a cité l'exemple de ce palmier de Biskra qui, aux confins du désert, se couvre de fruits destinés à mûrir, et qui, transporté dans les serres du Muséum ou à Alger même, continue à vivre, mais ne donnera plus de fruits capables de le reproduire.

On sait même que l'organisme d'un animal de même espèce peut devenir impropre à la culture d'un microbe par simple changement d'habitat; c'est ainsi que les moutons de la Beauce transplantés en Algérie, sont devenus, 19 fois sur 20, réfractaires à l'inoculation de cultures charbonneuses qui tuent sans rémission leurs frères demeurés en France.

Ainsi tombent toutes les objections théoriques opposées à l'antisepsie générale. Mais les faits sont là pour attester que, pratiquement, les médecins réalisent depuis longtemps l'antisepsie.

Il n'est plus possible de dire que le mercure guérit la syphilis par sa vertu antiplastique; lui voit-on faire fondre des néoplasmes non syphilitiques? Comment la quinine agit-elle dans la fièvre paludéenne, sinon par son pouvoir antizymotique? De bons esprits pensent que l'acide salicylique ne jugule la fièvre rhumatismale que par une vertu du même ordre. Il est certain qu'il n'agit pas de la même façon sur toutes les fièvres. Pour revenir à la quinine, en dehors de la fièvre intermittente, elle n'abaisse la température efficacement que dans la fièvre typhoïde et une des formes de la fièvre puerpérale; n'est-il pas naturel de croire que, dans ces cas, la quinine ne fait tomber la fièvre qu'en contrariant l'agent infectieux, cause de celle-ci?

Dans la fièvre typhoïde, tous les médicaments qui ont été réputés tour à tour spécifiques ou simplement reconnus utiles, sont des antiseptiques à des degrés divers : chlore, iode, sulfites et hyposulfites, mercuriaux, térébenthine, créosote, acides thymique, benzoïque, salicylique, borique, iodoforme, quinine, résorcine, kairine, antipyrine, thalline.

Le mercure notamment, sous forme de sulfure noir, de frictions mercurielles (Serres, Becquerel), de calomel à doses réfractées jusqu'à salivation (Salet) a été considéré comme pouvant abréger la durée de la dothiénentérie, et M. Bouchard, qui l'a conservé à la dose de 40 centigrammes par jour dans son traitement complexe de cette maladie, est enclin à lui attribuer la terminaison rapide et favorable de certains cas qu s'annonçaient graves au début.

Nous arrêterons ici cette revue rapide, qui peut-être aura eu quelque intérêt pour nos lecteurs, et nous dirons en finissant que nous ne sommes encore qu'à l'aurore de l'antisepsie générale; il n'est pas téméraire d'affirmer qu'elle se lève réellement à l'horizon médical et que ceux qui se consacrent à son étude ne poursuivent pas, comme le disent leurs adversaires, une chimère au milieu des ténèbres. — P. Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Exposé statistique et historique de la gale et de la teigne, par M. Alph. Mauricet. Vannes, 1886. Galles.

Cette brochure fait partie des *Travaux des Conseils d'hygiène du Morbihan en 1885*; mais il ne faudrait pas la juger, à première vue, comme un document administratif fort monotone et fort aride. Loin de là! A côté des renseignements officiels, notre érudit confrère a réuni des indications historiques précieuses pour tous ceux qui veulent se rendre compte de la vulgarité de ces affections durant les siècles passés. En Bretagne, la gale s'appelait naguère « droucq Saint-Meen, le mal de Saint-Mein ». Elle y était encore fort commune en 1830, car, d'août 1832 à février 1837, un seul chirurgien, M. Dauvergne (de Plouag), traita 14,666 galeux. En 1885, après les efforts prolongés des Conseils d'hygiène et les encouragements du Conseil général, M. Mauricet évalue leur nombre, dans le Morbihan, à 698. C'est trop encore; mais, grâce à la persévérance des pouvoirs publics, on peut prévoir qu'un jour viendra où le mal de Saint-Mein sera des plus rares dans ce département.

La teigne n'y est pas moins fréquente, et, en 1885, le nombre des teigneux recensé par les maires s'est élevé à 156, en diminution, il est vrai, sur la statistique de l'année précédente. Elle y motive l'exemption de conscrits, et vraiment on se demande volontiers, avec M. Mauricet, si, dans un temps de service obligatoire, les conscrits teigneux ne devraient pas prendre plutôt rang parmi les mutilés volontaires.

©BIU Santé

En terminant, notre confrère demande l'organisation hospitalière du service des teigneux dans le département. Puisse-t-il avoir apporté la conviction dans l'esprit de l'Administration et déterminé le Conseil général à voter les subsides nécessaires pour combattre énergiquement cette dermatose et la faire disparaître. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de mort subite après l'excision de la luette, par W. Tompkins. — L'excision fut pratiquée, parce que l'allongement de cet organe était tel qu'il arrivait au contact de la face dorsale de la langue. Elle ne donna lieu qu'à un très faible écoulement de sang et fut suivie de la cessation des troubles de déglutition que l'opéré accusait auparavant.

Quelques minutes plus tard, cet individu succombait subitement. Il était atteint d'une affection du cœur, et sa mort subite résultait probablement d'une syncope provoquée par le choc opératoire. Le père de cet individu avait succombé, trois ans auparavant, à des accidents semblables. (*The medical Record*, 19 juin 1886, p. 706.) — C. L. D.

De l'endocardite du cœur droit, par Byrom Bramwell. — Dans une série de 685 autopsies, 131 fois on trouva des lésions anatomiques du cœur, dont 83 se rapportaient à une endocardite récente ou ancienne. Dans 24 de ces cas, les lésions siégeaient sur la tricuspide; et, parmi elles, 10 étaient anciennes et 14 récentes. M. Byrom Bramwell s'appuie sur ces chiffres pour admettre la fréquence de l'endocardite aiguë de la valvule tricuspide et la rareté relative de l'endocardite chronique. De plus, il constate que, dans certains cas, ces altérations sont passagères et qu'à l'autopsie, il n'existe plus de lésions anatomiques en donnant la raison.

Ce n'est pas tout : à l'aide de ces données anatomo-pathologiques, il critique la théorie de Sibson d'après laquelle le murmure tricuspidien qu'on observe dans 47 p. 100 des endocardites rhumatismales, serait plutôt en rapport avec l'inflammation de l'appareil mitral. Pour M. Byrom Bramwell, ce bruit aurait pour cause l'endocardite rhumatismale et pour origine l'orifice auriculo-ventriculaire droit. (*American Journal of med. sciences* Avril 1886.) — C. L. D.

De l'influence de l'antipyrine sur l'excrétion des matières azotées, par C. Umball. — A l'effet de connaître les modifications que l'antipyrine apporte aux échanges interstitiels, M. Umball compare la quantité d'acide urique, d'acide sulfurique et de composés azotés, qui est éliminée normalement, avec celle qui est excrétée sous l'influence de l'antipyrine. Les résultats obtenus par ces essais quantitatifs démontrent que les échanges des tissus sont modifiés par l'antipyrine de la même manière que par la quinine et les autres agents antipyrétiques. La quantité de matières azotées éliminées par les urines diminue et cette diminution est en rapport avec l'énergie moins grande des combustions. (*Arch. f. Exp. path. und pharm.*, bd. 19; 1886. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 août. — Présidence de M. Sappey.

M. Jules Rochard présente, de la part de M. le docteur Orgeas, ancien médecin de la marine, un volume intitulé : *La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation.*

— M. Luys présente : 1° de la part de MM. les docteurs Bourru et Burot, médecins de la marine, une brochure intitulée : *Action à distance des substances toxiques et médicamenteuses;* — 2° de la part de M. le docteur Berjon, médecin de la marine, une brochure intitulée : *La grande hystérie chez l'homme,* d'après les travaux de MM. Bourru et Burot.

— M. Panas dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur E. Rolland (de Mont-de-Marsan), un travail manuscrit intitulé : *Enucléation sous-cutanée des tumeurs dermoïdes du sourcil; nouveau mode d'extirpation des poches kystiques de ces tumeurs sans incision des tissus qui les recouvrent.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national (première division). Sur 24 votants, M. Batteman (de New-York) obtient 23 suffrages, contre 1 à M. Ossian Bonnet. M. Batteman est élu.

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. René Briau, son bibliothécaire en chef, et fait en quelques mots l'éloge des qualités et des travaux du défunt.

— M. Polaillon donne lecture d'un travail intitulé : *Extraction d'une fourchette de fer par la taille stomacale. — Utilité de l'aiguille aimantée et de l'électro-aimant pour reconnaître la présence de ce corps étranger dans l'estomac.*

M. Polaillon présente une fourchette qu'il a retirée hier, par la taille stomacale, de l'estomac d'un jeune bateleur de 25 ans. Cette fourchette séjournait depuis dix jours dans l'estomac lorsque le malade entra à l'hôpital; elle lui causait une gêne dont il désirait être soulagé.

En vue d'éclairer un diagnostic qui ne lui paraissait pas suffisamment établi, par le dire du malade et par l'exploration de la paroi abdominale, M. Polaillon introduisit une sonde œsophagienne portant à son extrémité une olive métallique reliée à un résonnateur. Cet instrument, construit par M. Collin et destiné à transmettre à l'oreille du chirurgien le bruit produit par la percussion de l'olive sur le corps métallique, ne donna pas de résultat.

Il songea alors à employer une sonde œsophagienne portant à son extrémité les deux pôles d'une pile. M. Trouvé construisit une sonde d'après le principe de son stylet avec sonnerie électrique pour reconnaître la présence des corps étrangers métalliques dans les tissus. Au moment où cette sonde pénétra dans l'estomac, le bruit révélateur se fit entendre, mais ne put être reproduit.

Le diagnostic ne fut complètement établi que lorsque M. Trouvé eût fait les explorations suivantes :

1° Une aiguille aimantée, d'une extrême délicatesse, s'orientait vers la région stomacale du malade, lorsque ce dernier s'approchait d'elle. Le malade faisait-il quelques mouvements, l'aiguille aimantée suivait ces mouvements.

2° Un fort électro-aimant, placé à quelques millimètres de la paroi abdominale du malade, produisait tout à coup, lorsqu'on faisait passer le courant, une voussure brusque de la peau, comme si un corps situé dans l'intérieur du ventre se précipitait vers l'électro-aimant. Suspendait-on l'électro-aimant à une corde, de manière à ce qu'il fût placé en face de l'estomac, on voyait l'électro-aimant osciller, puis s'appliquer sur la peau toutes les fois qu'on fermait le courant.

Le diagnostic une fois posé, M. Polaillon se décida à pratiquer la taille stomacale sans s'arrêter à des tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Le 23 août, dix-neuf jours après l'accident, l'opération fut pratiquée : incision de 7 centimètres partant de la neuvième côte gauche, à 1 centimètre du rebord des cartilages costaux, se dirigeant vers l'appendice xyphoïde, comme dans l'opération de M. Léon Labbé.

Le doigt, introduit de bas en haut, rencontre facilement l'estomac et le corps étranger qu'il contient. Une portion de la paroi antérieure du viscère est attirée entre les lèvres de la plaie et fixée à cette paroi par deux broches en fer, au niveau de l'incision.

La partie saillante du repli stomacal est incisé dans l'étendue de 3 centimètres. Un doigt plongé dans l'estomac rencontre tout de suite la fourchette placée obliquement dans la cavité du viscère. L'extrémité arrondie située en bas et à droite est saisie avec une forte pince, à mors étroit, et, très rapidement, M. Polaillon la fait évoluer de manière à l'amener vers la boutonnière stomacale et à l'extraire avec facilité.

Après ligature de trois vaisseaux saignants, une suture en surget avec un fil de catgut

©BIU Santé

assez fin adosse exactement les deux feuillets séreux de l'incision de l'estomac et ferme complètement la cavité de ce viscère.

Après avoir attendu quelques minutes pour bien étancher le sang de cette suture, M. Polaillon enlève les broches et abandonne l'estomac dans la région épigastrique.

Une hernie de l'épiploon est réduite non sans une certaine difficulté, et l'on fait la suture de la paroi du ventre par trois fils profonds en argent et quatre superficiels.

Pansement de Lister. Epaisse couche de coton autour du ventre, maintenu par un bandage de corps assez serré. La fourchette mesure 21 centimètres de longueur et pèse 59 grammes.

M. Polaillon appelle l'attention sur les difficultés exceptionnelles du diagnostic dans le cas dont il s'agit et qui ont été vaincues par l'intervention de l'aiguille aimantée et de l'électro-aimant.

Il fait remarquer que toutes les opérations de taille stomacale ont été faites en suturant la paroi antérieure de l'estomac à la plaie abdominale, avant d'ouvrir la cavité de cet organe. Après l'extraction du corps étranger, l'opéré portait une fistule qui se fermait à la longue.

Les progrès de la chirurgie ont conduit M. Polaillon à simplifier cette opération. Il a pensé qu'avant d'ouvrir l'estomac, on pourrait se dispenser de le fixer à la paroi abdominale par une suture. Puis, lorsque le corps étranger a été extrait, une suture exacte de l'incision doit permettre de remettre l'estomac dans le ventre, faisant ainsi une suture perdue qui réussit si bien dans le cas de plaie intestinale.

M. Polaillon promet de tenir l'Académie au courant des suites de son opération. Il pense, d'ailleurs, que des tentatives d'extraction des corps étrangers métalliques de l'estomac par les voies naturelles pourraient logiquement être pratiquées, en introduisant dans la cavité de l'estomac, jusqu'au contact avec le corps étranger, une sonde à olive métallique mise en communication avec un fort électro-aimant.

M. Larrey signale un fait analogue à celui qui fait l'objet de la communication de M. Polaillon. Il l'a observé chez une jeune fille qui garda pendant plusieurs mois dans son estomac une fourchette qu'elle avait avalée involontairement. Un médecin de campagne fit l'extraction du corps étranger à l'aide d'une simple incision.

M. Le Roy de Méricourt met en doute la possibilité de l'extraction des corps étrangers métalliques à l'aide d'un électro-aimant. Il pense que les contractions de l'estomac opposeraient à cette tentative un obstacle invincible.

M. Polaillon répond que cette résistance pourrait être vaincue en injectant dans l'estomac des gaz ou des liquides susceptibles de se vaporiser de manière à dilater suffisamment les parois du viscère.

M. Goubaux a reconnu dans plusieurs expériences sur les chevaux la possibilité de dilater notablement l'orifice cardiaque de l'estomac, soit à l'aide d'insufflations d'air, soit par des injections de gaz. Il pense que la tentative proposée par M. Polaillon, d'extraction du corps étranger métallique de l'estomac à l'aide d'un fort électro-aimant, pourrait être couronnée de succès.

— M. Giraud-Teulon fait une communication sur le mécanisme du saut, à l'occasion d'une note présentée par M. Marey à l'Académie des sciences le 24 août 1885.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

COURRIER

Nécrologie. — Le corps médical lyonnais vient de perdre un de ses membres les plus sympathiques, le docteur Keisser.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. VERNEUIL : Des effets différents de la contusion suivant l'état constitutionnel du blessé. — II. L.-H. PETIT : Association française pour l'avancement des sciences. — III. BIBLIOTHÈQUE : De l'huile de Chaulmoogra. — IV. REVUE DES JOURNAUX : Sur un cas de rétrécissement spasmodique du canal de l'urèthre, traité sans succès par l'uréthrotomie interne et guéri par la suggestion hypnotique. — Un cas de distension de la vessie resté latent. — V. SOCIÉTÉS médicales des départements : Société médicale de l'Yonne (1885). — VI. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de biologie. — VII. FORMULAIRE. — VIII. COURRIER. — IX. BULLETIN bibliographique.

Clinique chirurgicale de la Pitié

Des effets différents de la contusion suivant l'état constitutionnel du blessé (1)

Leçons cliniques par M. le professeur VERNEUIL.

OBS. VI. — *Coxalgie guérie depuis quinze ans; chute sur le grand trochanter; retour de l'ostéo-arthrite; abcès, fistules et ulcères tuberculeux. Débridement, raclage des trajets, puis résection de la hanche. Insuccès opératoire; mort par lésions hépatiques et rénales, et tuberculose généralisée commençante.* (Observation rédigée d'après des notes recueillies par M. le docteur Nepveu.)

B... (Gustave), 31 ans, est admis à la Pitié, le 6 février 1883, pour une affection de la hanche droite. Elevé en Bretagne, il donne peu de renseignements sur sa santé dans la première enfance et sur ses antécédents de famille. Il raconte seulement qu'il fut pris, à 12 ans, d'une coxalgie grave qui dura trois ans et finit par guérir avec ankylose à angle droit.

Néanmoins, à la difformité près, le rétablissement fut complet, et le jeune homme devint actif et robuste. Il commença à marcher avec deux béquilles, puis bientôt avec une seule. A 20 ans, il était comptable dans un bureau de voitures publiques, à la campagne. Il était si alerte que, maintes fois, faisant l'office de cocher, il montait lestement sur l'impériale des voitures en se servant du membre ankylosé fléchi, et surtout de ses bras, qui étaient fortement musclés.

A 30 ans, par malheur, il fut projeté du haut de l'omnibus qu'il conduisait, et tomba précisément sur la hanche autrefois malade. Une inflammation vive se développa au lieu contusionné, s'accompagnant de douleurs intenses qui nécessitèrent le repos pendant plus d'un mois.

B..., sorti de son lit, garda un endolorissement et une faiblesse du membre qui le forcèrent à reprendre le travail de bureau et les béquilles. Quelques mois se passèrent ainsi, pendant lesquels il commit des abus de confiance qui le firent condamner à six mois de prison.

Les conditions mauvaises de milieu et d'alimentation, jointes à un profond chagrin, exercèrent l'influence la plus fâcheuse sur les lésions de la hanche. L'inflammation consécutive à la contusion, qui persistait encore lors de l'arrestation, fit des progrès continus; la région se tuméfia et plusieurs abcès se formèrent, qui restèrent fistuleux.

A la sortie de prison, quinze mois environ après la chute sur le grand trochanter, B..., que j'avais vu souvent à la campagne, me demanda un lit à l'hôpital.

Il était en assez mauvais état, pâle, amaigri, fatigué par la suppuration; il était atteint de septicémie chronique, traduite par l'anorexie et l'élévation vespérale de la température. Néanmoins, les grands viscères ne paraissaient pas sérieusement atteints, et rien surtout n'indiquait l'envahissement des poumons par la tuberculose. En revanche, les fistules de la région trochantérienne, avec leurs bords décollés et livides, avec l'enduit pultacé de leur fond, offraient les caractères types des ulcères scrofuleux. L'ostéo-arthrite coxo-fémorale était d'ailleurs très manifeste.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 et 26 août 1886.

©BIU Santé

Pour parer à ces accidents, je débridai largement les fistules au thermo-cautère, grattai leur fond et ruginai superficiellement les os mis à nu. Un pansement antiseptique ouvert fut appliqué.

Le résultat fut d'abord satisfaisant. La fièvre cessa ainsi que la douleur; l'appétit revint, les plaies se détergèrent et la suppuration prit bon aspect, bien que restant trop abondante. L'amélioration ne se maintint pas longtemps; pendant que les plaies se fermaient superficiellement, des fusées, des décollements profonds faisaient renaître les accidents locaux et généraux. Après avoir vainement essayé le drainage et les injections de diverse nature, je me décidai à pratiquer, le 7 septembre, la résection de la hanche.

J'enlevai, avec le ciseau et le maillet, le grand trochanter et le col du fémur avec la tête, soudée dans la cavité cotyloïde. Cette dernière fut soigneusement ruginée et cautérisée au thermo-cautère, ainsi que les clapiers et les trajets fistuleux. L'opération fut faite très radicalement pour détruire toutes les surfaces suspectes d'infiltration tuberculeuse. Un pansement antiseptique ouvert fut soigneusement appliqué et fréquemment désinfecté à l'aide de la pulvérisation prolongée.

L'ébranlement opératoire fut très marqué. Le malade fut pris pendant dix jours d'hypothermie, de vomissements, et d'un hoquet très fatigant qui ne céda qu'à des pulvérisations d'éther faites à la région hypogastrique et renouvelées plusieurs fois par jour; néanmoins, une fois encore, on put espérer le succès. En effet, la plaie de la résection se détergea et se couvrit de bourgeons de bonne apparence. Les fonctions digestives se rétablirent et la température se maintint assez bonne, le thermomètre oscillant entre 37°5 et 38°5. Malheureusement, en janvier, le tracé monta de quelques dixièmes; la cicatrisation, qui jusqu'alors avait progressé régulièrement, s'arrêta, et du pus se forma de nouveau à la périphérie de la plaie opératoire, dans les interstices musculaires de la fesse et de la cuisse. L'état général se détériorait parallèlement, et bien que les urines ne renfermassent ni albumine ni acide rosacique, on ne pouvait mettre en doute la stéatose avancée des reins et du foie.

En février, je débridai deux vastes collections qui s'étaient montrées dans la fosse iliaque externe et vers le sacrum et raclai superficiellement leur paroi. Il en résulta une hémorrhagie en nappe, profuse, difficile à réprimer, et qui jeta l'opéré dans un grand état d'affaiblissement. Les vomissements et le hoquet reparurent, empêchant pendant plusieurs jours toute alimentation.

En mars, de nouvelles lésions surgirent. Le membre opéré devint le siège d'un œdème total qui après quelques jours envahit à son tour le membre sain, puis la paroi abdominale. Bientôt apparurent sur les deux membres œdématiés des taches ecchymotiques livides, confirmant encore l'origine hépatique de l'œdème. A la fin de mars, la suppuration devient bleue et resta telle pendant huit jours. Les vomissements et le hoquet reviennent et empêchent absolument toute alimentation.

Enfin, le 19 avril, le malade succombe, ayant conservé jusqu'au dernier jour toute son intelligence et l'intégrité apparente de l'appareil respiratoire.

Autopsie. — Ostéite étendue de l'os iliaque, avec végétations osseuses péri-cotyloïdiennes. Dégénérescence et infiltration purulentes des muscles, fusées, clapiers, etc., ganglions iliaques et lombaires gros et caséeux.

L'examen des viscères était particulièrement intéressant. Nous trouvâmes le foie volumineux et entièrement stéatosé; les reins atteints de néphrite interstitielle très avancée avec plusieurs foyers tuberculeux. En revanche les poumons présentaient seulement au sommet quelques tubercules de petit volume assez rares et de date récente. A la surface de la rate et du péritoine, fines granulations grises.

Rien dans les méninges ni dans le cerveau.

RÉFLEXIONS. — Les observations semblables à la précédente ne sont pas rares, et l'on n'y ferait guère attention si, au point de vue pathogénique, elles n'offraient pas un réel intérêt.

Voici une coxalgie de l'adolescence, assez médiocrement soignée en pro-

vince, comme l'atteste sa durée et la difformité consécutive, et qui néanmoins guérit complètement en apparence, ne provoque pendant quinze ans aucun symptôme local ni général et n'empêche pas un développement musculaire très prononcé. Certes, on n'aurait pu penser que tout était pour toujours fini de ce côté. Mais un trauma survient. La région autrefois malade est contusionnée et aussitôt l'inflammation depuis si longtemps éteinte se rallume et avec le concours des privations et de l'incarcération, source de débilitation profonde, fait naître au point heurté des abcès, des fistules, des ulcères offrant tous les caractères objectifs des lésions tuberculeuses.

Comme, en l'état actuel de la science, on ne peut plus croire qu'un trauma banal ni même la misère la plus noire puissent à eux seuls engendrer une maladie infectieuse spécifique, force est d'admettre que ce trauma et cette misère ont non seulement rallumé un foyer morbide éteint, mais encore rendu manifeste une lésion tuberculeuse latente depuis quinze ans.

Une fois remise en culture, la graine microbique a poussé localement avec une rapidité, une abondance et une ténacité que n'ont pu vaincre deux opérations pourtant fort radicales ; puis franchissant la zone de la région blessée, elle a fini par envahir l'économie tout entière en se généralisant aux reins, aux poumons, au péritoine.

Ici l'infection a bien évidemment marché de la périphérie au centre, ou, en d'autres termes, de la hanche aux viscères, contrairement à ce qu'on observe si souvent quand les lésions pulmonaires précèdent les localisations osseuses ou articulaires.

Ne voit-on pas encore inscrits en lettres majuscules, dans cette observation, le réveil et l'aggravation des propathies par le traumatisme accidentel ou opératoire, puis aussi l'insuffisance des opérations parcimonieuses et en particulier de ce raclage si vanté des trajets tuberculeux ? C'est pourquoi je me repens, lorsque P... est venu réclamer mes soins, de n'avoir pas d'emblée pratiqué la résection de la hanche qui aurait peut-être supprimé complètement la source de l'infection.

De la contusion comme cause déterminante des néoplasmes, — On sait combien a été discuté le rôle de la contusion dans le développement du cancer et des tumeurs en général. Pour ma part, j'ai toujours admis cette cause, aussi bien pour les pseudoplasmes de mauvaise nature que pour les productions les plus bénignes : lipomes, kystes, carcinomes, etc.

Pour fixer définitivement la science et convaincre les dissidents sur un point d'étiologie qui me paraissait d'une grande importance théorique, j'avais confié à un de mes meilleurs internes, M. Le Clerc, le soin de présenter l'état actuel de nos connaissances en résumant les très nombreux faits épars dans les recueils. Mon disciple accumula des matériaux considérables, comme l'atteste l'index bibliographique annexé à sa thèse; malheureusement, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, il fut obligé de terminer à la hâte son travail, qui est déjà fort intéressant, mais qui aurait pu l'être bien davantage encore. C'est une question à reprendre, non pour démontrer que les contusions peuvent engendrer les néoplasmes, — car c'est chose avérée, — mais pour expliquer la chose et pour la faire servir à éclairer les origines si obscures encore de la néoplasie.

Voici, du reste, les conclusions de la thèse susdite (1) :

(1) *Contusion et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs*, Th. de Paris, 1883.

©BIU Santé

1° La contusion a un rôle indéniable dans l'étiologie des néoplasmes;

2° Elle agit en exagérant au sein des tissus le travail réparateur et en créant dans les parties vulnérées un *locus minoris resistentiæ;*

3° Elle n'est toutefois qu'une cause localisatrice; elle ne peut produire par elle-même un néoplasme, et, pour le faire, elle a besoin d'une diathèse que nous appellerons néoplasique, diathèse secondaire, dépendant de l'arthritisme.

J'ai communiqué à M. Le Clerc plusieurs observations fort concluantes. J'en rencontre tous les jours dans ma pratique. En voici une que je crois devoir citer comme preuve de l'action provocatrice du traumatisme, qui a fait naître prématurément au lieu de son application une tumeur qui sans doute n'aurait paru spontanément qu'un ou deux ans plus tard.

Obs. VII. — *Adénome polykystique des deux seins développé d'un côté à la suite d'une contusion et vingt mois plus tard de l'autre côté spontanément.*

Pauline P..., 52 ans, ménagère, petite taille, assez grasse, ayant toujours joui d'une santé parfaite, entre à l'hôpital de la Pitié le 26 octobre 1878 pour une double tumeur des mamelles. Elle raconte ainsi les origines de son mal.

En 1876, quelques semaines avant la cessation des règles, elle se heurta le sein droit de la manière suivante : elle cassait une branche de bois sur son genou, la branche céda brusquement sous l'effort, et l'extrémité libre d'un des fragments vint frapper violemment la mamelle à sa partie supérieure; douleur vive, ecchymose manifeste, puis tout disparut. Un mois plus tard, apparaissait exactement au point frappé un noyau induré qui, bien que marchant sans douleur, n'a jamais cessé depuis de s'accroître, au point que l'induration occupe aujourd'hui la glande tout entière sous forme de nodosités multiples conglomérées, qui toutefois n'en augmentent pas le volume, n'en changent pas la forme, n'adhèrent point à la peau et n'en modifient ni la structure ni la couleur.

On trouve dans l'aisselle des ganglions engorgés qu'un cordon lymphatique très appréciable relie à la tumeur. Celle-ci est sensible à la pression et devient souvent le siège de douleurs lancinantes assez vives.

Le sein gauche est également envahi par la même lésion, moins avancée à la vérité; les nodosités y ont paru il y a quatre mois seulement sans la moindre cause appréciable. Le mal offre exactement les mêmes caractères que du côté droit et provoque les mêmes douleurs; il présente seulement une marche un peu plus rapide.

Je diagnostique un adénome polykystique des mamelles, affection ordinairement bilatérale, comme Reclus l'a si bien démontré; elle a d'abord paru à droite, au point contus; elle aurait sans doute attaqué le sein gauche le premier si le choc avait porté sur lui.

Association française pour l'avancement des sciences

CONGRÈS DE NANCY.

Séance du 18 août 1886.

Cette séance pourrait être appelée séance d'hypnotisme, car elle a été consacrée en grande partie à des communications sur ce sujet.

D'abord M. Liégeois, professeur à la Faculté de droit, a présenté deux sujets qu'il a endormis pour démontrer comment on peut, chez les somnambules, produire un état d'automatisme complet et leur suggérer des actes délictueux ou criminels qu'ils accompliraient certainement. Les actes suggérés à ces deux sujets n'avaient à la réalité rien de criminel, puisqu'il s'agissait de faire certains gestes et d'écrire une phrase au tableau, mais M. Liégeois a affirmé qu'il en eût été de même, quelle qu'eût été la suggestion, et est parti de là pour attirer notre attention sur les conséquences que doit

entraîner, au point de vue de l'application de la loi pénale, la possibilité de faire commettre par suggestion des crimes ou des délits par des personnes susceptibles d'arriver au sommeil somnambulique; celles-ci ayant agi dans un état de véritable automatisme devraient être acquittées; par contre, il faudrait rechercher et punir, comme seul coupable, l'auteur de la suggestion criminelle.

M. Burot (de Rochefort) emploie la suggestion pour faire changer les hystéro-épileptiques de personnalité. Il avait déjà observé ce fait avec son collègue, M. Bourru. Le point intéressant et nouveau, c'est qu'on peut à volonté reporter le sujet à plusieurs époques différentes de son existence, où il a présenté des phénomènes particuliers physiques et psychiques. Il y a, paraît-il, une relation précise, constante et nécessaire entre l'état physique et l'état mental. Les principaux états de personnalité obtenus ont été confirmés et trouvés exacts après coup par les renseignements puisés à diverses sources. Ce n'est plus la substitution d'une personnalité à une autre que l'on peut donner par suggestion, comme lorsqu'on dit à un somnambule qu'il est un personnage nouveau; c'est un état de personnalité qui a existé; ce cas rentre dans ceux de double personnalité, bien qu'il s'en sépare à plusieurs points de vue.

M. Bérillon est parvenu à dissocier la personnalité d'une autre manière en faisant exprimer à la face des sentiments en désaccord complet avec l'état mental. Par exemple, utilisant l'aptitude spéciale que présentent certains sujets, dans l'état d'hypnotisme et dans l'état de veille, de se laisser facilement contracturer les muscles du corps et, en particulier, de la face dans une attitude déterminée, M. Bérillon a fortement contracturé la face de plusieurs sujets hommes dans l'expression de l'hilarité la plus nette; en même temps il évoquait dans le cerveau de ces sujets d'abord en somnambulisme, puis à l'état de veille, des pensées tristes en complet désaccord avec l'expression de leur physionomie. Inversement, il était facile de provoquer l'éclosion d'idées très gaies coïncidant avec l'expression lugubre de la physionomie. Ces expériences ayant pu être prolongées plusieurs heures sans fatiguer les sujets, on en a conclu qu'elles fournissaient une démonstration physiologique de la localisation différente des diverses facultés mentales, et, de plus, qu'elles démontraient la possibilité de dissocier expérimentalement ces facultés chez l'homme éveillé ou hypnotisé, puisque l'expérimentateur pouvait à son gré modifier la faculté d'expression, quelle que fût l'émotion intime du sujet.

M. le docteur Liébault (de Nancy), un des médecins les plus compétents sur les diverses formes du sommeil, a employé la suggestion hypnotique au traitement de l'incontinence d'urine chez les adultes et les enfants au-dessus de 3 ans. Sur 77 sujets, les résultats ont été les suivants :

Ont été guéris en une ou plusieurs séances, avec renseignements ultérieurs			23
Guéris à la suite de peu de séances, mais sans renseignements ultérieurs			23
Guéris par le même traitement plus prolongé, avec	—		10
Améliorés et peut-être guéris	sans	—	9
N'ont subi qu'une seule séance	—	—	4
N'ont été ni guéris ni améliorés	—	—	8

La suggestion consistait à faire retenir l'urine par les malades et à les obliger de se lever pour uriner lorsque le besoin devenait impérieux; la vessie reprit peu à peu sa tonicité, et l'incontinence fut guérie ou améliorée dans les proportions indiquées ci-dessus.

Parmi ces incontinents, 58,44 p. 100 étaient des garçons, et 41,56 p. 100 des filles.

M. le professeur Bernheim a démontré d'un manière très catégorique, à l'aide d'expériences avec des verres de couleur et des prismes, que l'amaurose hystérique, comme toute hémianesthésie sensitivo-sensorielle des hystériques, est purement psychique; le sujet voit avec sa rétine, il voit avec son cerveau, la rétine reçoit l'impression, le centre cortical visuel la perçoit; mais l'hystérique neutralise l'image inconsciemment avec son imagination; il ne voit pas avec les yeux de l'esprit, il se fait une illusion négative (destructive) des impressions reçues.

Soit une hystérique atteinte d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec amaurose

©BIU Santé

gauche complète, on lui met des lunettes qui ont un verre rouge et un vert, et on lui fait lire sur un cadre six lettres imprimées sur des verres alternativement rouges et verts; on sait que le vert sur le rouge donnant par transparence du noir, donc l'hystérique lisant de l'œil droit seul, couvert du verre rouge, le gauche étant fermé, ne voit que les lettres sur vert-rouge, et non les vertes; mais si on laisse les deux yeux ouverts, elle lit couramment toutes les lettres vertes et rouges; elle lit celles qu'elle est censée ne pas voir et qu'elle voit à son insu, d'une façon inconsciente. On le démontre aussi avec le prisme. Un prisme produit de la diplopie lorsqu'on regarde avec les deux yeux; les hystériques atteintes d'amaurose unilatérale ne devraient voir qu'une image; or, elles en voient deux, donc l'œil amaurotique voit à leur insu. On fait la même démonstration pour l'achromatopsie hystérique.

M. Bernheim demande qu'on réserve, à la cécité par imagination, le nom de *cécité psychique*, donné par les neuro-pathologistes au symptôme caractérisé par la conservation de la vision avec perte de la mémoire visuelle, et qu'on donne à ce symptôme le nom d'*amnésie visuelle*, ce qui serait plus logique

M. le docteur Dagrève décrit une forme de chlorose caractérisée, outre les signes ordinaires, par un développement considérable de tissu adipeux, et cite quelques observations, dont quelques-unes recueillies sur des hystériques, eurent une guérison rapide. Outre les moyens ordinaires, il emploie les excitations cutanées à l'aide de frictions avec l'eau de Cologne ou d'un corps analogue et l'eau fraîche, et la semaine qui précède les règles par l'électricité d'induction.

Parmi ces malades, une était affectée d'aphonie; elle fut guérie à la fois de l'aphonie et de la chlorose. M. Bernheim rappelle, à ce propos, qu'il a vu une jeune fille tuberculeuse, atteinte d'aphonie nerveuse sans lésion laryngée, guérir subitement pendant qu'on préparait l'appareil à induction pour lui électriser le larynx. Sans nier l'effet réel en certains cas de la faradisation, il croit qu'il faut tenir grand compte de l'influence morale qu'elle produit sur ces sujets. Mais, dans le cas de M. Dagrève, l'examen laryngoscopique avait révélé un certain degré d'inflammation des cordes vocales.

Notre excellent collaborateur et ami Henri Huchard a fait sur les cardiopathies artérielles et leur curabilité par la médication iodurée une communication qui sera probablement reproduite dans ce journal. Je vais, en attendant, en rappeler les points principaux, qui ont servi de base à une discussion intéressante.

Après avoir rappelé que parmi ses observations de guérison d'angines de poitrine vraies au moyen des iodures, communiquées au Congrès de Grenoble, il s'en trouvait où des souffles organiques ont en même temps disparu, M. Huchard en cite d'autres dans lesquelles la médication iodurée a considérablement amélioré et même guéri des « cardiopathies artérielles » à leur début. Il insiste sur la notion de l'artério-sclérose envisagée comme maladie générale portant son action sur le cœur, le rein ou le cerveau, et sur l'indication qui en résulte de s'adresser pour le traitement de ces maladies artérielles à une médication artérielle, la médication iodurée. C'est ce principe qui l'a guidé pour le traitement de l'angine de poitrine vraie et qui doit guider encore dans le traitement des cardiopathies et des néphrites artérielles.

Ces cardiopathies artérielles ont une physionomie particulière; elles sont remarquables par la brusquerie avec laquelle surviennent des accidents asystoliques chez les artério-scléreux, les diabétiques et les goutteux chez lesquels on n'avait pas soupçonné de maladie du cœur; il en est de même chez les femmes à l'époque de la ménopause.

Le traitement de ces affections doit être prolongé, c'est là une des conditions du succès. Il faut soumettre les malades à la médication iodurée, pendant un à trois ans, à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes. Il faut, de plus, substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, parce que ce dernier sel administré pendant longtemps peut déterminer des accidents toxiques sur le cœur et dans l'économie, et qu'il doit être banni de la thérapeutique d'affections qui conduisent à une localisation rénale et à l'urémie qui résulterait, d'après les travaux de Feltz et Ritter, d'une action toxique de la potasse, l'urémie n'étant plus alors qu'une potassiémie.

M. Liégeois (de Blainville-aux-Saules) partage entièrement l'opinion de M. Huchard

sur la curabilité des cardiopathies artérielles par la médication iodurée; il préfère l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, qui a une action débilitante sur le système nerveux central. Il estime que l'iodure de sodium, concurremment avec l'arsenic et la diète lactée, constitue la médication la plus efficace contre l'anasarque chez les malades atteints de néphrite interstitielle avec hypertrophie du cœur, myocardite dégénérative et artério-sclérose généralisée, malades chez lesquels la scille et la digitale sont inefficaces et souvent dangereuses. Il croit que l'iodure agit à titre de désobstruant des tissus encombrés de sérosité à l'égal des ponctions capillaires que l'on pratique sur les membres œdématiés.

M. Dagrève rappelle que, dans l'emploi de l'iodure de potassium et des autres médicaments en général, il faut tenir grand compte de la diminution de l'excrétion rénale.

M. Bouchard considère les iodures comme des médicaments précieux pouvant produire chez ces malades des améliorations considérables, sinon même des guérisons, à condition d'en continuer l'usage très longtemps. Il rappelle que, depuis une dizaine d'années, M. Potain, et d'autres après lui, en ont obtenu de bons effets dans les lésions aortiques. Quant à lui, il a vu des affections cardiaques de nature scléreuse notablement amendées par l'emploi prolongé et modéré des iodures. Dans un cas, il a pu constater la disparition d'un anévrysme de l'aorte. Les sels de potassium doivent être proscrits d'une manière générale, et M. Bouchard partage les idées de Feltz et Ritter sur la potassiémie; un malade observé par lui était atteint de dyspnée brightique et avait été traité par l'iodure de potassium, le sel de Seignette, le nitrate de potasse; il en résulta des convulsions qui disparurent après que l'on eut substitué aux sels de potasse les sels de soude correspondants; ceux-ci, en effet, sont 42 fois moins toxiques que les premiers.

La naphtaline, qui, administrée par divers médecins dans le but de désinfecter les selles, a montré de plus qu'elle possédait la propriété de retarder la putréfaction de l'urine, a été donnée par M. de Pezzer à des malades atteints d'affections des voies urinaires à urines fétides. A doses quotidiennes de 1 gr. 50, dans la pyélonéphrite, la cystite, la prostatique chronique, avec stagnation de l'urine, rétrécissement ancien avec fistules multiples, etc., la naphtaline a fait disparaître rapidement cette fétidité dans un temps variant de deux à cinq jours; l'urine, primitivement trouble, purulente, alcaline, est devenue limpide, neutre ou acide, et la quantité de pus a diminué ou même disparu. On n'a constaté aucun phénomène fâcheux du côté des voies digestives.

Cette substance, dont les effets ont été comparés chez quelques malades à ceux de la térébenthine, des lavages avec l'acide borique et avec l'acide phénique, agit d'une manière tout à fait supérieure, puisque ces substances avaient échoué là où la naphtaline a donné de bons résultats; l'administration par la bouche est aussi préférable aux injections ou aux applications locales en suppositoires, qui n'ont donné aucun résultat.

La naphthaline n'augmente pas le nombre des mictions, comme on l'a prétendu; elle a eu, au contraire, des effets sédatifs sur une vessie irritable et diminué beaucoup le nombre des envies d'uriner et, par suite, des cathétérismes. Peut-être agit-elle favorablement sur le rein et la vessie en cas de pyélonéphrite et de cystite, mais n'aurait-elle que la propriété d'empêcher la fermentation et la fétidité de l'urine, qu'elle serait encore d'un précieux emploi dans le traitement des maladies des voies urinaires.

M. Bouchard a vu aussi que les urines des malades traités par la naphtaline fermentent moins rapidement que les autres, mais il pense qu'il faut pour cela des doses beaucoup plus fortes que celles qu'indique M. de Pezzer, c'est-à-dire environ 5 grammes par jour; cette dose n'est pas dangereuse. D'ailleurs, la naphthaline n'est absorbée qu'en proportion minime et elle ne s'élimine pas en nature comme le prétend M. de Pezzer, mais sous forme de naphthil-sulfite de soude, composé antiseptique qui explique l'absence ou la diminution des fermentations. Malheureusement, si on veut empêcher la décomposition de l'urine dans la vessie, il faut employer des doses considérables qui déterminent de l'amaigrissement, une tendance aux eschares de décubitus (il est vrai que M. Bouchard observait sur des typhiques) et des phénomènes douloureux du côté des voies urinaires (brûlure et ténesme); il vaudrait donc mieux, si l'on

©BIU Santé

n'a affaire qu'à une simple cystite, substituer à la naphtaline le naphtil-sulfite de soude sous forme d'injection intra-vésicale.

M. le docteur Pamard rapporte un fait très intéressant de cancer du col de l'utérus traité par l'ablation avec l'anse galvanique; le cul-de-sac postérieur fut ouvert, le péritoine suturé, le vagin bourré de gaze iodoformée, et il n'y eut aucun accident. Guérison au vingtième jour; elle dure encore aujourd'hui, au bout de deux ans et demi.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

De l'huile de Chaulmoogra, de son utilité et de son emploi en thérapeutique, par Eugène Marçon. — Montpellier, 1886; Grollier.

L'huile de Chaulmoogra, extraite du *gynocardia odorata*, est un remède populaire parmi les habitants de l'Inde. Malgré cette antique réputation, elle n'a guère été mise à l'essai que dans ces dernieres années par les médecins de l'Inde, de la Grande-Bretagne ou des Etats-Unis et par nos compatriotes des colonies françaises.

M. Eugène Marçon prend soin, dans ce mémoire inaugural, de réunir les témoignages des divers observateurs. Parmi ces témoignages, il en est qui méritent d'être acceptés avec réserve; car ils sont l'expression d'inspirations suspectes. Dès lors, on comprend la prudence des conclusions de notre nouveau confrère, l'importance de ses recherches de contrôle et l'utilité de sa thèse.

A faibles doses, il considère l'huile de Chaulmoogra comme tonique et altérante, et, à hautes doses, comme émétique. Pour masquer l'âcreté de son goût, on l'emploie sous forme de perles, en commençant par de faibles doses, de 3 à 10 gouttes, qu'on élève progressivement jusqu'à 4 et 5 grammes.

Ses indications sont diverses; on l'a employée contre la phthisie, la syphilis et surtout contre la lèpre; on a été jusqu'à en faire le spécifique de ces affections. Les habitants de la Réunion l'emploient comme topique sur les plaies.

M. Marçon énumère un grand nombre de maladies contre lesquelles on l'a recommandée, et conclut, d'après ces témoignages divers, à son utilité contre les affections cutanées, la goutte, la scrofule et le rhumatisme. A la clinique de Montpellier, M. Gayraud l'a vu modifier heureusement la syphilis secondaire, un épithélioma facial, l'eczéma et le psoriasis. Nonobstant ces résultats thérapeutiques, il faudra contrôler de nouveau la valeur de ce médicament, dont la renommée excède peut-être les vertus.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de rétrécissement spasmodique du canal de l'urèthre, traité sans succès par l'uréthrotomie interne et guéri par la suggestion hypnotique, par le docteur G. Ramey. (*Bulletin de la Société de biologie*, juin 1886.) — Cette observation est un exemple frappant du service que peut rendre la suggestion hypnotique employée comme agent thérapeutique. Il s'agit d'un jeune homme atteint depuis cinq années de troubles fonctionnels identiques à ceux que provoque le rétrécissement organique du canal de l'urèthre. Bien que le sujet n'ait jamais été soumis aux causes ordinaires de rétrécissement (blennorrhagie, traumatisme), il a, en novembre 1886, été pris d'une telle aggravation de sa rétention d'urine que le chirurgien a cru devoir pratiquer d'urgence l'uréthrotomie interne, mais la maladie a survécu à l'opération et un examen ultérieur ayant fait découvrir les stigmates de l'hystérie, il devenait manifeste qu'on était en présence d'un rétrécissement spasmodique d'origine hystérique. La suggestion hypnotique est venue confirmer le diagnostic en guérissant la maladie dès la deuxième séance, et la guérison persiste depuis cinq mois.

Très consciencieusement recueillie, cette observation en appelle d'autres. Elle est intéressante à cause de la facilité avec laquelle le malade a reçu la suggestion hypnotique et de l'importance du service qui lui a été rendu. Nous n'avons pas trouvé dans le récent livre de M. Bernheim une seule observation semblable, ce qui prouve la rareté du fait.

Dr Burlureaux.

Un cas de distension de la vessie resté latent, par Robinson. (*The Lancet*, avril 1886, p. 722.) — Le docteur Robinson rapporte une intéressante observation montrant jusqu'à quel point, dans des cas exceptionnels il est vrai, peut aller la tolérance de la vessie, des uretères et des reins dans la rétention d'urine chronique incomplète avec distension.

Comme il s'agit ici d'une curiosité pathologique, il faut se garder d'en conclure que l'abstention ou la temporisation dans les états morbides ci-dessus désignés soit en rien préconisée. Les règles de l'intervention chirurgicale, telles que les a précisées et popularisées M. le professeur Guyon, restent absolument obligatoires.

En septembre 1885, le docteur T. Robinson fut visité par un pasteur protestant âgé de 70 ans, qui désirait le consulter pour un eczéma. En examinant son malade, l'auteur découvrit dans l'abdomen une tumeur ovale remontant jusqu'à l'ombilic, le dépassant même notablement et située un peu à gauche de la ligne médiane. Le malade dit n'avoir uriné que deux ou trois fois dans la journée et une seule fois pendant la nuit. Celui-ci ayant au préalable été endormi par les inhalations d'éther, le cathétérisme fut pratiqué, et on retira près de quatre litres d'une urine parfaitement limpide et normale sans mucus ni pus. En même temps la tumeur abdominale disparut. Au toucher rectal, on sentit une grosse prostate à lobe médian hypertrophié. Jamais le malade n'avait accusé aucun symptôme qui pût mettre sur la voie d'une dilatation vésicale.

L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'YONNE PENDANT L'ANNÉE 1885.

Si on mesure l'importance d'une Société au nombre des collaborateurs qui lui soumettent leurs travaux, celle-ci tient, à coup sûr, l'un des premiers rangs parmi les Sociétés de nos départements. Nos confrères de l'Yonne travaillent avec ardeur et, en outre, ils savent inspirer de chaleureuses sympathies, si j'en crois l'empressement des médecins étrangers au département, à se faire entendre parmi eux : témoins les lectures de M. Henri Huchard, sur l'*antipyrine;* de M. G. Richelot, sur l'*uréthrotomie interne et les instillations de nitrate d'argent dans les uréthrites profondes;* de M. Boucheréau, sur l'*otopiésis* (*compression auriculaire*) *des adultes.*

M. Roché montre à ses collègues une vaste *tumeur fibreuse rétro-utérine* ayant émigré dans la cavité utérine à travers les parois de l'organe. Il avait judicieusement employé le seigle ergoté et obtenu l'engagement de la tumeur dans la cavité du col avant de pratiquer la section. Notre distingué confrère en conclut que le seigle ergoté est un agent thérapeutique précieux pour favoriser « l'*accouchement* » du fibrome, et qu'on doit recommander son emploi avant toute intervention opératoire.

Dans une note, fort courte d'ailleurs, M. Pillot a étudié une cause peu connue de rétention d'urine : *la rétention d'urine par accumulation de matières dans le rectum.* Le bol fécal comprimait le col vésical, et provoquait les douleurs rénales et inguinales en s'opposant au cathétérisme. Dans une autre communication, le même observateur apporte un document à l'histoire de la *fièvre aphtheuse chez l'homme*, entité encore mal déterminée et qu'il attribuerait volontiers « à un poison ou à un microbe qui est encore, avec tant d'autres, à trouver ». En tout cas, ce document clinique tend à prouver que l'aphthe buccal n'est pas simplement la manifestation d'un embarras gastrique.

M. Langin aborde une question qui fut de grande actualité il y a deux ans :

©BIU Santé

le choléra de Puits-le-Bon et des Noyers. Il y parle en témoin oculaire et se désintéresse des doctrines ou des personnalités. Or, cette explosion cholérique, dont les cas étaient foudroyants et les accidents identiques à ceux du choléra asiatique, ne saurait être attribuée ni à la contamination venant du dehors, ni à l'infection des eaux. Mais, remarque intéressante, il existait simultanément dans les villages voisins une constitution diarrhéique. « Tous les malades étaient confinés dans un très petit espace; leurs « maisons se touchaient et étaient à proximité d'un puits qui dégageait de l'acide sul- « fhydrique, *mais dont les eaux ne servaient pas aux usages domestiques.* J'ai constaté « par un nivellement que ce puits ne communiquait que difficilement avec les puits « voisins, car son niveau était bien supérieur. » Cependant, « *je ne vois point de diffé-* « *rence entre le choléra de Puits-le-Bon et le choléra asiatique, quant aux accidents* ». Ce document mériterait les méditations des hygiénistes, qui naguère ont mis en doute la nature de l'explosion cholérique des Noyers et de Puits-le-Bon.

L'espace fait ici défaut pour apprécier, avec tous les détails qu'ils méritent, les travaux des membres et les débats de la Société médicale de l'Yonne. Cependant, je signalerai encore : un mémoire de M. Dionis des Carrières, sur l'*ostéo-sarcome du fémur;* une observation d'un cas de *fissure cérébrale* (fissure dans l'hémisphère gauche) par l'habile aliéniste d'Auxerre, M. Rousseau; une note de M. Roché, sur une malade qui, dans l'espace de dix-huit mois, expulsait soixante-huit *calculs urinaires* pesant de 2 à 12 grammes; le récit de l'*épidémie de rougeole d'Ouanne,* par M. Duché.

Naguère, à cette même place, les lecteurs de l'*Union médicale* ont lu le charmant *Souvenir* que ce même confrère consacrait à *Charles Lepère*, ancien conseil judiciaire de la Société. M. Duché l'avait écrit en ami; de plus, il était inspiré par l'esprit qui règne chez nos confrères de l'Yonne, esprit d'une saveur originale comme le vin de leur terroir, et qui donne à leurs réunions un charme particulier. — Ch. Éloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Communication faite à la séance du 7 août 1886.

M. Luys présente le résultat partiel de ses nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés. Ces recherches sont confirmatives de celles qui ont été exposées l'an dernier au Congrès de Grenoble par MM. les docteurs Burot et Bourru. Elles se résument dans les propositions suivantes :

1° Les sujets hypnotisés acquièrent, par le fait même de l'état où ils se trouvent, une hyperexcitabilité spéciale, en vertu de laquelle ils réagissent d'une façon particulière lorsqu'on approche d'eux certaines substances.

2° Ces substances, empruntées au règne minéral et végétal, déterminent des réactions variées sur l'organisme — des convulsions — des paralysies, des paralysies sensorielles, des hallucinations, etc.

3° Les effets somatiques et psychiques varient suivant le point de contact avec l'organisme, et suivant le côté du sujet en expérience.

4° M. Luys montre une série de photographies faites d'après nature sur un sujet hypnotisé, et d'après lesquelles on constate que la même substance, présentée alternativement du côté gauche et du côté droit, a déterminé des expressions émotives de nature différente. D'un côté c'étaient la joie, la gaîté, le rire qui étaient exprimés; d'un autre côté, c'était la crainte, et, dans certains cas, comme on peut en juger, d'après les épreuves présentées, la plus violente terreur.

Dans un cas, sous l'influence de la poudre d'ipéca, il a vu se développer les phénomènes de la nausée et du vomissement; et en présentant la même substance au-devant du corps thyroïde, il a constaté une série de phénomènes étranges, l'expression somatique du goître exophthalmique artificiellement provoqué, avec turgescence instantanée du corps thyroïde, injection et coloration cyanique de la face; exorbitisme et expres-

sion de terreur soudaine. Cet état spécial s'est développé à plusieurs reprises à mesure qu'on approchait ou qu'on éloignait le tube contenant la substance active. Le cou se gonflait instantanément comme par l'application d'une ventouse, et, dans ce cas, la turgescence était telle que la circonférence du cou, avant l'expérience, mesurant 31 centimètres au moment de l'application du tube, s'élevait à 36 centimètres.

La photographie de cet état spécial du sujet, prise instantanément, donne une idée exacte du bouleversement extrême qui s'est opéré dans la physionomie du sujet, si on la compare à ce qu'elle est sur une photographie de son état normal.

Ces états spéciaux tout nouveaux dans lesquels les sujets hypnotisés sont plongés à leur insu, retentissent, comme on le voit, d'une façon profonde sur le jeu des appareils de la vie organique. Les mouvements respiratoires deviennent anhélants et les battements du cœur tumultueux. Il convient donc de n'agir, quand on manie certaines substances qui retentissent sur les viscères thoraciques, qu'avec la plus grande circonspection. La représentation objective à l'aide de plaques photographiques démontre donc le mal-fondé des objections qui tendaient à voir dans ces phénomènes des actes de simulation de la part des sujets en expérience.

5° Le procédé opératoire est des plus simples. Il consiste à mettre les substances à étudier en petite quantité, 1 à 2 grammes au plus, dans un tube à expérience, scellé à la lampe, et après lui avoir donné un numéro d'ordre, à le placer derrière le cou du sujet hypnotisé, sans lui dire un mot. On place le tube soit à gauche, soit à droite, et au bout de quelques minutes, cinq minutes en général, le sujet entre en période de somnambulisme lucide, et c'est à ce moment-là que l'action de la substance en expérience se révèle, et qu'on le voit réagir d'une façon variée, suivant la substance employée.

6° Le résultat de ces expériences dont l'action est si puissante sur l'état dynamique du système nerveux, permet d'entrevoir une nouvelle méthode thérapeutique des maladies du système nervenx. Chez deux malades de son service, atteintes depuis plusieurs années de convulsions hystéro-épileptiques, M. Luys a employé déjà avec succès cette nouvelle méthode de traitement. Chez ces malades, les attaques convulsives ont diminué très nettement au point de vue de leur intensité et au point de vue surtout de la fréquence.

FORMULAIRE

Pilules contre la tuberculose. — Potain.

Créosote de goudron de hêtre		3 grammes.
Extrait thébaïque		0 gr. 25 centigr.
Iodoforme		0 gr. 50 —
Baume de Tolu	ää	2 grammes.
Térébenthine du mélèze		
Gomme adraganthe		1 gr. 50 centigr.
Gomme arabique		3 grammes.
Magnésie, environ		6 —

F. s. a. 100 pilules, dont chacune contient 3 centigr. de créosote, 5 milligram. d'iodoforme, un quart de centigr. d'extrait d'opium. On les prescrit à la dose de 6, 8 et 10 par jour, à l'heure des repas ou dans les intervalles. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés, pour une période de deux ans, à partir du 1er novembre 1886 :

1° Chefs de clinique médicale. — MM. Rivals et Mesnard, en remplacement de MM. Dignat et Chambrelent, dont le temps d'exercice est expiré ;

©BIU Santé

2° Chef adjoint de clinique médicale. — M. Martin du Magny;

3° Chef de clinique obstétricale. — M. Chambrelent, en remplacement de M. Rivière, dont le temps d'exercice est expiré;

4° Chef adjoint de clinique obstétricale. — M. Massy.

Bulletin bibliographique.

De l'arthrotomie, par le docteur A. Jalaguier, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. Un beau vol. in-8° de 260 pages et 7 tableaux. — Prix : 5 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre (jusqu'en 1885), actuellement de M. le docteur Le Rebouller, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — 1re Série : Tome XXXIII (2e partie). — 3e Série : Tome XVI (2e partie).

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome Ier. Premier fascicule : Affections chirurgicales de la tête. 1 vol. in-8° de 400 pages avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules qui se vendront toujours séparément.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

Contribution à l'étude de l'antipyrine, par M. le professeur Masius et M. Paul Snyers, communication à l'Académie de médecine de Belgique.

Cet ouvrage se trouve chez A. Manceaux, rue des Trois-Têtes, 12, à Bruxelles.

La reazione dell' urina normale e patologica, richerche di A. Russo Giliberti, docente di patologia generale della Universita di Palermo, e G. Alessi Studente in medicina.

Gabinetto di patologia generale dell' Universita di Palermo.

Sull' influenza della estirpazione delle capsule Soprarenali sull' organismo animale. — Ricerche sperimentali dei dottori A. Russo-Giliberti ed E. Di Mattei.

Estratto dagli atti della Societa di Scienze naturali ed economiche di Palermo.

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. A. Fournier : Enquête sur la famille au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire. — II. Charrin et G.-H. Roger : Des lésions intestinales dues à l'action du sublimé. — III. Intérêts professionnels : Le secret médical et les Compagnies d'assurances sur la vie devant le tribunal du Havre. — IV. Bibliothèque : La question des morues rouges. — V. Revue des Journaux : Traitement de la coqueluche. — VI. Sociétés médicales des départements : Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (2e trim. 1886). — VII. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Bulletin bibliographique.

Enquête sur la famille au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire (1).

J'arrive au signe diagnostique majeur, à celui qui prévaut sur tous les autres et qui constitue en l'espèce le *critérium* par excellence, à savoir : l'*enquête sur la famille.*

Voici, je suppose, un enfant affecté d'une lésion que nous avons quelques raisons de rapporter à une syphilis héréditaire. Je dis qu'en pareil cas notre premier soin doit être d'ouvrir une enquête sur la famille de cet enfant, en vue de rechercher la syphilis dans cette famille.

Et sous ce mot de famille je comprends :

1° Les *ascendants*, c'est-à-dire le père et la mère de l'enfant ;

2° Les frères et sœurs de cet enfant.

Parlons tout d'abord de l'enquête faite sur les ascendants.

Que pourra-t-il en résulter ? — De deux choses l'une :

Ou bien, de par cette enquête, nous découvrirons la syphilis sur le père et la mère, ou tout au moins sur l'un d'eux ;

Ou bien nous ne trouverons rien qui ait trait à la syphilis ni sur l'un ni sur l'autre.

Dans la première alternative, la constatation de la syphilis dans la ligne ascendante sera un appoint formel aux soupçons que nous avions déjà sur le caractère syphilitique de la lésion en litige.

Dans la seconde, l'absence de tout accident, de tout commémoratif de syphilis sur le père ou la mère nous démontrera (réserve faite pour l'éventualité d'erreurs possibles dont nous parlerons bientôt) que nos soupçons n'étaient pas légitimes et que la lésion n'a pas pour origine une syphilis héréditaire.

Dans un sens ou dans l'autre, vous le voyez, les résultats de l'enquête fourniront au diagnostic les plus utiles lumières.

De même, l'enquête instituée sur les autres enfants de la même famille apprendra ceci :

Ou bien que ces enfants ont présenté ou présentent actuellement tels ou tels symptômes, tels ou tels signes qui témoignent sur eux d'une infection syphilitique ;

Ou bien que ces enfants ont été et sont encore indemnes de tout symptôme suspect.

Dans la première alternative, la constatation de la syphilis sur les autres enfants de la même famille devient une présomption en faveur de l'existence possible, probable même, d'une même infection chez l'enfant porteur de la lésion en litige.

(1) Extrait du livre *Sur la syphilis héréditaire tardive*, par le professeur A. Fournier.

©BIU Santé

Dans la seconde alternative, inversement, une présomption en sens contraire ressort de l'état d'immunité de ces autres enfants (1).

Rien de plus simple, et, en même temps, rien de plus clinique et de plus probant.

Théoriquement, donc, l'enquête sur la famille du malade se présente en l'espèce comme un procédé *merveilleux* pour résoudre les difficultés pendantes et fixer le diagnostic dans tous les cas. Mais il faut en rabattre, je l'avoue, quand on passe de la théorie à la pratique, et cela pour les raisons suivantes, dont il importe qu'à l'avance vous soyez avertis.

D'abord, alors même qu'elle est possible et complète, l'enquête peut rester *stérile* comme résultats, par insuffisance de renseignements. C'est ce qui se produit dans un certain nombre de cas, où l'on n'obtient des parents que des souvenirs vagues, confus, incertains, dont il est impossible de rien conclure, comme aussi dans les cas, plus nombreux encore, où l'examen des enfants ne fournit pas au diagnostic la moindre donnée précise.

En second lieu, l'enquête peut être entachée d'erreurs. Certains parents ne se prêtent pas toujours aux aveux qu'on sollicite. Il faut compter avec leurs réticences, leurs dissimulations, leur mauvaise foi, leurs *mensonges*. Exemple : une mère — à la vérité peu digne de ce nom — que j'interrogeais de la sorte à propos de son enfant affecté de symptômes cérébraux auxquels je supposais une origine hérédo-syphilitique (2), me nia obstinément tout antécédent de syphilis, puis, quelques jours après, j'apprenais de source bien autrement respectable et certaine que non seulement elle avait eu la syphilis, mais qu'elle l'avait communiquée à son mari, et que son premier enfant, frère aîné de celui que je traitais, était mort d'accidents syphilitiques, vus et traités comme tels par mon collègue et ami le docteur Millard.

D'autres fois, la syphilis sera niée inconsciemment et *de bonne foi*. Rien d'étonnant à cela ; car, ainsi que je vous l'ai dit et démontré, il est des gens, en plus grand nombre qu'on ne le pense, qui ont la vérole *sans le savoir*, ou, ce qui revient au même, sans savoir que ce qu'ils ont est la vérole. Que de cas de ce genre n'aurais-je pas à citer ! M. Parrot, de même, a raconté le fait suivant : « Un jour il est mandé en consultation pour un enfant sur lequel il reconnaît une syphilis héréditaire absolument manifeste. Il interroge le père qui se récrie, qui récuse tout antécédent de syphilis, puis qui spontanément, la consultation terminée, vient réclamer un conseil pour lui, au sujet d'un mal de gorge dont il souffre depuis un certain temps. On l'examine, et que trouve-t-on dans sa gorge ? Quatre superbes plaques muqueuses, des mieux caractérisées ! »

Enfin, il est à peine besoin d'ajouter que l'enquête est parfois *impossible*, comme dans les cas où les parents sont morts, éloignés, absents, où l'on a affaire à des enfants abandonnés, à des enfants de père inconnu, de mère inconnue, etc.

(1) Réserves faites, tout naturellement, pour certaines éventualités possibles, telles que les suivantes : celle où ces divers enfants ne seraient pas issus du même père ; — celle où la syphilis des parents ou de l'un des parents serait intervenue après la naissance des premiers enfants et avant celle du dernier, etc.

(2) L'enfant en question ici succomba, et l'examen nécroscopique révéla dans l'encéphale des lésions incontestablement spécifiques. Je reviendrai sur ce fait dans l'un des chapitres suivants.

Vous le voyez, je viens de faire sévèrement le procès de l'enquête, et je ne m'illusionne en rien sur les défaillances auxquelles elle est sujette en pratique. Mais, cela dit, j'ai hâte d'ajouter que, si elle n'est pas toujours utile, elle l'est parfois à un degré éminent ; et je ne saurais proclamer assez haut qu'en certains cas elle est susceptible de rendre aux malades comme à la science les services les plus signalés. C'est là une conviction que m'a imposée l'expérience et que bientôt, je l'espère, vous partagerez avec moi.

En pratique, si l'on n'a pas recours plus souvent à l'*enquête*, c'est qu'on la juge mal. On s'en exagère les difficultés. A l'avance, on la déclare « irréalisable, impossible ». On lui reproche même de « choquer les convenances », etc. A tout cela la réponse est facile.

D'abord l'enquête n'est souvent que *difficile*, laborieuse, sans être impossible ; et c'est même là, de beaucoup, l'ordre de cas le plus commun.

Eh bien, dans cet ordre de cas, il faut venir à bout des difficultés de l'enquête, voilà tout. Il pourra vous en coûter du temps, de la peine, quelque ennui, parfois même quelque argent ; mais qu'importe ? Qui veut la fin veut les moyens.

Au total, de quoi s'agit-il ? De chercher et de trouver les parents du malade, puis de les faire parler. Or, ce ne sont pas toujours là des difficultés majeures et insurmontables.

Vous avez vu maintes fois comment nous procédons ici. La chose est des plus simples. Lorsqu'il nous arrive d'avoir dans nos salles quelque enfant, quelque adolescent, voire quelque adulte affecté d'une lésion à laquelle nous supposons une origine hérédo-syphilitique, nous commençons par mander à l'hôpital les parents du malade. Quelquefois ils répondent à notre appel, et alors tout marche à souhait. Mais quelquefois aussi ils font la sourde oreille, ils ne viennent pas. Dans ce cas, j'ai recours au bon vouloir et aux bonnes jambes de mes élèves pour les « relancer à domicile », passez-moi le mot. Vous vous souvenez qu'à propos d'un cas éminemment curieux, qui piquait fort notre curiosité, j'ai expédié un de mes internes, M. Fernand Lavergne, jusqu'à Bruxelles, et je ne saurais assez le remercier de la complaisance avec laquelle il s'est chargé de cette mission. Bref, par un moyen ou par un autre, nous essayons de découvrir les parents qui se dérobent, et, les ayant découverts, nous les confessons.

On m'a dit quelquefois : « Mais ce n'est plus un métier de médecin, c'est un métier de juge d'instruction que vous faites là... Puis n'y a-t-il pas quelque disconvenance à pénétrer de la sorte dans une famille pour solliciter des renseignements de ce genre, au risque d'exhumer des souvenirs fâcheux, de révéler à une femme ce qu'elle ignore peut-être sur le passé de son mari, etc., etc.? » A cela je réponds que tout est ici dans la façon de procéder, dans la forme ou, mieux, dans les formes. Avec du tact, de la discrétion et quelque adresse, il y a manière de diriger l'enquête sans offenser ni effrayer personne, sans éveiller aucune susceptibilité, et de façon, au total, à sauvegarder les convenances. En ce qui nous concerne, mes élèves et moi, je dois dire que nous n'avons jamais recueilli que des remerciements pour de telles démarches, dans les familles que nous avons visitées, et je me porte garant que nous n'avons semé le trouble nulle part. D'autre part, pour ce qui a trait à la dignité médicale, j'avoue qu'il m'est impossible de la trouver compromise en l'espèce. Et, puisque je suis forcé de le dire, je préfère le rôle du médecin qui prend la peine d'aller chercher

©BIU Santé

un renseignement dont pourra largement bénéficier son malade à celui du médecin qui, pour une raison quelconque, se prive et prive son malade de cette source de lumière.

D'ailleurs, il est manifeste — et c'est là ce dont j'ai à cœur de vous convaincre — que, dans les cas spéciaux qui nous occupent, l'enquête sur les ascendants s'élève au rang d'une véritable *méthode* diagnostique, d'une méthode, je le répète, également propre à servir la science et la pratique.

Scientifiquement, elle est *indispensable* à l'authenticité d'un fait quelconque. Il n'est pas, entendez bien ceci, il ne saurait être d'observation indiscutable, irréfutable, *authentique*, de syphilis héréditaire tardive *sans le contrôle de l'enquête sur les ascendants*. Quelque multiples, quelque valables que soient les signes qui, dans un cas donné, conduiront à suspecter une syphilis héréditaire tardive, aucun n'entre en balance avec le témoignage direct, formel, péremptoire, que peut fournir l'enquête.

Pratiquement, l'enquête offre au médecin un secours précieux pour fixer son diagnostic et déterminer son traitement. Que d'exemples n'aurais-je pas à produire où, grâce à elle, les incertitudes d'un cas difficile ou obscur ont été dissipées par la révélation d'une syphilis chez les ascendants! Je m'abstiendrai pour l'instant de citations particulières; mais nombre de faits qui trouveront leur place dans tel ou tel des chapitres suivants achèveront, si besoin est, de fixer vos convictions à cet égard.

Des lésions intestinales dues à l'action du sublimé

Par MM. Charrin et G.-H. Roger (1).

Depuis que l'emploi du sublimé s'est répandu en chirurgie et surtout en obstétrique, l'attention a été appelée sur les diverses altérations viscérales attribuables à l'usage des sels de mercure. D'assez nombreuses observations semblent établir que le sublimé est capable de déterminer de profondes lésions dans le gros intestin. Mais les faits cliniques, trop complexes, ont pu être diversement interprétés et n'ont pas suffi à entraîner la conviction. Certains auteurs ont voulu rattacher à l'infection les accidents observés chez les femmes en couches auxquelles on pratiquait des lavages intra-utérins et ont tenté d'innocenter complètement le mercure. Pourtant, en dehors des faits cliniques, quelques tentatives expérimentales, particulièrement celles de Prévost (2), auraient dû commander une certaine réserve. On avait réussi, en effet, à reproduire chez les animaux quelques-unes des altérations intestinales observées chez l'homme. On avait retrouvé les ecchymoses et les hémorrhagies, mais on n'était pas parvenu à déterminer la gangrène et les ulcérations. Or, ce sont ces altérations qu'il nous a été donné d'observer dans nos expériences sur le lapin et le cobaye, expériences faites au laboratoire de M. le professeur Bouchard.

Nous avons administré le sublimé en solution aqueuse, à 1 pour 1000 et à 1 pour 4000, sous la peau ou dans les veines. Cette dernière méthode semble exiger des doses moins considérables. Nous n'avons pas employé la voie stomacale, les expériences de Prévost ayant montré qu'il faut, dans ce cas, des quantités dix fois plus fortes pour déterminer des altérations semblables à celles qu'on obtient en se servant d'injections hypodermiques. Enfin, il résulte de nos recherches qu'une dose moyenne agit plus sûrement quand on l'administre d'un coup, qu'une dose plus considérable donnée en plusieurs jours. Ainsi, chez un cobaye de 500 grammes, deux milligrammes injectés en une seule fois sous la peau peuvent déterminer des ulcérations très nombreuses, alors que cinq milligrammes donnés en dix-huit jours ou trois milligrammes en six jours peuvent rester sans effet.

(1) Extrait des comptes rendus de la Société de biologie.

(2) *Revue méd. de la Suisse romande*, 1882, p. 553.

Les animaux sur lesquels nous avons expérimenté n'ont pas présenté, pendant la vie, de troubles notables du côté de l'intestin. Nous avons noté de l'amaigrissement, de; l'albuminurie, mais très rarement de la diarrhée, jamais d'hémorrhagie intestinale. Les doses administrées étant très faibles, aucun des animaux n'a succombé spontanément nous les avons tous sacrifiés à des époques variables pour pouvoir suivre l'évolution des lésions intestinales. Ces lésions se sont toujours montrées localisées au gros intestin et surtout au colon ascendant et au cœcum ; dans quelques cas, la valvule iléo-cœcale était atteinte, ainsi que la partie terminale de l'iléon. Au début, on ne trouve qu'un piqueté hémorrhagique, qu'on peut observer également sur le péritoine, dans le mésentère, à la surface des reins, et surtout dans les poumons. A un degré plus avancé, ce sont de petites ecchymoses et, ce qui semble plus particulier, des stries sanguines, parallèles à l'axe de l'intestin, ayant une largeur d'un millimètre environ et dont la longueur varie de quelques millimètres à 3 ou 4 centimètres. Enfin, on observe par places des ecchymoses étendues, diffuses, dont la partie centrale finit par se sphacéler. Il se forme ainsi des eschares noirâtres, qui se détachent peu à peu, faisant saillie dans la cavité intestinale et laissant à leur place une ulcération peu profonde, à bords taillés à pic. Dans ce dernier cas, on trouve souvent des traces d'inflammation au niveau du péritoine. Jamais nous n'avons observé de perforation intestinale.

Il semble donc que le phénomène capital soit une hémorrhagie qui soulève la muqueuse et la prive de ses moyens de nutrition. Cette hypothèse a été vérifiée par l'examen microscopique qui nous a fait constater l'existence d'hémorrhagies dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; la muqueuse se trouve ainsi détachée et se sphacèle, sans qu'on puisse, semble-t-il, invoquer une altération glandulaire par élimination du poison.

Si l'on veut transporter à la pathologie humaine les résultats obtenus chez les animaux, on voit que chez un homme de 60 kilog., il faudrait, pour amener des ulcérations intestinales, une dose massive de 0 gr. 24 de sublimé ou une dose de 0 gr. 60 fractionnée en cinq jours. Ce résultat ne pourrait être admis rigoureusement que si l'on employait des injections hypodermiques ou intraveineuses ; on ne sait au juste ce que peut absorber la surface d'une plaie, placentaire ou autre. Il faudrait prouver de plus que la susceptibilité de l'homme est la même que celle des animaux ; or, certains faits cliniques portent à penser qu'il suffit, chez l'homme, de doses beaucoup plus faibles pour altérer l'intestin. La possibilité de ces accidents ne doit en aucune façon faire rejeter l'usage du sublimé comme antiseptique, et, dans la présente note, nous avons voulu simplement montrer avec quelle prudence il faut manier cet agent et établir que les altérations intestinales ont un siège et des caractères particuliers qui permettent, dans la plupart des cas, de les rattacher à leur véritable cause. Nous n'avons pas insisté sur les autres lésions que l'on peut rencontrer chez les animaux soumis aux injections de sublimé ; ces lésions sont, pour le plus grand nombre, déjà connues et bien étudiées ; nous pourrons d'ailleurs revenir sur quelques-unes d'entre elles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECRET MÉDICAL ET LES COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE DEVANT LE TRIBUNAL DU HAVRE.

La première Chambre du tribunal du Havre vient de rendre un jugement favorable aux intérêts moraux et à la dignité professionnelle du corps médical. Il faut lui en avoir gré, car ce jugement confirme les décisions formulées par la Société de médecine légale de Paris et l'avis de l'Association générale des médecins de France.

La Compagnie d'assurances réclamait des héritiers du sieur N..., décédé après s'être assuré pour une prime de dix mille francs, la production d'un certificat médical constatant le genre et la durée de la dernière maladie du défunt. Son médecin, notre honorable confrère M. Boutan, refusa au nom du secret médical et de la liberté professionnelle.

©BIU Santé

Son refus est légitime, car, en des débats de cette nature, la personnalité du médecin est introduite seulement comme celle d'un tiers, dans un contrat auquel il est étranger et qui concerne seulement la Compagnie d'assurances et son client. Notre confrère appela en garantie les médecins du Havre réunis en syndicat, et cette intervention a été admise par le tribunal.

Parmi les considérants de ce jugement, les suivants possèdent une réelle importance et méritent d'être retenus :

« Attendu que, dit le tribunal, si on admet que le client d'un médecin peut dans cer-
« tains cas relever celui-ci du secret professionnel qui lui est imposé par la loi sous des
« peines sévères, il semble que ce doit être dans tous les cas un droit absolument per-
« sonnel qui ne peut se transmettre aux héritiers..... ;

« Attendu qu'aux termes d'une jurisprudence constante, celui que la loi oblige au
« secret professionnel est seul juge, dans son âme et conscience, de la question de sa-
« voir s'il a été ou non consulté sous le sceau du secret ;.... — qu'on ne s'explique
« vraiment pas, d'ailleurs, comment alors que le ministère des médecins n'est pas obli-
« gatoire, et que les formalités ne peuvent exiger d'eux certaines révélations, des Com-
« pagnies d'assurances sur la vie peuvent avoir l'étrange prétention d'obliger les méde-
« cins à fournir des certificats, et à violer en leur faveur le secret qu'ils sont tenus de
« garder... »

Puisse, si on en appelle devant une autre juridiction, cette décision recevoir une nouvelle sanction et cette jurisprudence être définitivement acquise.

Remercions donc notre confrère de sa vaillante ténacité et félicitons-nous de voir le tribunal accepter une opinion formulée par l'Association générale, c'est-à-dire par le grand conseil des médecins de France, dont l'avis n'aura pas été sans peser quelque peu dans la balance de la justice. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

LA QUESTION DES MORUES ROUGES (*Etude d'hygiène alimentaire*), par M. Emile MAURIAC. — Bordeaux, 1886; G. Gounouilhon.

Constatons d'abord que le mémoire de notre confrère bordelais a reçu gain de cause dans ses conclusions. L'autorité administrative a reconnu la solidité des arguments scientifiques, et dans ce procès d'hygiène auquel se rattachaient des intérêts économiques, la plume de M. Mauriac a été encore une fois celle d'un avocat bien inspiré.

La première et la seconde partie de son mémoire donnent l'historique des cas d'intoxication par les morues altérées et les caractères physiques de ces morues. M. Mauriac aborde alors les recherches récentes sur le rouge de la morue qui, selon les uns, serait un champignon (*penicellium roseum* ou *coniotheum sanguineum* et *Bertheraudi*) ; selon les autres, une algue de la famille des *nostoracées*, ou bien résulterait, pour M. Carles, de l'évolution de parasites du genre *micrococcus*, et, pour M. Laget, du développement d'une algue de la famille des *bactériacées*. Le sel paraît être le facteur principal de cette végétation.

Par des expériences sur les animaux et en consommant la morue rouge sur sa propre table, notre confrère a pu établir directement l'innocuité de son usage alimentaire. Par contre, les morues dont la chair est altérée par un commencement de putréfaction, provoquent ces phénomènes toxiques et ces accidents cholériformes assez souvent signalés. On aurait donc tort d'attribuer à l'usage de la morue rouge des empoisonnements résultant du développement d'une ptomaïne dans la morue putréfiée.

Je n'insiste pas sur les qualités littéraires de ce mémoire; elles sont celles qui font estimer les nombreux travaux antérieurs de M. Mauriac. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la coqueluche, par MICHAEL. (*The London Medical Record*, 15 mai 1886, et *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 5, 1886.) L'*Union médicale*, dans son numéro du 17 juin 1886 a publié *in extenso* le très intéressant mémoire communiqué à la Société médico-pratique par le docteur Guerder, relatif au traitement de la coqueluche dans sa période prémonitoire et son stade d'état par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses. On sait que le docteur Guerder fut amené à modifier son traitement ordinaire par les calmants et à employer sa méthode d'insufflation de poudres en se basant justement sur la conception pathogénique qui attribuerait un rôle prépondérant à l'état de la muqueuse des arrière-cavités des fosses nasales dans cette singulière affection qui est à la fois inflammatoire comme un simple coryza ou une simple broncho-pneumonie, spasmodique comme une véritable névrose épidémique, contagieuse et transmissible comme une maladie infectieuse.

Jusqu'à ces temps derniers, l'élément inflammatoire et l'hyperexcitabilité nerveuse avaient presque seuls fixé l'attention et suscité les traitements classiques dans lesquels les uns s'attachaient surtout aux indications résultant de l'état inflammatoire, les autres aux indications imposées par l'état nerveux, de là l'emploi des vomitifs, des altérants, des adoucissants, des calmants, des révulsifs, de là l'emploi des narcotiques, des stupéfiants, des toniques, des antispasmodiques qui naguère, avec les précautions ressortissant à l'hygiène, formaient le fond commun de l'intervention médicale. Mais l'influence croissante des doctrines parasitaires et l'importance tous les jours plus grande du rôle attribué aux ferments figurés dans la genèse des maladies en général, et de la coqueluche en particulier, vint modifier notablement le traitement de cette affection. Dans un mémoire très intéressant, M. Campardon expose les bons résultats obtenus par les douches laryngées et les inhalations d'acide carbonique dans la période d'état. Sous l'influence de cet agent, à la fois puissamment calmant et antiparasitaire, l'auteur voit les quintes diminuer avec rapidité en force et en fréquence, et la troisième période, souvent si traînante, subir un notable raccourcissement.

Plus tard, dominé par la conception du rôle presque exclusif que jouent les ferments figurés dans la coqueluche, M. Montcorvo s'attache à combattre le mal en détruisant par la résorcine les microbes pathogènes dans ce qu'il croit être leur habitat spécial et l'auteur publie un mémoire accueilli avec faveur sur ce traitement de la coqueluche par les badigeonnages résorcinés de la région glottique et sus-glottique. Aujourd'hui la question de la coqueluche a fait un nouveau pas. Elle est la résultante indirecte d'un ensemble de recherches auquel sont attachés, outre les noms des savants bactériologues français, ceux de Sommerbrodt, E. Fraenkel, Meyerson, A. Klein, Schaeffer, Goetze, Simon, Küpper, Morrel et Hunter Machenzie, Daly Roe, Sajous, Schmiegelow, Wille de Vilbir, Fenikövy, Longuet, Köhler Schwanebach, Roth, Féré, Shadewald Eusing, Schleicher, Fincke, Runge, Ziem, Rosemberg, Schmaltz Hoffmann, Cresswell Baber, Baratoux, Hering (de Varsovie), Cartaz, Hack (de Wiesbaden), etc.

C'est, en effet, à leurs observations relatives au rôle pathologique de certains états des fosses nasales dans diverses maladies nerveuses réflexes que M. Guerder doit l'idée première de la méthode exposée dans son mémoire; les succès qui lui reviennent tiennent sans doute à ce qu'elle s'attaque à la fois à l'élément irritatif réflexe et à l'élément parasitaire, si tant est qu'on parvienne jamais à démontrer autrement que par les résultats thérapeutiques que la coqueluche est une affection parasitaire dont le microbe pathogène devenu tout à coup efficient, soit par transplantation dans son véritable terrain de culture, soit probablement plutôt par transformation *in situ* d'un ferment figuré préexistant et resté indifférent jusque-là, a pour premier habitat l'arrière-cavité des fosses nasales, la portion nasale du pharynx, la région sus-glottique, et tend à pulluler en envahissant de proche en proche les voies respiratoires jusques et y compris l'épithélium des alvéoles pulmonaires et les espaces lymphathiques de son substratum conjonctif.

Il y aurait alors lieu de penser que tant que l'envahissement reste limité à l'arrière-cavité

©BIU Santé

des fosses nasales, la coqueluche conserve son caractère bénin, et que le caractère spasmodique observé dans les quintes de toux dès cette première période catarrhale est en majeure partie attribuable au retentissement réflexe sur le système nerveux de l'irritation dont les fosses nasales sont le siège. Il y aurait ainsi une grande analogie entre la première période de la coqueluche et l'asthme des foins où ces accès de toux coqueluchoïde, dont la destruction ou la simple cautérisation des bourelets muqueux qui garnissent les cornets, font si souvent prompte justice.

Tandis que le docteur Guerder mettait en œuvre sa méthode de traitement fondée sur ces données théoriques, un auteur allemand (de Hambourg) faisait de son côté les mêmes tentatives, et, dans un mémoire adressé à la Société médicale de Hambourg, en faisait connaître les résultats (*Deutsche medical Wochenschrift*, n° 5, 1886). Dans ce travail Michaël expose d'abord la théorie de Hack concernant la nature réflexe de la coqueluche, et rejetant l'emploi du galvano-cautère comme étant trop brutal dans le traitement d'une maladie infantile, mettant de côté les douches nasales difficilement applicables et exposant à des accidents du côté de l'oreille moyenne, l'auteur adopte l'insufflation nasale de diverses poudres telles que le chlorhydrate de quinine, un mélange au tiers d'acide benzoïque et de quinine, un mélange au quart de quinine et de bromure de potassium, la poudre de résine, de benjoin, de tannin, d'acide borique, d'acide salicylique, mélangé à l'iodoforme, la cocaïne, le bicarbonate de soude et le carbonate de chaux pulvérisé. Celle qui donna les meilleurs résultats fut le mélange de quinine et de poudre de benjoin.

Sur 55 cas traités par cette méthode, 43 malades, c'est-à-dire une proportion de 86 p. 100 virent leur accès diminuer très notablement dès le premier jour, 8 d'entre eux (12 p. 100) furent complètement guéris en 3 jours, 6 (12 p. 100) en une semaine, 6 (12 p. 100) au bout d'un mois. Chez presque tous, la troisième période fut relativement bénigne, comparée à ce qu'elle eût été selon toutes présomptions avec une période catarrhale et une période d'état comme celle que traversèrent les malades. Dans quelques cas des complications retardèrent la guérison ou amenèrent la mort. Les effets consécutifs aux insufflations sont très marqués dès les premières insufflations, plus même qu'au bout d'un certain nombre de celles-ci. Quand la maladie ne date que de quelques jours, les résultats se montrent des plus satisfaisants. Cependant quand l'affection existe déjà depuis longtemps, la guérison est rapide et presque toujours sans complications.

Chez 19 seulement de ces 43 malades le traitement par les insufflations fut continué jusqu'à guérison complète. La durée de la maladie chez eux ne dépassa pas 8 jours.

Le froid et surtout l'humidité des pieds doit être soigneusement évitée. C'est là une des précautions sur lesquelles l'auteur attire le plus l'attention.

Chez un enfant de 10 mois, qui depuis six semaines avait des quintes de coqueluche qui atteignaient jusqu'à 30 par jour depuis trois jours, la méthode d'insufflation amena la disparition des quintes en 3 jours. Chez une fillette de 4 ans, dont la coqueluche remontait à 4 mois avec une moyenne de 10 accès violents par jour et pour laquelle on avait sans succès employé la morphine à doses considérables, la guérison fut obtenue après *six* insufflations.

D'après l'auteur, la poudre de benjoin a l'avantage de joindre l'agréable à l'utile. Les premières insufflations détermineraient souvent l'accès, inconvénient qu'on pourrait éviter en profitant des temps d'expiration pour envoyer la poudre dans les fosses nasales. Chez les tous jeunes enfants, le benjoin, à cause de ses propriétés irritantes, pourrait être remplacé avantageusement par la quinine. Il y a avantage à faire l'insufflation soi-même ou tout au moins à s'assurer qu'elle est pratiquée convenablement par l'entourage du malade. Il y a également avantage à substituer au tube de verre, dont on peut se servir néanmoins, un pulvérisateur. Le docteur Guerder fait la même remarque. L'auteur se contente d'une seule pulvérisation par 24 heures et n'a trouvé aucune utilité à les multiplier. L'emploi de la cocaïne comme anesthésique et calmant de l'hyperexcitabilité réflexe pourrait sans doute être d'une adjonction avantageuse soit sous forme de badigeonnage, soit mélangé à la poudre d'insufflation.

Pour nous, il nous semble très possible d'améliorer encore les résultats obtenus par

Michaël et par Guerder en combinant les diverses méthodes du traitement, en complétant les effets de l'une par les effets de l'autre sans s'en tenir exclusivement ni à l'une ni à l'autre, de façon à réaliser au profit du malade le maximum de l'action thérapeutique. — Lucien Deniau.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1886.

Chaque jour apporte quelque document nouveau à l'histoire des opérations pratiquées sur les séreuses ; la note de M. Saint-Philippe sur un *cas de pleurésie purulente d'emblée guérie par la pleurotomie antiseptique* mérite à ce titre toute l'attention des cliniciens.

Le malade, à la suite d'un épanchement pleurétique d'emblée, avait été soumis avec succès à l'opération de l'empyème et semblait toucher à la guérison quand le lavage pleural provoqua une crise épileptiforme et de l'hémiplégie, accidents dont Maurice Raynaud a naguère donné la description. Dans le cas actuel, ces accidents se manifestèrent pendant le lavage de la plèvre et au lendemain du jour où deux drains volumineux avaient été remplacés par un autre de calibre inférieur.

C'est donc à la distension brusque de la cavité pleurale que notre confrère bordelais attribue ces accidents ; la distension jouant dans l'espèce un rôle qu'on ne saurait placer entièrement sous la dépendance des réflexes. Il importe donc d'assurer le libre écoulement du liquide injecté au moyen d'un double courant, de sorte que M. Saint-Philippe place la canule à demeure au dernier rang, comme la plus capable d'amener des surprises et reste partagé entre l'emploi du siphon de Potain et le drainage de la plèvre, se rappelant que le siphon n'assure pas toujours l'écoulement parfait du pus, tandis que deux gros drains, placés côte à côte dans le même espace intercostal, conduisent au contraire également bien et la suppuration et les liquides de retour ».

Plus rare était le cas de *spasmes phoniques* dont M. Moure présentait un exemple dans la personne d'un jeune homme atteint de troubles de la phonation qu'il a traités par l'iodure de potassium en soupçonnant la nature syphilitique de l'affection. Ce médicament échoua. M. Moure lui substitua un traitement orthophonique, l'hydrothérapie et la galvanisation par les courants continus, M. Vergely a proposé la gymnastique vocale avec l'aide d'un corps dur placé entre les arcades dentaires pour maintenir la bouche ouverte pendant les exercices de phonation.

Le *traitement de la sitiophobie des aliénés* a été l'objet d'une communication importante, dans laquelle M. E. Regis insiste sur les progrès récents de la médication de cet état morbide. La sitiophobie ou refus des aliments chez les aliénés est un symptôme ou une complication plutôt qu'une maladie. Pour en prévenir les effets au moyen de l'alimentation forcée, on a imaginé de nombreux appareils destinés à conduire les aliments dans l'estomac. Aujourd'hui, on ne se sert plus guère que de la simple sonde œsophagienne sans canule et sans mandrin. M. Regis discute la valeur de cette instrumentation, insiste sur le manuel opératoire du cathétérisme œsophagien et rappelle ses difficultés qui sont d'autant plus grandes que l'aliéné est plus indocile. Celui-ci peut appliquer la base de la langue contre la paroi postérieure du pharynx et fermer la voie à la sonde. Pour vaincre cette difficulté, il faut provoquer un mouvement de déglutition en injectant une petite quantité d'un liquide alcoolisé dans la narine libre.

D'autres fois, on court le danger de pénétrer dans les voies aériennes ; M. Regis propose alors la sonde d'épreuve à ampoule latérale ou mieux la sonde d'épreuve avec le ballon de baubruche de M. François Raspail. Mais l'emploi de ces instruments est très exceptionnel et « pour ainsi dire une superfétation »

Pour injecter les liquides alimentaires dans les sondes, M. Regis recommande surtout l'entonnoir et le regarde comme préférable aux seringues et aux irrigateurs. D'ailleurs avec cette instrumentation, on peut pratiquer le lavage stomacal si souvent indiqué

chez les mélancoliques, où l'état saburral des voies digestives s'observe fréquemment. Ce lavage fait parfois cesser le refus des aliments et amener une atténuation de la maladie. Il procure donc des résultats qui expliquent, sans la justifier, l'opinion des auteurs qui localisaient la mélancolie dans les organes abdominaux.

Parmi les *accidents de l'opération de l'hydrocèle*, celui-ci est des plus rares. MM. André, Boursier et Loumeau ont observé des contractures symétriques des muscles de l'avant-bras innervés par le cubital et le médian, et des muscles de la langue, à la suite d'une injection de teinture d'iode dans la cavité de la tunique vaginale. Ces phénomènes sont comparables à l'éclampsie pleurale consécutive aux opérations de thoracentèse et d'empyème.

Aussi rare est la *perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse*, complication dont M. Vergely a entretenu ses collègues à la suite d'une enquête dans les ouvrages classiques. Les conclusions de ce travail démontrent que l'ulcération et l'ouverture de la carotide sont possibles au cours des abcès angineux. Les signes de ce redoutable accident morbide sont obscurs et ne permettent guère de le soupçonner que d'après l'intensité de la dysphagie, le gonflement de la muqueuse palatine, de la muqueuse pharyngée, du tissu cellulaire et des ganglions sous-maxillaires, et par l'existence de l'aphonie et de battements perçus par le doigt dans la tumeur. Enfin, comme conséquence pratique, il faut prévoir la nécessité d'une ligature immédiate de la carotide primitive, dans le cas où il y aurait indication d'ouvrir la collection purulente. Or l'opportunité de cette indication est difficile à établir, et M. Vergely recommande d'intervenir seulement quand l'ensemble des symptômes fait redouter cette complication. A cet effet, il prescrit d'aller à la recherche du pus avec la sonde cannelée, tout en se préparant à tout instant à pratiquer la ligature artérielle.

En terminant, il faut encore noter le savant mémoire d'hygiène pratique où M. Mauriac a étudié les *accidents toxiques occasionnés par la morue avariée* et la valeur des mesures pour *l'interdiction et la mise en vente des morues rouges ;* une présentation de M. Dudon, relative à un cas de *tuberculose et de résection du genou* et une communication de M. Moure sur *la tuberculose miliaire aiguë de l'arrière-gorge et du larynx ;* travaux qui ont été le point de départ de débats animés et instructifs entre les membres distingués de la savante Société. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Le Secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire, dans la personne de M. Laguerre, membre de la section de géométrie, décédé à Bar-le-Duc.

Les obsèques ont eu lieu à Bar-le-Duc. M. Halphen a accepté la mission de représenter l'Académie.

M. le Président propose à l'Académie de lever la séance en signe de deuil, immédiatement après le dépouillement de la correspondance.

M. Émile Blanchard présente les remarques suivantes au sujet du récent cataclysme survenu à la Nouvelle-Zélande :

« Après avoir tiré des sciences naturelles de grandes applications de la géographie physique et de l'histoire du globe, après avoir dénoncé la sûreté des moyens d'information pour la reconnaissance des changements survenus à travers les âges dans la configuration des terres et des mers, il importe, dans une voie scientifique aussi neuve, de ne négliger aucun fait dont la manifestation est propre à fixer tous les esprits sur la valeur des résultats obtenus à l'aide d'une méthode encore à ses débuts.

« Au commencement de l'année 1882, je présentais à l'Académie un Mémoire ayant pour titre : *Les preuves de l'effondrement d'un continent austral pendant l'âge moderne de la terre* ; je m'efforçais de démontrer que les îles dont l'ensemble forme la Nouvelle-

Zélande et les petites îles plus ou moins adjacentes étaient les débris d'un continent ou au moins d'une grande terre qui avait existé à une époque peu ancienne. D'autre part, dans un ouvrage spécial, je m'attachais, après l'examen d'une série d'observations de détails, à faire ressortir la possibilité de nouveaux changements dans l'étendue des terres actuelles. Aujourd'hui, on annonce que la Nouvelle-Zélande vient d'être le théâtre d'une effroyable catastrophe, qu'aurait empêché de pressentir le repos de la contrée pendant les siècles antérieurs. Le *Tarawera* et d'autres volcans, qu'on croyait à jamais éteints, se sont réveillés ; des laves ont couvert de vastes espaces ; un pays qui causa des enchantements aux premiers explorateurs de la Nouvelle-Zélande s'est englouti. Plus tard seulement nous connaîtrons l'importance exacte du trouble amené dans la configuration du sol. Dès à présent, l'événement qui vient de se produire, terrible pour nombre de familles humaines, apparaît comme un exemple des actions encore plus violentes qui se sont accomplies à des époques plus ou moins reculées. Dans le cas particulier, il atteste que les déductions qu'on tire d'une science récemment éclose emportent bien le caractère de la certitude. Il est essentiel de le constater. »

M. Janssen présente une note intitulée : *Nature et rôle des courants telluriques*, de M. J.-J. Landerer.

« Le sujet sur lequel j'ai l'honneur d'appeler aujourd'hui l'attention de l'Académie est la suite de celui dont je l'ai entretenue dans sa séance du 17 octobre 1881, l'étude des courants telluriques, que je poursuis depuis plusieurs années à Tortose.

« Parmi les faits que j'avais signalés dans le travail précité, il en est deux qu'il est essentiel de rappeler : l'existence des courants produits par le vent et l'inversion du sens du courant tellurique, survenue de temps à autre et qui parfois persiste pendant des mois entiers.

« Visant à connaître la nature de ces deux genres de courants, j'ai mis une des extrémités de la ligne aérienne dont j'ai déjà parlé en communication avec une paire de quadrants d'un électromètre de Mascart, l'autre paire étant au sol : la tache lumineuse reste au zéro. En substituant à l'électromètre un galvanomètre à grande résistance, et fermant le circuit, on n'observe non plus aucun effet. Par contre, l'aiguille d'un galvanomètre à résistance faible ou médiocre dévie d'autant plus que le courant tellurique est plus intense, ou que le vent est plus fort, ou qu'il balaye une plus grande étendue de terrain. En répétant ces expériences sur cinq autres lignes aériennes de longueur et de direction très diverses, et en opérant à l'abri de toute action inductrice extérieure, j'ai obtenu les mêmes résultats. Lorsque le courant tellurique et le vent vont tous deux dans le même sens, ou que l'angle qu'ils forment est au-dessous de l'angle droit, les déviations qui en proviennent sont de même signe ; dans le cas contraire, elles sont de signe différent.

« On voit donc : 1° que le potentiel qui se rapporte au courant tellurique est extrêmement faible ; 2° que l'effet du vent est d'électriser, non pas principalement le fil, mais bien la terre, où il développe un courant *de même sens que lui, se propageant à travers le sol où il occupe une très large section*.

« L'ensemble des faits, dont je viens de faire l'exposé sommaire, permet d'envisager la cause du magnétisme terrestre comme siégeant, non pas dans le courant tellurique local ou régional de nos contrées, mais ailleurs ; car il est évident que les inversions de ce courant ne sauraient se concilier avec l'orientation à peu près permanente de l'aiguille aimantée.

« L'électrisation de la terre par le vent étant un fait désormais acquis, il n'y a qu'à chercher un régime de vents qui, par la portée et par la persistance de son action, soit en rapport avec l'allure générale des phénomènes qu'il s'agit d'expliquer. Or, parmi les régimes solidement et amplement établis à la surface du globe, il en est deux qui remplissent tout à fait les conditions requises, savoir : les alizés et les moussons ; on pourrait encore ajouter les vents constants du Grand Océan.

« Pour ce qui concerne les alizés, il est aisé de voir que la résultante des courants telluriques provenant de leur action doit être dirigée de l'est à l'ouest. C'est elle qui, sur l'Atlantique et sur une grande partie des continents qui le bordent, régit l'orienta-

©BIU Santé

tion nord-sud de l'aiguille. Sur nos contrées (en France et en Espagne), c'est l'action de l'alizé nord qui tend à prévaloir, d'où il suit que le pôle *boréal* de l'aiguille doit dévier vers l'*est*. Le siège des forces ici mises en jeu ne serait donc pas *au-dessus* de l'aiguille, ainsi que MM. Blavier, Balfour-Stewart et Schuster le pensent, mais bien *au-dessous*.

« Une variation de la direction ou de l'intensité des alizés, ou, en remontant aux causes, une variation de l'intensité des radiations du soleil, entraînerait forcément un changement correspondant de la direction de l'aiguille ; c'est ainsi que s'expliquerait la concomitance des maxima des taches avec la recrudescence de l'activité magnétique.

« Si la cause que je viens de signaler était réellement la raison première des faits, on devrait s'attendre à la retrouver toujours et partout, malgré les perturbations locales qui peuvent plus ou moins la masquer, et parmi lesquelles *les vents régionaux*, *les orages*, *la proximité de circuits parcourus par des courants* sont celles dont on doit principalement tenir compte. »

FORMULAIRE

INHALATIONS ANTI-ASTHMATIQUES. — G. Sée.

On verse 4 à 5 grammes de pyridine dans une assiette, que l'on place dans une chambre de la contenance de 25 mètres cubes d'air environ, et le malade, soit asthmatique, soit cardiaque, séjourne de 20 à 30 minutes dans cette chambre, trois fois par jour. — A la suite de deux ou trois séances, la sibilance de la poitrine diminue ou disparaît ; l'expectoration devient plus facile, et les malades goûtent du repos pendant la nuit, avec ou sans sommeil. Dans certains cas, l'amélioration persiste ; dans d'autres, l'effet des inhalations s'atténue au bout de six à dix jours, et on y adjoint alors le traitement ioduré. Cette dernière médication est véritablement efficace ; mais, chez certaines personnes, elle provoque des phénomènes d'iodisme, qui forcent d'en suspendre l'usage.

N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Mazaé-Azéma, président du Conseil général de la Réunion, décédé à l'âge de soixante-trois ans, à Saint-Denis de la Réunion.

— Le 31 août 1886, M. le professeur Chevreul, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, aura accompli sa centième année. A cette occasion, M. le ministre de l'instruction publique présidera, mardi prochain, à deux heures précises, la cérémonie d'inauguration de la statue de l'illustre savant, par M. Guillaume (de l'Institut), dans la grand salle des nouvelles galeries du Muséum d'histoire naturelle de Paris, en présence non seulement des professeurs et du haut personnel de cet établissement, mais encore des délégués de tous les corps savants de la France et de l'étranger.

Plusieurs discours seront prononcés, entre autres par le ministre de l'instruction publique et par M. le professeur Frémy, directeur de Muséum. Une notice comportant la nomenclature des principaux travaux et le portrait de M. Chevreul sera remise aux invités par l'administration du Muséum.

Le soir, à sept heures, un banquet, par souscription, sera offert à notre vénéré maître à l'Hôtel-de-Ville.

Bulletin bibliographique.

De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge, par le docteur G. CARRON DE LA CARRIÈRE.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Lancereaux : La cirrhose impaludique. — II. L.-H. Petit : Association française pour l'avancement des sciences. — III. Bibliothèque : Du cancer massif du foie. — IV. Revue des Journaux : Note sur l'influence des eaux d'alimentation sur le développement de la fièvre typhoïde dans les différentes casernes de sapeurs-pompiers de 1882 et 1885. — V. Sociétés médicales des départements : Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse (2e trim. 1886). — VI. Variétés : L'ulcère en Turkestan. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

La cirrhose impaludique (1).

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

En faisant l'étude des hépatites scléreuses d'origine alcoolique, nous avons vu qu'à côté de la forme atrophique vulgaire se plaçait une autre variété, habituellement hypertrophique, la cirrhose alcoolique graisseuse. La cirrhose dont je vais vous parler aujourd'hui est également hypertrophique. Mais elle n'a de commun avec la précédente que ce caractère accessoire, l'hépatomégalie. Elle en diffère profondément par ses symptômes, par son évolution, par sa durée, par ses lésions mêmes. A cette spécialisation clinique et anatomique correspond, comme toujours, une notion étiologique distincte. C'est l'impaludisme qui est ici la cause univoque de l'affection.

Au n° 13 de la salle Piorry se trouve un malade qui nous fournit un exemple de ce genre de cirrhose. C'est un homme de 38 ans, chaudronnier, qui a vécu en parfaite santé jusqu'en 1884. Cette année-là, au mois d'avril, il est parti pour l'île de la Réunion. Il y a pris les fièvres au mois de septembre, et pendant trois mois il a eu des accès qui, après avoir présenté la forme quarte et la forme tierce, ont affecté en dernier lieu le type quotidien. Il nous décrit très bien les trois stades de l'accès de fièvre palustre : celui-ci le prenait vers quatre heures et demie du soir, et durait trois heures; après quoi ses urines restaient troubles et foncées pendant deux jours environ. Au bout de sept mois de séjour à la Réunion, les fièvres ne le quittant pas malgré une véritable orgie de quinine, il se décida à rentrer en France; et, suivant la règle, il n'eut que deux accès pendant une traversée de vingt-six jours.

Huit heures après son débarquement, nouvel accès. Depuis lors, les atteintes de la fièvre ont été en s'espaçant et en diminuant d'intensité. Actuellement, nous constatons environ un accès tous les huit jours. Il y a trois mois, il a été traité, salle Monneret, pour un léger ictère s'accompagnant d'épistaxis et d'une augmentation du volume du ventre; le malade prétend même qu'on aurait décelé les traces d'un épanchement ascitique. Aujourd'hui, nous nous trouvons en face d'un homme bien constitué, encore vigoureux, ayant un teint jaune bistre avec coloration subictérique des conjonctives. L'abdomen est sensiblement tuméfié, surtout à la partie supérieure. Il existe du météorisme, et les veines sous-tégumenteuses sont plus apparentes qu'à l'état normal; mais il n'y a pas d'ascite. Le foie, très volumineux, mesure 24 centim. dans la ligne mamillaire et descend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Il est ferme, régulier, lisse, non doulou-

(1) Voir les numéros des 24 avril, 3, 10 juin et 6 juillet 1886.

©BIU Santé

reux à la palpation et à la percussion. La rate déborde les fausses côtes, et l'on sent son relief tout près de l'ombilic. Sa consistance est augmentée; son diamètre vertical a 18 centim., tandis que sa dimension transversale atteint 26 centimètres. Je vous ai fait remarquer que ce dernier diamètre est toujours plus considérable que le vertical, contrairement à ce qu'on pourrait croire d'après les données de l'examen cadavérique. L'inspection des autres organes ne dénote aucune altération appréciable, et d'ailleurs on cherche en vain, chez ce malade, des stigmates ou des commémoratifs de syphilis, ou les signes habituels d'une intoxication par l'alcool; nous n'avons pas besoin de ses affirmations pour être certains qu'il est un homme sobre.

Malgré ses accès de fièvre et sa double lésion du foie et de la rate, cet homme a conservé un embonpoint modéré. Il pèse actuellement 59 kilog., et son état général s'est légèrement amélioré depuis qu'il est dans la salle, sous l'influence du régime lacté, des douches et du quinquina. Et cependant, c'est là une intoxication palustre grave; la période des désordres purement dynamiques s'est réduite au minimum, et les accidents matériels viscéraux sont survenus tout de suite. Il n'y a pas là, en effet, une simple congestion du foie et de la rate, amenant l'augmentation de volume de ces deux organes au moment des accès : il s'agit d'une altération nutritive, d'une sclérose de ces organes qui persistera encore longtemps; l'amélioration est possible, la guérison complète dificile.

Voici le résumé d'une autre observation se rapportant au même type. Le 3 avril 1880, entre dans notre service un homme de 28 ans, robuste, qui a été cinq ans soldat en Afrique, où il a souffert d'une fièvre tierce qui l'a encore poursuivi pendant quelque temps en France. Depuis deux ans, il a de l'ictère, un ictère foncé, presque noirâtre. Son foie descend jusqu'à l'ombilic; il est lisse, non douloureux. La rate dépasse le rebord costal de quatre travers de doigt; elle est également indurée et régulière. Il n'y a pas d'ascite, et les autres organes sont sains. Du côté des fonctions digestives, on note seulement l'inappétence pour les viandes. Les urines sont abondantes, colorées d'une faible quantité de pigment biliaire, mais elles ne contiennent ni sucre ni albumine. En outre, ce malade présentait un symptôme bien curieux, que nous n'avons pas retrouvé dans notre premier cas : l'*héméralopie*. Ce trouble visuel n'était pas constant; il survenait de loin en loin par périodes de huit ou dix jours. Je reviendrai plus loin sur la valeur de ce signe. Au bout de quatre mois de traitement par le lait, l'iodure de potassium et les douches, ce malade quitta l'hôpital notablement engraissé; le foie et la rate étaient moins volumineux, mais l'ictère était toujours aussi accentué.

Un autre bel exemple de ce genre d'affection est celui de cet homme dont j'ai relaté ailleurs l'histoire détaillée (1), et qui vivait depuis son enfance dans un pays marécageux, en face d'une tourbière et à 300 mètres d'un grand étang. En 1879, après avoir travaillé quatre mois à l'extraction de la tourbe, il est pris d'une fièvre paroxystique bientôt suivie de douleur dans la région du foie et d'ictère. Deux saisons à Vichy restent sans résultat, et quand il entre à la Pitié, en juin 1881, il garde depuis deux ans un ictère bronzé. Sa rate et son foie sont énormes, sans ascite ni dilatations veineuses; ses urines renferment des matières colorantes biliaires; il a de

(1) Voy. *Revue de médecine*, 1883.

temps à autre des épistaxis. Il se plaint d'un peu de faiblesse musculaire, néanmoins son embonpoint est en partie conservé. Il accuse une héméralopie très marquée. Vers le soir, au crépuscule, il cesse de voir et se trouve obligé de dîner avec une lumière. Ce malade qui s'était amélioré dans nos salles au point de pouvoir reprendre son travail, a été revu par nous en 1882 et en 1883 dans un état relativement satisfaisant. Il est mort, en 1884, d'une insolation à la campagne, après cinq ans de maladie.

J'ai rapporté d'autres observations analogues (1), et si vous lisez les travaux qui traitent de la *cirrhose hypertrophique*, vous trouverez un certain nombre de faits absolument semblables (2). Dans ces faits aussi, l'impaludisme est noté, ou du moins le séjour prolongé dans les pays à fièvres. Les symptômes sont les mêmes et l'évolution du mal d'aussi longue durée; car, dans plusieurs d'entre eux, la durée de l'ictère n'est pas moins de sept ans. Il est vrai que, sous cette dénomination de cirrhose hypertrophique, sont comprises d'autres observations où la marche est plus rapide et la lésion sensiblement différente; elles se rapportent pour la plupart à la cirrhose alcoolique graisseuse (3). On y trouve noté l'alcoolisme et non plus l'impaludisme. C'est en classant les cirrhoses d'après le volume du foie, au lieu de les distinguer suivant leur cause, qu'on est arrivé à rapprocher et à grouper sous une même épithète des faits aussi disparates. La plupart des cas publiés avec l'étiquette de cirrhose hypertrophique biliaire, où la durée de l'ictère a été longue et dans lesquels la tuméfaction du foie et de la rate s'est montrée sans ascite ni dilatations veineuses accentuées, appartiennent à l'impaludisme. Si parfois cette notion causale semble avoir échappé, c'est sans doute que l'attention des médecins n'est pas suffisamment attirée sur ce point.

Pour attribuer cette sclérose à une angiocholite, il faut non seulement la démonstration de cette affection, mais encore expliquer la sclérose concomitante de la rate. Cette hypermégalie simultanée des deux organes impose l'idée d'une même cause générale, et défend de songer à un trouble local du côté du foie, auquel succèderait la sclérose hépatique. Nous avons vu que dans la cirrhose alcoolique, la rate participait aussi au processus pathologique. Mais son altération est alors manifestement secondaire, et dépend de la stase dans le système porte; du reste, l'augmentation de volume de l'organe n'atteint pas ordinairement celui de la rate impaludique.

Dans les contrées à malaria, on désigne sous le nom d'*engorgements du foie et de la rate*, la tuméfaction de ces organes liée à l'impaludisme.

(1) Lancereaux : Atlas d'anatomie pathologique. — Voyez aussi thèse de Piquet sur l'hépatite interstitielle paludéenne, Paris 1880.

(2) Thèse de Hanot, 1876. (Obs. XII, XIII et XIV). — Hayem. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1875). — Pitres. (Soc. anat., 1875.) — Obs. III et IV du mémoire de Cornillon. (*Progrès médical* 1881.)

(3) Millard : Société anatomique, 1856. (Obs. V du mémoire de P. Ollivier, *Union méd.* 1871.) — Genouville : Société anatomique, 1858. (Obs. VII d'Ollivier.) — Charcot : Société de biologie 1859. (Obs. IV du mémoire d'Ollivier.) — P. Ollivier : *Union médicale*, 1871. Obs. I personnelle. (Reproduite dans thèse de Hanot, 1876.)

Les deux observations de Requin et presque toutes celles du travail de Cornil (*Arch. phys*, 1874) semblent aussi se rapporter à la cirrhose alcoolique graisseuse. D'autres faits présentés comme exemples de cirrhose hypertrophique ne peuvent être classés, faute de renseignements suffisants.

©BIU Santé

Toutefois, il importe de savoir que sous ce nom populaire on confond deux ordres de lésions : 1° des désordres congestifs, n'amenant le plus souvent qu'une augmentation temporaire du volume du foie ; 2° des altérations fixes auxquelles convient seul le nom de cirrhose. Je vous ai donné tout à l'heure quelques exemples de ce second mode de lésion hépatique. Quant à la simple congestion palustre, vous en avez vu récemment dans le service un cas absolument typique. C'était ce jeune homme, couché au n°37 de la salle Piorry, et qui sortait de faire son service militaire en Afrique. Il avait contracté en Tunisie des fièvres intermittentes, et, quand il est entré dans notre service à la suite d'un accès fébrile, il présentait une exagération considérable du volume du foie et de la rate. Or, sous l'influence de la quinine et de quelques moyens accessoires, il est sorti au bout de trois semaines avec des organes à peu près normaux.

Les médecins militaires ont plus que nous l'occasion d'étudier anatomiquement l'état du foie dans la phase congestive de l'impaludisme. Cet organe est augmenté de volume et de poids ; sa consistance est molle, et, à la coupe, il présente une teinte brune très accentuée. En fait de lésions histologiques, il existe une dilatation des capillaires hépatiques, un léger degré de pigmentation, une extravasation plus ou moins abondante d'hématies et de globules blancs. Les cellules propres du foie sont simplement comprimées par les capillaires ectasiés ; parfois leur protoplasma présente l'état trouble ou granulo-graisseux commun à tant de maladies infectieuses.

Dans la cirrhose impaludique, le foie est énorme, sans que sa configuration générale soit changée ; sa capsule est peu modifiée ; la périhépatite généralement peu prononcée. La surface de l'organe est lisse dans son ensemble et sans bosselures. A un examen plus minutieux, on la voit finement chagrinée, sans grosses granulations. L'altération est uniforme et généralisée à toute la glande, qui pèse près de deux fois son poids normal. La consistance du tissu hépatique est augmentée, elle tient le milieu entre celle de la cirrhose alcoolique commune et celle de la cirrhose graisseuse. Le foie ne crie pas sous le couteau et n'est pas élastique comme dans la cirrhose de Laënnec. La surface de section varie de couleur suivant l'abondance des granulations pigmentaires et biliaires. Elle est vert olive, ou plus foncée, virant au noir ou au brun rougeâtre. La coupe montre les mêmes petites granulations qu'à la surface ; mais elles ne tranchent pas vivement sur le tissu avoisinant et ne tendent pas à s'énucléer comme les gros mamelons de la cirrhose hépatique vulgaire.

L'examen histologique montre tout d'abord que la prolifération conjonctive n'est pas réglée par le réseau veineux porte ou sus-hépatique. Ces vaisseaux sont en effet à peu près sains et ne présentent pas d'endophlébite, ce qui rend compte tout de suite de l'absence d'ascite et de phénomènes stasiques dans le système porte. De nombreux capillaires parcourent le tissu conjonctif de nouvelle formation et les communications vasculaires sont largement assurées. La topographie des éléments de la sclérose est irrégulière, plus encore que dans la cirrhose alcoolique où pourtant la disposition annulaire type est loin d'être une loi absolue, ainsi que nous l'avons vu. Ici la cirrhose mérite le nom d'*insulaire* qu'on lui a donnée parce qu'elle prend naissance par des îlots séparés, arrivant ensuite à se rejoindre. Mais il convient de n'accorder qu'une importance relative à ces détails de topographie, qui sont essentiellement variables. La caracté-

ristique histologique de la lésion se trouve bien plutôt dans la nature même des éléments du tissu nouveau. La cirrhose impaludique est en effet une cirrhose jeune. Au lieu de ces tractus fibreux adultes, rigides, inextensibles que nous sommes accoutumés à rencontrer dans la cirrhose commune, on voit que le tissu de sclérose est à peine organisé, et seulement au centre de l'espace interlobulaire. Des traînées d'éléments embryonnaires s'avancent vers la périphérie des lobules en dissociant leurs éléments. Aussi les bords de ces lobules sont-ils déchiquetés, irréguliers, et non arrondis. Le centre du lobule est rarement atteint, quoique la prolifération conjonctive puisse gagner la veine centrale. Toutefois son envahissement a été considéré à tort comme le propre de la cirrhose hypertrophique, puisque nous savons que la cirrhose atrophique commune s'étend quelquefois jusqu'aux veines sus-hépatiques, et qu'ainsi elle ne mérite plus le nom de cirrhose extra-lobulaire. (*A suivre.*)

Association française pour l'avancement des sciences

CONGRÈS DE NANCY.

Section des sciences médicales. — Séance du 19 août 1886.

M. le docteur Henri Henrot (de Reims) a observé 3 cas d'anémie pernicieuse progressive, chez lesquels il a pu constater des lésions de la rate et des globules sanguins. Cette notion intéressante pour la pathogénie de la maladie n'est pas la seule tirée de ces faits; car la transfusion, pratiquée deux fois sans succès et une fois avec succès, montre que la thérapeutique de cette affection n'est pas encore très avancée.

M. le docteur Fauvelle (de Paris) étudie ensuite les causes prochaines de la mort dans les maladies. Aujourd'hui, dit l'auteur, on ne peut regarder la vie comme le résultat de l'action réciproque du poumon, du cœur et du cerveau. Le corps humain doit être considéré comme un composé d'éléments anatomiques remplissant des fonctions diverses dont la résultante est la *vie*. Parmi eux les éléments nerveux ont une prépondérance incontestable, d'abord par leurs connexions avec tous les autres; puis par la production, sous l'influence comburante de l'oxygène sur les divers groupes qui constituent le système, d'une des formes de l'énergie, l'*influx nerveux*. C'est par lui qu'ont lieu les sécrétions, peut-être la nutrition, les actes excito-moteurs ou réflexes, les sensations perçues et retenues, les phénomènes intellectuels qui en résultent et enfin les mouvements volontaires. En un mot, la vie de l'individu réside dans le système nerveux. Si le sang ne lui amène pas simultanément l'oxygène destructeur et les substances albuminoïdes réparatrices, la mort s'ensuit forcément; elle est non moins certaine si la circulation introduit dans les agglomérations de cellules nerveuses des substances dites toxiques, qui les altèrent directement ou entravent le mouvement de décomposition et de reconstitution, c'est-à-dire le dégagement de l'influx.

M. Fauvelle montre que toute la pathologie peut être rattachée à ces trois causes morbigènes, agissant sur le système nerveux. Il termine en faisant ressortir combien il importe au praticien de ne jamais perdre de vue l'asphyxie, l'inanition et l'intoxication des éléments nerveux, causes prochaines de la mort de l'individu dans les maladies.

Une communication très attendue sur la rage du loup a ensuite été faite par M. le docteur Du Mesnil (de Vincennes). M. Pasteur, dans sa communication du 12 avril 1886 à l'Académie des sciences, avait signalé : 1° la rapidité plus grande de l'apparition des accidents rabiques après la morsure des loups; 2° la mortalité plus grande chez les individus mordus par les loups, que la mortalité des individus mordus par les chiens.

M. Du Mesnil confirme aujourd'hui ces deux propositions en apportant une statistique basée sur 342 cas d'individus mordus par les loups.

De cette statistique, il résulte que les accidents rabiques chez ces individus se décla-

©BIU Santé

rent le plus fréquemment du vingtième au trentième jour, alors que chez ceux qui ont été mordus par des chiens enragés, ils apparaissent seulement du quarantième au cinquantième.

Quant à la mortalité, elle est de 60,23 p. 100, c'est-à-dire le double de celle des hommes mordus par les chiens enragés.

Les bénéfices tirés de la cautérisation par divers agents n'ont pas été très grands, puisque la mortalité a encore été de 60,27 p. 100; à Bar-le-Duc, sur 19 personnes mordues et cautérisées immédiatement, la mortalité a été de 57 p. 100. Si on rapproche de ces 19 mordus les 19 Russes traités par M. Pasteur, et qui n'ont donné que trois morts, on voit que la différence est toute à l'avantage de la méthode des inoculations prophylactiques.

Abordant ensuite la question de prophylaxie, M. Du Mesnil tire des faits exposés par lui ces conclusions que les individus mordus par les loups doivent être l'objet d'un traitement beaucoup plus actif et surtout appliqué à une époque la plus rapprochée possible de l'inoculation.

Malgré les conditions fâcheuses dans lesquelles ont été faites jusqu'à présent les injections prophylactiques par la méthode de M. Pasteur aux blessés mordus par des loups enragés, dont un grand nombre, les Russes notamment, n'ont commencé le traitement que longtemps (14, 15 jours) après avoir été atteints; sur les 50 inoculés, 8 seulement ont succombé, soit 16 p. 100 au lieu de 60.

M. Du Mesnil a terminé en signalant la création d'Instituts anti-rabiques à Vienne, Odessa, Saint-Pétersbourg, Moscou, Varsovie, Sumara au delà du Volga, à Milan, en Roumanie, au Brésil.

Depuis le début des inoculations au laboratoire de M. Pasteur, il a été inoculé 1,235 Français ou Algériens; il en est 3 qui ont succombé.

A Odessa, M. le docteur Gamaleia a traité 122 personnes d'après la méthode pastorienne, et a eu seulement deux morts pendant la durée du traitement.

On peut dire actuellement que, grâce à cette méthode, les chances de survie ont augmenté des trois quarts.

M. Rochard attire l'attention sur ce fait que, malgré la différence dans la mortalité, le virus rabique est identique chez le chien et chez le loup. C'est aussi l'opinion de M. Pasteur, qui a montré que le lapin, inoculé avec l'un des deux virus, mourait le dix-septième jour dans les deux cas. Ce qui fait la différence de gravité à la suite des deux espèces de morsure, c'est plutôt le nombre des plaies, leur profondeur; en un mot, l'acharnement avec lequel les animaux déchirent leurs victimes.

M. Bouchard remercie M. Du Mesnil de sa communication; c'est avec de pareils documents, dit-il, qu'on pourra se faire une idée exacte de cette statistique clinique tant décriée. Néanmoins, on ne peut méconnaître qu'il existe encore un doute sur le mode d'action du vaccin de la rage. Il n'y a rien d'analogue dans cette inoculation avec les autres virus vaccins connus jusqu'alors, pour le charbon et la variole, par exemple; dans ceux-ci, il s'agit de microbes connus, cultivés et rendus vaccins; ils ont la même qualité vitale, mais en moindre quantité; ils produisent une maladie ébauchée, c'est l'autre en petit, et ils confèrent l'immunité de cette autre. Ici, rien de pareil, pas de virus atténué, pas de microbe connu, pas de maladie ébauchée; ou l'inoculation ne donne rien, ou bien elle donne la rage dans toute sa vigueur, et néanmoins, quand il n'y a aucun symptôme morbide, l'immunité est conférée. Nous sommes donc en plein dans l'empirisme, mais il serait puéril de nier les avantages de ces inoculations préventives, et quand un homme comme M. Pasteur tire un parti aussi remarquable de l'empirisme, on peut dire qu'il a aussi bien mérité de la science que si sa méthode scientifique était constituée entièrement. (Applaudissements unanimes.)

L'ostéome du calcanéum est une affection très rare, car M. le professeur Gross (de Nancy) n'en a trouvé dans ses recherches aucun exemple bien authentique. Il en a observé récemment un cas dans son service, chez un homme de 48 ans qui, après deux entorses et une ulcération de la plante du pied, vit son talon augmenter de volume. L'ablation du calcanéum étant faite, on vit qu'il s'agissait d'une tumeur osseuse péri-

calcanéenne ayant englobé l'os, sauf ses faces articulaires, et formant de véritables tunnels aux gaines tendineuses. L'ossification paraissait provenir du tendon d'Achille et de là avait envahi rapidement, peut-être simultanément, tous les tissus fibreux péri-calcanéens, même les fibres musculaires plantaires voisines. C'est donc un ostéome péri-calcanéen.

L'opération a été faite par le procédé de Farabeuf, qui permet d'atteindre facilement toutes les parties où doit porter le bistouri. La guérison fut parfaite. Comme résultat définitif, il y eut raccourcissement de la jambe et du pied, que l'absence de saillie postérieure a transformé en pied-plat; mais la station debout et la marche sont possibles sans fatigue; il y a une légère claudication à laquelle on a voulu remédier en faisant porter au blessé un soulier à talon élevé; mais celui-ci a paru plus gênant qu'utile.

M. Ollier a été plus loin que M. Gross, car, dans des cas de carie limitée, il a fait l'extraction simultanée du calcanéum et de l'astragale. Dans 16 cas de ce genre, le résultat définitif a été à peu près le même que celui de M. Gross, et bien que cette opération paraisse absurde au premier abord, puisqu'elle supprime la base de sustentation de la jambe, elle donne, grâce à la reproduction osseuse, un résultat bien préférable à l'amputation de la jambe.

M. Verneuil, au nom de son chef de clinique M. Verchère, revient sur la question de l'auto-inoculation et montre qu'on n'a pas tenu assez compte jusqu'ici d'un élément important, l'organe dans lequel le microbe peut se développer. Tous les organes, en effet, ne sont pas favorables à la culture des microbes; ainsi, le tubercule se développe mal ou pas du tout, primitivement, dans les muscles striés, la mamelle, la pituitaire, la conjonctive, le tissu compact de l'os, alors qu'il a une affinité si grande pour le tissu spongieux. Il faudrait donc dresser un double tableau, l'un montrant quels virus ou microbes peuvent se développer dans tel organe, et l'autre les organes dans lesquels ne peuvent se développer ces virus. Quelques recherches ont déjà été faites dans cette voie, entre autres par MM. Luton, Verneuil, etc.; elles doivent être continuées afin d'apprendre aux expérimentateurs le milieu organique qui convient ou non à la culture de chaque microbe, et d'épargner ainsi la perte de temps inséparable de ces tâtonnements.

M. le docteur Viennois (de Lyon) décrit le procédé employé par M. le professeur Ollier pour se créer une voie large pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens et autres tumeurs des fosses nasales. Cette opération consiste à détacher le nez de sa racine et de ses bords par deux incisions suivant le sillon naso-génal et à le rabattre sur le menton; on peut ensuite, si besoin est, réséquer encore la cloison. La tumeur étant enlevée, on peut, en cas d'hémorrhagie, appliquer sur la base d'implantation des éponges imbibées d'eau de Pagliari et les laisser en place plusieurs heures; on les enlève quand tout danger est passé, et alors seulement on remet le nez en place au moyen de sutures sans que sa vitalité paraisse en souffrir. M. Viennois compare ce procédé à celui de Chassaignac, et montre qu'il y a entre les deux des différences qui sont toutes à l'avantage de celui de M. Ollier.

M. le professeur A. Poncet (de Lyon) a mis en pratique une méthode opératoire très ingénieuse, imaginée par Létiévant, pour pratiquer la rhinoplastie. Il s'agit d'appliquer le lambeau frontal sur une charpente en platine qui représente le squelette nasal détruit par la scrofule ou la syphilis. Chez une malade opérée depuis plusieurs années, la charpente est parfaitement restée en place sans causer aucun accident.

Malgré tous les travaux qui ont été écrits sur la coxalgie, M. Duzéa (de Lyon), pense, avec raison du reste, qu'on n'est encore guère avancé sur l'étiologie des déformations de la hanche dans cette affection. Considérant que les déformations se font tantôt en avant et en dedans, tantôt en arrière et en dehors, il a recherché quel rôle les nerfs et muscles péritrochantériens pourraient bien jouer; il a trouvé que ces muscles devaient se diviser en deux groupes, l'un antéro-interne, innervé comme la partie antérieure de la hanche par le plexus lombaire, l'autre postéro-externe, innervé comme la partie postérieure de la hanche par le plexus sacré. Si la partie malade de la hanche répond au plexus lombaire, celui-ci, par action réflexe, contracture les muscles antéro-internes, et produit l'adduction ; si au contraire la lésion répond au plexus lombaire, il y a contracture des

©BIU Santé

muscles postérieurs et abduction ; si la hanche est envahie d'emblée dans toute son étendue, il y a contracture de tous les muscles ; mais comme le groupe des adducteurs l'emporte sur celui des abducteurs, la déformation définitive est l'adduction.

M. le professeur Lallement (de Nancy) rapporte l'histoire très curieuse d'un blessé entré dans son service pour une contusion du rein, dont il mourut, et à l'autopsie duquel on trouva une hernie de l'estomac dans la plèvre gauche. En consultant les commératifs, on fut amené à penser que cette affection, qui n'avait paru causer aucun accident pendant la vie, remontait à un coup de tampon reçu trois ans auparavant.

MM. Vautrain, Bernheim et Henrot ont cité également des cas de la même affection.

M. le professeur Bernheim a ensuite attiré l'attention sur un phénomène qu'il a observé récemment dans des cas de pneumonie, le son tympanique. Il pense que ce bruit peut se produire quand deux conditions sont réunies : l'absence de sécrétion bronchique dans les bronches béantes, permettant ainsi la libre circulation de l'air pendant la percussion, et l'hépatisation du poumon autour de ces bronches.

Signalons enfin la communication de M. le docteur Gentilhomme (de Reims) sur le traitement des inflammations de l'utérus par le fer rouge, moyen innocent, efficace, et qui agit comme révulsif ; la présentation par M. Charpentier, d'un nouvel instrument pour l'exploration fonctionnel de la rétine, et par M. Stœber, de coupes très bien faites d'un gliome de la rétine ; une communication de M. Bergeon, sur le traitement de la phthisie par les injections rectales d'acide carbonique pur chargé d'acide sulfhydrique, et une autre de M. le docteur Netter, sur la pneumonie dans l'impaludisme.

L.-H. PETIT.

BIBLIOTHÈQUE

DU CANCER MASSIF DU FOIE, par le docteur A. GILBERT, interne médaille d'or des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société anatomique. — C. Steinheil, éditeur.

M. le docteur A. Gilbert s'est proposé de décrire dans ce travail une forme particulière de la carcinose primitive du foie qui, non seulement remarquable par ses caractères anatomiques, offre une évolution clinique particulière et constitue pour ainsi dire une maladie spéciale.

Le cancer primitif du foie, nous dit M. Gilbert, se présente sous deux formes : la forme massive et la forme nodulaire.

Le cancer nodulaire primitif ne peut être différencié du cancer secondaire d'après le seul examen macroscopique du foie. Le cancer massif représente, au contraire, la forme véritablement caractéristique du carcinome hépatique primitif.

Brièvement mentionnée par MM. Cornil et Ranvier dans leurs Traités d'anatomie pathologique, par M. Rendu dans le Dictionnaire de Dechambre, par Schüppel dans l'Encyclopédie de Ziemssen, par Murchison dans ses Leçons cliniques et par différents observateurs, elle n'avait jamais été l'objet d'une étude détaillée et distincte. M. Gilbert a comblé cette lacune en fondant sa description sur un certain nombre de faits inédits et sur diverses observations publiées antérieurement aux siennes.

Voici, grâce à lui, ce que nous savons maintenant sur le cancer massif du foie :

« A l'examen extérieur, le foie qui est le siège d'un cancer massif, n'offre ni la déformation, ni les bosselures, que l'on a l'habitude d'assigner au carcinome de ce viscère. Il apparaît hypertrophié dans ses différentes parties constituantes, ou plus particulièrement dans un de ses lobes ; sa surface reste lisse et sa forme reproduit celle de la glande hépatique normale ; sa coloration ne se modifie point ou devient, par places, jaunâtre ou marbrée.

Il faut sectionner l'organe malade selon son grand axe pour bien juger de la nature et de l'étendue des lésions qui l'occupent. Il apparaît alors dans sa presque totalité transformé en une masse néoplasique de consistance molle ou lardacée, fournissant

par le raclage une quantité variable de suc cancéreux. Le lobe hépatique droit est le lieu d'élection de cette masse, qui y reste limitée ou qui simultanément s'étend au lobe carré, au lobe de Spiegel et au lobe gauche. Dans la majorité des cas, la masse cancéreuse s'avance jusqu'à la capsule de Glisson. Parfois elle en reste uniformément séparée par une mince bande de tissu sain, qui lui forme une sorte d'enveloppe ou d'écorce.

Les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques ascendants et descendants du foie subissent fréquemment la dégénérescence cancéreuse. Les nodosités secondaires font défaut dans la majorité des cas. La périhépatite et l'ascite sont rares. La splénomégalie est habituelle.

Histologiquement, le cancer massif ne diffère point du cancer nodulaire primitif. C'est un épithéliome qui procède des cellules hépatiques et qui, selon la disposition du stroma conjonctif, disposition à laquelle est subordonné l'arrangement des éléments épithéliomateux, revêt le type alvéolaire, le type trabéculaire ou tubulé (adénome des auteurs) ou enfin le type trabéculo-alvéolaire.

Le cancer massif est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et survient à l'âge moyen de la vie ou dans un âge avancé. Il est presque toujours en relation avec l'abus des boissons alcooliques.

Son développement s'annonce par la suppression de l'appétit, l'apparition de troubles dyspeptiques et parfois de phénomènes douloureux, en même temps que par la diminution des forces, l'amaigrissement et la décoloration des téguments.

La foie augmente de volume, soulève les fausses côtes dont il dépasse le rebord et présente à la palpation une surface lisse et résistante. L'ascite apparaît rarement, ainsi que la dilatation des veines abdominales sous-cutanées. Les vomissements et l'ictère font presque constamment défaut. L'acholie et l'abaissement du taux de l'urée urinaire trahissent la suppression des fonctions de la glande hépatique.

La peau et les muqueuses deviennent d'une extrême pâleur, l'émaciation et la faiblesse atteignent les dernières limites, les malléoles s'œdématient, et la mort survient d'un à sept mois après le début des accidents.

En fait le cancer massif revêt une physionomie particulière qui doit en permettre le diagnostic, et s'il a fréquemment été méconnu pendant toute la durée de son évolution, c'est que les signes qui marquent son développement sont ignorés du plus grand nombre des médecins. »

Il ne sera donc plus permis désormais de méconnaître un cancer massif du foie qu'aux seuls médecins qui n'auront pas lu l'excellente thèse de notre collègue, et nous souhaitons que ceux-là soient rares.

M. Gilbert nous annonce, dans l'introduction, que son mémoire est extrait d'une *Etude générale des néoplasies du foie*, que son maître, M. Hanot, et lui doivent publier en commun. Le public médical ne peut que se féliciter d'une collaboration semblable, d'où sortiront sans nul doute les plus intéressants travaux; la puissante autorité de M. Hanot en pathologie hépatique se trouvera secondée dignement par les qualités propres à son jeune collaborateur, dont on ne peut dire tout le bien qu'il faudrait par crainte de blesser sa modestie. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur l'influence des eaux d'alimentation sur le développement de la fièvre typhoïde dans les différentes casernes de sapeurs-pompiers de 1882 et 1885, par M. Régnier, médecin-major de 1re classe. (*Archives de méd. militaire*, août 1886.) — Ce sobre et consciencieux travail démontre, de la façon la plus nette, le rôle typhoïgène des eaux de rivière distribuées à Paris, filtrées ou non filtrées. L'auteur étudie en effet la fièvre typhoïde dans 11 casernes de sapeurs-pompiers ayant à peu près le même effectif et compare les chiffres de l'année 1882 à ceux de l'année 1885, en indiquant les améliorations successives apportées dans la plupart de ces casernes au

©BIU Santé

point de vue de l'eau d'alimentation. Nous avons résumé dans le tableau ci-joint, qui donne des résultats d'une évidence irréfutable, les tableaux très détaillés fournis par M. Régnier.

Chiffre des fièvres typhoïdes pour 100 hommes d'effectif dans les différentes casernes de sapeurs-pompiers de Paris, suivant la provenance des eaux d'alimentation pendant les années 1882 et 1885.

PREMIÈRE PARTIE

Caserne	Château-Landon : avec eau de la Marne non filtrée....	1,7 p. 100	en 1882
—	— avec eau de la Dhuys.	3 —	en 1885
—	Trocadéro : avec eau de Seine filtrée.....	5 —	en 1882
—	— avec eau de Vanne.....	2 —	en 1885
—	Ménilmontant : avec eau de Marne filtrée.....	7 —	en 1882
—	— avec eau de la Dhuys.....	0,6 —	en 1885
—	Poissy : avec eau de l'Ourcq filtrée.....	7 —	en 1882
—	— avec eau de Vanne.....	2 —	en 1885
—	Vieux-Colombier : avec eau de l'Ourcq filtrée	7 —	en 1882
—	— avec eau de Vanne	0 —	en 1885
—	Sévigné : avec eau de l'Ourcq filtrée	10 —	en 1882
—	— avec eau de Vanne..	2 —	en 1885
—	Château-d'Eau : avec eau de l'Ourcq filtrée	12 —	en 1882
—	— avec eau de Vanne.....	3 —	en 1885

De ce tableau il résulte clairement que dans les 7 casernes indiquées, la fièvre typhoïde est tombée de 69 à 12,6, c'est-à-dire a diminué de plus des 4/5 par le fait de la substitution des eaux de source à l'eau de rivière ; et aux personnes qui penseraient que cette diminution n'est pas due au changement de régime des eaux, vu qu'elle a été observée dans tout Paris, nous opposerons la deuxième partie du tableau.

Elle démontre que dans les 4 casernes qui ont eu en 85 la même eau qu'en 82 le nombre des fièvres typhoïdes, au lieu de baisser, s'est élevé de 13,7 à 18.

DEUXIÈME PARTIE

Caserne	Jean-Jacques Rousseau : avec eau de Vanne	0,7 p. 100	en 1882
—	— avec eau de Vanne	2 —	en 1885
—	Grenelle : avec eau de Vanne.....	2 —	en 1882
—	— avec eau de Vanne.....	2 —	en 1885
—	Charenton : avec eau de Seine filtrée	3 —	en 1882
—	— avec eau de Seine filtrée.....	7 —	en 1885
—	Blanche : avec eau de Seine filtrée.....	8 —	en 1882
—	— avec eau de Seine filtrée.....	7 —	en 1885

Et en réunissant les années 1885 et 1882, sur ces deux parties du tableau, on peut se convaincre, par un calcul facile, que les casernes alimentées par l'eau de source ont donné un pour cent moyen de 1,60, tandis que les casernes alimentées par l'eau de rivière ou de canal ont fourni un pour cent moyen de 8,54, c'est-à-dire cinq fois plus considérable.

Dr Burlureau.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

La Société de médecine de Toulouse possède une supériorité sur les autres corps savants de notre pays; elle siège dans la ville de Clémence Isaure. Est-ce pour ce motifs que nos confrères toulousains sont si habiles à rendre la science aimable par l'élégance de leur parole et de leur plume?

Cette réflexion vient à l'esprit en parcourant le tribut académique de M. Molinier sur

la *syphilis conjugale*, les difficultés de son diagnostic et les épreuves auxquelles ce mal met la sagacité du praticien. La découverte du microbe de la vérole n'a pas encore atténué ces difficultés. Notre confrère le regrette parce qu'il rendrait la tâche du médecin plus aisée. « Il serait si commode de pouvoir dire à un époux ahuri que sa chaste moitié « lui a apporté dans le pétale de sa fleur d'oranger et sur l'aile des vents, ce *phylloxera* « *vestatrix* de la vigne conjugale. » Voilà, ce me semble, un microbe qui vaudrait bien alors le fameux officier de cavalerie dont parle M. Ricord.

Dans l'espèce, il s'agissait d'un chancre « impudemment poussé sur la lèvre inférieure « de la bouche d'une jeune et jolie femme, mariée depuis peu de temps, et de l'affole- « ment du mari par cette apparition inattendue. » Que dire? M. Molinier répondit carrément « que les voyages de noce étaient dangereux et que sa femme avait attrapé la « syphilis en buvant dans un verre malpropre. » Les convenances et la paix familiales étaient ainsi sauvegardées.

Le traitement spécifique amena la guérison et « la joie dans le ménage ». Notre confrère ne se contente pas de cette médication curative; il demande plus, plaide quelque peu la cause d'Auzias Turenne et n'est pas éloigné de recommander la syphilisation préventive « si malmenée par Ricord, qui ne pardonnait pas Auzias d'avoir donné la syphilis à une guenon. » Et puis M. Molinier en espère mieux encore. Il compte sur ses vertus prophylactiques pour l'assainissement de la prostitution et la délivrance d'une patente nette aux vaccinées du futur Institut antisyphilitique.

Au reste, les infiniment petits tiennent large place dans les ordres du jour de la Société toulousaine, témoin les débats sur les *ptomaïnes* et les *microbes*; cependant ils ne retiennent pas toute l'attention de ses membres, et la clinique conserve ses droits auprès d'eux. C'est ainsi que, dans une note sur un *fibrome utérin sous-péritonéal*, M. Ripoll a exposé les récents progrès du diagnostic de ces tumeurs et les motifs de l'intervention ou de l'abstention opératoire dans leur traitement. L'ascite, les métrorrhagies excessives, la compression des organes voisins, les troubles de la respiration justifient à ses yeux la myotomie.

De plus, au nom de son expérience personnelle, il recommande, dans cette opération, de laisser le pédicule dans l'abdomen à l'aide de ligatures perdues et admet la possibilité de ne pas pratiquer le drainage à demeure, ce drainage lui paraissant sinon dangereux du moins inutile.

M. Jeannel a donné lecture de deux communications : Dans l'une, il s'agissait d'un *kyste dermoïde de la région sterno-costale inférieure*; l'autre avait pour titre : *Contribution à l'étude de la prothèse tendineuse*. Signalons aussi un travail de M. Ferras sur les *améliorations introduites aux thermes de Luchon*, auprès desquels il exerce; travail opportun après les récentes *recherches sur les vapeurs de Luchon* entreprises par M. Frébault ; la présentation par M Terson, de pièces anatomiques relatives à une *embolie de l'artère centrale de la rétine*, et, enfin, un mémoire de médecine vétérinaire dans lequel M. Baillet étudiait la *castration des mâles chez les animaux*.

En acceptant de tels travaux, la Société de médecine de Toulouse donne un salutaire exemple; car s'ils intéressent plus immédiatement la médecine des animaux, ils contribuent encore au progrès de la pathologie comparée et indirectement à ceux de la médecine humaine. — Ch. E.

VARIÉTÉS

L'ULCÈRE DU TURKESTAN.

Pendant leur concentration sur les frontières de l'Afghanistan, les troupes russes ont été atteintes d'une affection vraisemblablement analogue au bouton d'Alep, au bouton de Biskra, au bouton de Delhi. Deux médecins militaires, MM. Heindenreich et Suski ont eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas dans les régiments cosaques. C'est d'après ces cas qu'ils en ont donné la monographie.

Cette affection traverse trois périodes. Dans la première, elle est caractérisée par une

©BIU Santé

tache rougeâtre, augmentant d'étendue, limitée par une induration et se transformant en ulcération arrondie à bords irréguliers.

Pendant la seconde période, l'ulcération augmente et tend à devenir confluente par sa réunion aux ulcérations voisines. A ce moment la suppuration est profuse ; il existe de la lymphangite et de l'adénite.

La troisième période est celle de la cicatrisation. Les surfaces ulcérées sont granuleuses, prennent un aspect légitime et se terminent par une cicatrice rougeâtre.

Ces ulcérations ont le visage, le cou, l'abdomen et les articulations pour lieux d'élection. On les rencontre cependant sur d'autres régions où elles se propagent par auto-inoculation.

M. Heidenreich, qui confirme ces observations faites par son collègue Suski, aurait trouvé un microbe spécial dans les produits morbides de cette maladie. Ce micro-organisme serait le microbe pathogène et l'efficacité du traitement parasiticide par le sublimé confirmerait cette opinion.

Quel que soit le résultat des recherches ultérieures, ces observations ont une réelle importance et tendent à compléter les connaissances acquises durant ces dernières années sur l'ulcère d'Orient et le bouton d'Alep. Elles permettront peut-être aussi d'établir l'origine commune de ces diverses affections et leur classification définitive au nombre des maladies à microbe. — C. L. D.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. — Charpentier et Delore.

Dès que l'albuminurie est constatée, établir le régime lacté, et faire une saignée de 300 à 500 grammes ; surtout si la femme est robuste et pléthorique. Si l'éclampsie se déclare, saignée de 300 à 500 grammes, chloral de 4 à 12 et 16 grammes en fractionnant les doses ; inhalations de chloroforme. — Si la dilatation le permet, terminer l'accouchement ; — ne pas provoquer l'accouchement, ni surtout l'avortement. — Dans le cas d'éclampsie survenue après la délivrance, employer le chloral et le chloroforme.

M. Delore formule le traitement de la manière suivante : 1° saignées, si la femme est pléthorique ; 2° perchlorure de fer, si elle est anémique ; 3° chloroforme pour calmer les crises ; 4° chloral en lavement, à haute dose, d'heure en heure ; 5° bains froids ; 6° provoquer l'accouchement, si la maladie paraît grave, et si l'enfant est vivant. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 8 août 1886, M. le docteur Hanne, maire de la Pointe-à-Pitre, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique informe les médecins du Ve arrondissement que, le mercredi 22 septembre 1886, il sera procédé à l'élection d'un médecin.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur René Briau, décédé à Paris le 23 août 1886. M. Briau était bibliothécaire de l'Académie de médecine depuis l'année 1855.

STATISTIQUE VITALE DE LA VILLE DE MARSEILLE PENDANT LE SECOND TRIMESTRE DE 1886. — En avril : 1,205 décès, 794 naissances, 78 mort-nés, 246 mariages, 8 divorces.
En mai : 1,163 décès, 757 naissances, 64 mort-nés, 144 mariages, 10 divorces.
En juin : 1,032 décès, 822 naissances, 78 mort-nés, 284 mariages, 6 divorces.
Total : 3,400 décès, 2,373 naissances, 220 mort-nés, 674 mariages, 22 divorces.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Lancereaux : La cirrhose impaludique. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : Des arthrites infectieuses (non tuberculeuses). — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. — III. Intérêts professionnels : La réunion de l'Association médicale du Haut-Rhin en 1886. — IV. Revue des Journaux : Traitement abortif des abcès mammaires par l'essence de térébenthine. — Du traitement de l'érysipèle par le benzoate de soude. — Du traitement de l'érysipèle par la créosote. — De l'emploi de la manaca contre le rhumatisme. — V. L'Epidémie cholérique de 1886. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Bulletin bibliographique. — XI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

La cirrhose impaludique (1).

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

On a attaché beaucoup d'importance, dans ces dernières années, au réseau des canalicules biliaires qui parcourent les travées conjonctives. L'abondance de ces petits canaux est, en effet, très manifeste dans la cirrhose impaludique; mais on ne peut en faire la caractéristique d'un genre de cirrhose. C'est là, somme toute, une disposition assez banale qui se retrouve, à un degré moindre, dans la cirrhose commune. Ces canalicules, reconnaissables à leur revêtement épithélial, sont tapissés de cellules cubiques boursouflées et granuleuses lorsque l'ictère est ancien; aussi leur calibre est-il très étroit, et, pour peu qu'ils renferment des débris épithéliaux et du sable biliaire, on comprend que la bile les traverse difficilement et qu'à une certaine période de l'affection, on trouve dans l'urine la matière colorante biliaire. Le mode de formation de ces canalicules biliaires appelle, comme nous l'avons dit, de nouvelles recherches. La théorie du bourgeonnement des canalicules préexistants a perdu une grande partie de sa vraisemblance avec la conception actuelle du foie tubulé. Aussi, admet-on généralement aujourd'hui qu'il s'agit là d'une simple modification des trabécules hépatiques de la périphérie du lobule.

Si, dans la cirrhose hypertrophique palustre, les canalicules biliaires sont si nombreux, c'est sans doute parce que la sclérose envahit la périphérie du lobule, tandis qu'elle se cantonne surtout en dehors du lobule dans la cirrhose vulgaire. Dans une observation de M. Pitres, où le processus scléreux respectait l'intérieur du lobule, la multiplication des canalicules biliaires n'existait pas. Cette observation est pourtant un type de la cirrhose dite hypertrophique. Il semble donc que la présence des canalicules biliaires soit simplement en rapport avec l'envahissement du lobule par les éléments conjonctifs. Cette condition se réalise fréquemment dans la cirrhose impaludique, plus rarement dans la cirrhose vulgaire des buveurs.

Quelquefois, un certain nombre de canaux biliaires se laissent distendre sur un point, et c'est là l'origine des formations désignées sous le nom d'angiomes biliaires kystiques. Ces dilatations ne sont pas davantage propres à la cirrhose hypertrophique paludéenne; on peut les retrouver dans le foie syphilitique, comme nous en avons dernièrement observé un exemple.

Les gros conduits de la bile et le canal cholédoque ne présentent aucune

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 avril, 3, 10 juin, 6 et 31 juillet 1886.

altération appréciable; leur lumière est libre. La vésicule est généralement distendue par une bile verdâtre ou décolorée.

Les cellules propres des îlots hépatiques sont surtout modifiées à la périphérie des lobules, aux points où la poussée embryonnaire est le plus abondante. Elles sont comprimées, allongées; leur protoplasma est diminué de volume; quelques-unes même disparaissent entièrement. Au centre de l'îlot, elles ont conservé leur forme; mais, partout, elles sont chargées de pigment biliaire et de granulations graisseuses. Quant aux granulations mélaniques propres à l'intoxication palustre, elles sont infiniment moins nombreuses à cette phase avancée de l'affection que dans la période congestive, au moment des accidents fébriles, où elles imprègnent les éléments de la rate et de la moelle osseuse, et les globules blancs du sang. En tout cas, ces granulations mélaniques restent confinées aux vaisseaux ou au stroma, et pénètrent rarement la cellule hépatique.

Pour ce qui est de l'évolution nodulaire des cellules propres du foie, telle que l'ont décrite MM. Kelsch et Kiener, elle ne peut être rapportée à la seule hépatite impaludique. Du reste, ces auteurs ont réuni, sous la dénomination commune d'affections paludéennes du foie, des faits disparates d'hépatites alcooliques, palustres, et même de cancer.

De même que la cirrhose alcoolique s'accompagne d'autres altérations viscérales relevant du même facteur étiologique, de même nous retrouvons ici sur les autres organes les traces de l'intoxication palustre. La rate surtout est profondément atteinte; elle acquiert plusieurs fois son volume et et son poids normaux. Elle est ferme, indurée, recouverte de plaques fibreuses irrégulières, ou bien elle offre un épaississement général de sa capsule. A la coupe, on reconnaît une splénite interstitielle qui est fonction de l'impaludisme au même titre que l'hépatite proliférative. La surface de section est parcourue par des tractus conjonctifs blanchâtres. Au microscope, on constate, outre cette plus grande épaisseur des cloisons, un épaississement des parois vasculaires et des fibrilles du réticulum. Des granulations pigmentaires se montrent encore dans les éléments propres du tissu splénique ou dans les globules blancs du sang. Le péritoine n'est le plus souvent modifié qu'au niveau du foie et de la rate. Il contient souvent une quantité relativement faible de sérosité colorée en jaune, et dont l'extravasation s'est effectuée dans la dernière phase de l'affection. Les reins sont colorés par la bile, assez souvent congestionnés; leur dégénérescence amyloïde est très exceptionnelle. Le cœur est jaune, friable; ses cavités sont parfois dilatées. Les autres organes sont sains ou légèrement pigmentés. Dans un petit nombre d'observations, il est noté que le pancréas était induré.

La connaissance exacte de ces lésions anatomiques vous permettra de mieux comprendre leur expression clinique. Ne vous attendez pas à observer souvent des malades au début de leur affection. Vous assisterez quelquefois à ces poussées congestives vers les hypochondres, qui accompagnent les accès de fièvre palustre, et dont je vous ai cité tout à l'heure un exemple. A cette première phase dynamique de la maladie, la guérison complète est possible; le malade est menacé de cirrhose pour l'avenir, mais on ne peut affirmer à coup sûr que les lésions matérielles fixes s'établiront à la suite de ces congestions. Le plus souvent, quand il se présente au médecin, le malade est déjà arrivé à la période d'état de son mal. Il a de l'ictère, et il raconte que cet ictère, après quelques oscillations, ne le quitte

plus depuis plusieurs mois. En même temps, il s'est un peu affaibli, et ses fonctions digestives se sont troublées. L'ictère est foncé, bronzé, et s'écarte, par son aspect, de l'ictère verdâtre de la rétention biliaire. Sa constatation impose l'examen immédiat de l'abdomen. Celui-ci est volumineux; il est bombé surtout dans sa partie supérieure, ce qui tient à l'hypermégalie concomitante du foie et de la rate. Vous avez pu voir dans nos observations que ces organes atteignent des dimensions colossales. Il n'est pas rare que le foie vienne effleurer l'épine iliaque antéro-supérieure et qu'il dépasse en dedans l'ombilic. La rate, qui déborde les côtes, vient parfois à son contact, et la palpation fait sentir un énorme gâteau de tissu induré remplissant la moitié supérieure de l'abdomen. Ces organes sont fermes, lisses; le foie ne présente pas les granulations de la cirrhose commune ni les bosselures des néoplasmes. Cependant, dans quelques observations, il est noté que sa surface s'arrondissait en un point sous forme de dôme et, dans plusieurs cas, une sensation de fausse fluctuation à ce niveau a poussé des médecins très expérimentés à pratiquer une ponction. La percussion vient confirmer les données fournies par le palper. Ces modes d'exploration ne déterminent aucune douleur, contrairement à ce que vous observeriez dans l'hyperémie stasique. Sous la pression de la main, le foie se déplace légèrement. Il a gardé sa mobilité, ce qui est en rapport avec ce fait que les adhérences péritonéales sont ici bien moins nombreuses et moins fortes que dans la cirrhose commune. Et pourtant les malades ressentent assez souvent dans l'hypochondre droit des douleurs vagues, mais celles-ci sont vraisemblablement le fait de poussées congestives. Rappelez-vous encore que le bord du foie reste régulier et tranchant, c'est là un signe qui ne manque pas d'importance pour le diagnostic différentiel, car, dans la stéatose et la leucomatose hépatique, ce même bord libre est émoussé et obtus. Enfin, ne négligez pas de vous assurer, en pratiquant la percussion au-dessous du mamelon, que le foie n'est pas abaissé.

En conséquence, un ictère spécial permanent de longue durée, l'hypermégalie du foie et de la rate, tels sont les trois principaux signes de la cirrhose impaludique confirmée. Ajoutons à ces signes deux symptômes négatifs qui ne sont pas sans importance : l'absence d'ascite et de fortes dilatations veineuses. Le cours du sang dans le système porte n'étant pas sensiblement entravé, et les ramuscules veineux n'étant ni comprimés ni enflammés chroniquement, il est facile de se rendre compte de ces symptômes. Le réseau veineux abdominal, un peu plus apparent qu'à l'état normal, ne rappelle pas les grosses dilatations veineuses anastomosées de la cirrhose atrophique des buveurs. D'un autre côté, l'ascite se montre quelquefois, mais elle est modérée et toujours tardive. Son apparition peut, du reste, dépendre d'une complication péritonéale; en l'absence de cette complication, sa coïncidence avec un développement un peu considérable des veines sous-cutanées, fait présager d'habitude une terminaison prochaine.

Dans la cirrhose impaludique à la période d'état, les urines contiennent le plus souvent peu ou pas de pigment biliaire, appréciable par le réactif de Gmelin. De même, les selles ont gardé leur coloration normale. Quelquefois, cependant, elles deviennent argileuses, en même temps que la bile apparaît dans l'urine; et l'on est alors conduit à interpréter ces phénomènes comme la conséquence de l'oblitération des fins canalicules biliaires. Mais ces phénomènes ne sont que passagers ou tardifs. L'ictère précoce

BIU Santé

de la cirrhose palustre n'est pas, en effet, un ictère par rétention; il n'en a pas les caractères. Il est positivement attribuable à l'altération directe des éléments propres du foie.

Pour compléter le tableau de l'affection à sa période d'état, il nous faut encore mentionner les épistaxis fréquentes, les hémorrhagies plus rares des gencives ou de l'intestin, et quelques désordres digestifs consistant en une inappétence habituelle, quelquefois en vomissements ou en diarrhées transitoires. L'appareil respiratoire est intact, et la circulation n'est pas gênée quoiqu'on perçoive parfois des souffles doux au cœur. Ces souffles sont sans importance; ils siègent parfois au bord droit du sternum, et sont rapportés dans ce cas, par M. Potain, à une insuffisance tricuspidienne temporaire. Comme chez tous les ictériques, la peau finit par devenir sèche, écailleuse; elle est quelquefois le siège de démangeaisons pénibles. Dans une observation de M. Pitres, il était survenu à la fin de la maladie des troubles trophiques des deux cornées, ayant abouti à l'ulcération.

Il me faut vous parler d'un autre symptôme, inconstant il est vrai, mais que l'on trouverait plus fréquemment si l'on s'habituait à le chercher : l'héméralopie. Nous l'avons constaté chez deux de nos malades. Scarpa (1) avait déjà observé plusieurs cas d'héméralopie chez les paysans qui vivent dans les rizières des environs de Pavie et qui, dit-il, sont maigres, bouffis et *jaunâtres*. Dans les travaux récents sur la cécité nocturne, on note de plus en plus la coïncidence fréquente de l'ictère et des hypertrophies du foie (2). Comme il est probable que ce trouble visuel se lie à une rétinite pigmentaire, il sera bon de rechercher aussi chez les cirrhotiques impaludiques les autres symptômes de cette affection, en particulier le rétrécissement concentrique du champ visuel, et, d'après M. Panas, l'augmentation de tension du globe oculaire. L'héméralopie se montre en général longtemps après l'établissement de l'ictère. C'est un symptôme variable qui diminue et cesse par moments pour reparaître plus tard. Ce symptôme doit être rattaché à l'intoxication palustre plutôt qu'à la lésion hépatique; car, d'une part, il ne se rencontre que dans les affections paludéennes du foie, et, d'autre part, il est quelquefois observé, comme dans un cas en ce moment sous nos yeux, chez des individus atteints d'impaludisme, sans que la glande hépatique soit lésée, au moins d'une façon appréciable.

Lorsque le complexus clinique que je viens de vous esquisser est définitivement établi, la guérison complète est bien difficile. Mais le pronostic est atténué par la longue durée de la maladie qui donne au médecin le temps d'agir. Il n'est pas rare de voir les cirrhotiques en question garder pendant 5, 6, 7 années et plus, un ictère permanent et une tuméfaction des hypochondres. Quelques-uns même continuent de vaquer à leurs affaires et si de temps à autre ils interrompent leurs occupations, c'est pour les reprendre ensuite. La mort est d'ordinaire l'effet des phénomènes de l'insuffisance hépatique, tout comme dans la cirrhose alcoolique graisseuse. Seulement dans cette dernière affection, ces accidents sont précoces; ici, ils sont très tardifs. Leur apparition inaugure la troisième période de la maladie. Les sujets s'amaigrissent et perdent leurs forces, leur appétit diminue progressivement, il survient de l'œdème des jambes et un peu

(1) Traité des maladies des yeux; trad. par Leveillé, 1882, t. II, p. 262.

(2) Cornillon : Rapports de l'héméralopie et de l'ictère dans les hypertrophies du foie. (*Progrès méd.*, 1881, p. 157.) — Parinaud : De l'héméralopie dans les affections du foie et de la nature de la cécité nocturne. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1881, p. 403.)

d'ascite. La fièvre, qui depuis longtemps avait disparu, s'allume de nouveau ; elle ne revêt plus cette fois le cachet de la fièvre d'accès, mais celui de la fièvre dite hépatique qui accompagne l'ictère grave secondaire. La langue se sèche, se fendille ; le délire et les hémorrhagies marquent souvent la fin de la scène, et la mort arrive dans le coma. Il est fréquent de voir les urines diminuer beaucoup de quantité, à cette dernière période. Elles peuvent contenir de l'albumine, et les dangers de l'insuffisance rénale viennent parfois se joindre à ceux de l'insuffisance hépatique.

La persistance d'un ictère noirâtre, coïncidant avec l'hypertrophie du foie et de la rate, sans ascite, ou avec épanchement péritonéal peu abondant, impose le diagnostic. La tuméfaction de la rate à elle seule suffit à éloigner l'idée d'une obstruction des voies biliaires ou d'une tumeur hydatique. L'existence de l'ictère et l'absence de toute cause de dégénérescence amyloïde, suppuration osseuse ou phthisie, dispensera également de songer à la leucomatose ; pareilles réflexions s'adressent à la stéatose hépatique. L'examen du sang et la constatation de l'ictère élimineront facilement la leucémie. Le cancer du foie, lorsqu'il s'accompagne d'ascite et d'ictère, peut facilement donner le change ; mais, en se développant, il produit à la surface des nodosités du foie qui ne se rencontrent pas dans la cirrhose impaludique. Restent les autres cirrhoses. Entre la cirrhose alcoolique vulgaire et l'affection qui nous occupe, toute confusion est impossible. Il n'est pas besoin d'un long parallèle pour nous montrer que les symptômes et l'évolution des deux affections diffèrent aussi profondément que leur cause. Mais la cirrhose alcoolique graisseuse prête davantage à confusion, et c'est surtout en groupant des observations de cette dernière avec des faits de cirrhose palustre, qu'on est arrivé à créer cette fausse entité morbide : la *cirrhose hypertrophique*. Souvenez-vous seulement que dans la cirrhose graisseuse l'ictère est variable et de teinte moins foncée, que la rate est moins grosse, le bord du foie moins tranchant, qu'enfin les forces se perdent vite, et que l'évolution est incomparablement plus rapide que dans la cirrhose impaludique.

Le traitement consiste, au début de la cirrhose impaludique, à combattre les poussées congestives qui surviennent du côté du foie et de la rate : le sulfate de quinine, administré à propos, et l'hydrothérapie sont les moyens les plus appropriés à cet effet. Dans la période d'état du mal, l'hydrothérapie est toujours indiquée ; mais, comme il s'agit alors d'une lésion scléreuse définitive, l'iodure de potassium doit remplacer la quinine. Cet agent sera administré pendant des mois et des années ; mais en même temps, il importe de soumettre le malade au régime exclusif du lait, aussi longtemps que possible. Ces deux moyens, continués pendant dix-huit mois, nous ont manifestement réussi chez un jeune garçon de 11 ans et ont ramené à leur volume primitif le foie et la rate qui avaient chacun un volume considérable.

Thèses d'agrégation en chirurgie

DES ARTHRITES INFECTIEUSES (NON TUBERCULEUSES), par le docteur F. DE LAPERSONNE.

Dans ce travail, dont la forme et le fond sont également à louer, l'auteur s'attache d'abord à définir l'état infectieux : il est caractérisé par le conflit entre un organisme à l'état physiologique et un élément étranger le plus souvent vivant et organisé qui, dans plusieurs cas, a été isolé et a pu reproduire la maladie primitive. La formation de

©BIU Santé

foyers secondaires auxquels les membranes séreuses sont très prédisposées est un des faits cliniques qui prouvent l'union de tous les états infectieux et, à défaut d'examen bactériologique du liquide pour qu'il y ait arthrite infectieuse, il faut que la manifestation articulaire se présente dans des conditions cliniques spéciales : qu'elle soit caractérisée par des localisations communes, par la tendance aux altérations profondes et la suppuration, la marche de la température; caractérisée enfin par l'existence concomitante d'altérations rénales marquées par la présence de l'albumine dans les urines. Notons cependant, en passant, que ce dernier caractère ne serait pas absolu, car, d'après une observation de rhumatisme infectieux, recueillie par M. Mathieu, et citée page 138, les urines pourraient être normales.

Après avoir consacré quelques pages à la description d'un type pour ainsi dire idéal de l'arthrite infectieuse; après avoir montré qu'à côté des inflammations articulaires spécifiques et bactériennes, il en existe dans certaines maladies qui sont simplement de nature pyémique, et qu'enfin un grand nombre de formes atténuées se placent entre ces deux grandes classes, M. de Lapersonne étudie en particulier les manifestations des maladies infectieuses sur les articulations.

Dans chacun des chapitres, l'auteur, avec un sens clinique que nous ne saurions trop louer, présente des conclusions qu'il déduit de l'étude d'observations souvent bien disparates. C'est ainsi que, pour le rhumatisme blennorrhagique, après avoir présenté des séries d'opinions qui se contredisent les unes les autres, il conclut, en s'appuyant sur les recherches bactériologiques les plus récentes, que, dans la grande majorité des cas, l'arthrite est bien sous la dépendance directe de l'infection générale, produite elle-même sous l'influence d'un micro-organisme, mais que, cependant, il faut attribuer une grande importance à la diathèse arthritique qui prédispose aux arthropathies ou leur impose une physionomie spéciale.

Il nous faut encore citer des conclusions relatives aux arthrites puerpérales, qu'il divise en trois classes, selon qu'elles dépendent : de la pyohémie (grande majorité des cas); de l'infection elle-même; enfin, d'un rhumatisme polyarticulaire aigu ou subaigu (exceptionnellement).

Les manifestations articulaires de la morve et du charbon, celles des fièvres éruptives et des grandes pyrexies, celles de la syphilis, enfin, sont successivement passées en revue par l'auteur, dont chacun des chapitres forme en quelque sorte un tout complet.

Ce que l'on cherchera avec le plus d'avantage dans la thèse de M. de Lapersonne, c'est l'état de la science microbiologique, relativement au point spécial qu'il avait à traiter. La plupart des liquides retirés des articulations, quelle que soit la maladie qui ait donné naissance à l'arthrite, contiennent tout simplement des streptococi, et ce n'est guère que dans la blennorrhagie, la pneumonie et l'érysipèle que l'on a trouvé des microbes spéciaux coexistant, du reste, généralement avec les streptococi. Dans les arthrites de la fièvre typhoïde, de la morve, on n'a pu trouver d'organisme caractéristique.

De la grossesse compliquée de kyste ovarique, par le docteur S. Rémy.

La grossesse est l'état qui commence au moment de l'union des germes et finit avec l'expulsion du produit de la conception : on doit donc étudier la complication par kyste pendant la gestation proprement dite et pendant le travail.

Après un exposé de la structure des kystes ovariques et un court historique, l'auteur établit tout d'abord que les changements dont les tumeurs ovariques sont susceptibles pendant la grossesse existent aussi bien en dehors de l'état de gestation.

La plus importante des modifications de la tumeur est son augmentation de volume; quelquefois il y a simplement déplacement d'un kyste jusqu'alors peu appréciable, mais le plus généralement l'influence de la grossese sur l'accroissement est indéniable.

Les tumeurs de petit volume occupent souvent le cul-de-sac de Douglas (où peut aussi descendre un prolongement d'une grosse tumeur), quelquefois les côtés de l'utérus ou même sa partie antérieure, la matrice tendant alors à se renverser en arrière. Le siège des gros kystes est dans la cavité abdominale dont ils occupent un des côtés; dans certains cas, on les trouve devant ou derrière l'utérus. Quand la tumeur est mobile

et que le pédicule est long, on l'a vue se fixer par des adhérences dans le haut de la cavité abdominale et y rester après le retrait de l'utérus.

Un certain nombre d'accidents peuvent survenir dans l'évolution d'un kyste de l'ovaire, et ils sont plus fréquents pendant la grossesse; cependant il ne faut pas oublier qu'une femme peut avoir un ou même plusieurs accouchements sans être gênée par sa tumeur.

Les principaux accidents du kyste sont la péritonite, les ménorrhagies, la suppuration, la rupture qui se produit pendant la puerpéralité le plus souvent par suite de l'enclavement de la tumeur. La péritonite peut manquer à la suite de la rupture quand le liquide est séreux, ou bien que l'ouverture se fait dans un organe creux ou dans la trompe; c'est toujours une complication très grave qui entraine 50 p. 100 de morts. Il nous faut encore citer parmi les accidents la torsion du pédicule et enfin un accroissement quelquefois très rapide dès le début de la gestation.

Pendant la grossesse, quand l'accroissement est rapide, l'augmentation de volume du ventre est cause de tous les phénomènes qui sont occasionnés par les grosses tumeurs de l'abdomen. Il peut y avoir rétroversion, prolapsus de l'utérus, avortement, accouchement prématuré.

Pendant le travail, la question de siège est la plus importante. Quand la tumeur occupe l'abdomen, l'utérus se contracte normalement et l'accouchement se fait bien; quand elle occupe le petit bassin, il peut y avoir rupture utérine.

Si la forme de l'utérus est irrégulière, la présentation l'est aussi.

Quand le kyste obstrue la filière pelvienne, il y a un véritable rétrécissement; la tumeur enclavée peut quelquefois avoir peu de consistance, et l'accouchement se termine de lui-même. Dans ces cas, on a vu la réduction spontanée pendant le travail (trois observations), l'aplatissement, la rupture, le contenu s'épanchant au dehors par un organe creux ou dans le péritoine; enfin, quelquefois, dans les extractions au forceps, la tumeur est descendue avant l'enfant. Le plus généralement, pour terminer l'accouchement, il faut recourir à une intervention opératoire.

La délivrance se fait presque toujours normalement.

Le chapitre consacré au diagnostic où l'auteur étudie successivement les kystes situés dans l'abdomen et ceux qui se trouvent dans l'excavation, est à lire en entier et échappe à l'analyse.

M. Rémy étudie à fond le traitement dont les principales indications peuvent se résumer de la manière suivante :

1° *La tumeur est abdominale.* — Quand il n'y a pas d'accidents et que l'accroissement est lent, pas d'intervention; — quand des complications se produisent, d'abord ponctionner, même plusieurs fois, et ne recourir qu'ensuite à l'ovariotomie que l'on emploiera surtout pendant les premiers mois, l'accouchement prématuré provoqué étant toujours grave; — quand la grossesse approche de sa fin, songer à l'accouchement prématuré artificiel; — enfin, quand le travail se ralentit pendant l'accouchement, employer le forceps.

2° *La tumeur occupe le petit bassin.* — Pendant la grossesse, tenter la réduction, la ponction par le vagin, l'accouchement prématuré artificiel ou l'avortement provoqué; — pendant le travail, se servir de la ponction ou du refoulement; — enfin, si tout échoue, on rentre dans les rétrécissements du bassin et on essaie le forceps, la version, la crâniotomie, ou enfin, comme ressource ultime, l'opération césarienne. — Paul Chéron.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉUNION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DU HAUT-RHIN EN 1886.

Elle demeure bien vaillante, cette Société locale, après les cruelles épreuves et le désastre de 1871; elle en est la survivante épave. Malgré l'insolence de la conquête, malgré les menaces d'un rigoureux interdit, elle conserve tous ses membres, que la frontière sépare, mais que la communauté du souvenir et l'espérance réunissent.

Comme les années précédentes, ils avaient répondu à son appel bisannuel, le 6 juin

©BIU Santé

dernier. Ils étaient là, ceux de Mulhouse, de Colmar, d'Altkirch, des grandes villes ou des petits pays d'Alsace : les Erhmann, les Disser, les Baur, les Schlumberger, les Schrump, les Schœllhammer, les Hergott, et bien d'autres encore. Ils étaient venus fouler pour un jour le sol national de Belfort, retrouvant sur ce lambeau conservé à notre territoire mutilé, auprès de confrères et de compatriotes, l'illusion des jours passés et se réchauffant au foyer de l'Association générale des médecins de France, dont la Société locale du Haut-Rhin demeure la branche alsacienne.

Comme le rappelait M. Marquez, dans une chaleureuse allocution présidentielle, cette Société a pu, par une sage ténacité et aussi par la prudence de son bureau, « conserver, avec ses attaches, son organisation première », et poursuivre des deux côtés de la frontière de 1871 l'exécution de son programme de protection et d'assistance confraternelles. Les résultats acquis le prouvent, et cette intervention se traduit par des secours ou des pensions distribués aux veuves et aux sociétaires âgés.

A l'œuvre, on juge l'ouvrier : M. Marquez a rappelé que les médecins du territoire de Belfort, agrégés à la Société du Haut-Rhin, se sont inspirés sagement des statuts et du but de l'Association générale, pour n'accepter, qu'avec des réserves, la formation des Syndicats médicaux (26 septembre 1884) et s'opposer (22 novembre 1885) à la création d'un Ordre des médecins, « deux institutions, ajoute M. Marquez, destinées, dans la pensée de « leurs partisans, à sauvegarder l'honorabilité et les intérêts professionnels du corps « médical..... *absolument le rôle que s'est attribué l'Association générale.* »

Nos confrères du Haut-Rhin ont été encore inspirés par le même esprit dans la question des rapports à établir entre les médecins et les administrations municipales, départementales ou autres.

N'était-ce pas prouver une fois de plus à ses critiques et à ses adversaires que, dans les départements comme à Paris, par ses Sociétés locales comme par son Comité central, « *l'Association ne se cantonne pas dans le secours mutuel et la thésaurisation ; qu'elle ne fait* « *pas litière des intérêts professionnels ; qu'à côté de sa tâche d'assistance contre l'infortune,* « *elle poursuit avec une sollicitude éclairée, l'étude des difficultés qui viennent à lui être* « *soumises ; qu'elle montre bien qu'elle a tête et cœur pour devenir un jour, la loi aidant, le* « *palladium des médecins de France.* »

Ces sentiments témoignent des services que l'Association rend à cette Société, comme aux autres Sociétés départementales, et de la courageuse fidélité de nos confrères alsaciens. Nonobstant les tentatives de germanisation poursuivies par l'Université de Strasbourg, nos confrères résistent aux avances comme aux menaces. C'est qu'ils ne sont pas de ces savants qui mettent leur science au service de la force et, qu'avec la constance au cœur, ils ne désespèrent ni de la France comme citoyens, ni de l'Association générale comme médecins. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement abortif des abcès mammaires par l'essence de térébenthine, par LLEWELLYN ELIOT. — Cet observateur fait usage de la médication térébenthinée depuis quinze ans contre les engorgements, les inflammations et les abcès mammaires. Le seul inconvénient de l'essence de térébenthine est son odeur; mais cet inconvénient semble de faible importance dans une maladie où les douleurs vives causent l'insomnie et où la suppuration termine habituellement les accidents. Le traitement consiste à recouvrir la région malade avec des compresses imbibées de l'essence et à continuer le pansement jusqu'à disparition de la douleur. L'enfant peut être allaité avec le sein malade, mais à condition d'enlever, par un lavage préalable, toute trace du médicament. M. Llewellyn Eliot ne donne pas ce traitement comme infaillible; loin de là, il lui attribue la même valeur qu'aux autres médications indiquées dans les livres classiques. (*New-York Med. Record*, 31 juillet 1886.). — C. L. D.

Du traitement de l'érysipèle par le benzoate de soude, par HABERKON. — C'est à l'intérieur que cet observateur administre ce médicament, qu'il considère comme

efficace. Dans l'érysipèle, il le prescrit aux doses quotidiennes de 16 à 20 grammes en suspension dans une potion mucilagineuse ou dans l'eau gazeuse.

Sous son influence, la température fébrile diminue et en vingt-quatre heures atteint son degré normal. En même temps, on remarque l'atténuation des autres symptômes. L'auteur ne fait usage d'aucune application externe.

Dans une série de 50 cas, on n'aurait enregistré aucun insuccès, et dans 2 d'entre eux seulement on dut augmenter la dose parce que l'amélioration tardait à se manifester. (*Centralblat f. Chir.*, 1886, p. 219.) — C. L. D.

Du traitement de l'érysipèle par la créosote, par J. Fox. — Des compresses imbibées d'une solution de 6 à 20 gouttes de créosote par 30 grammes d'eau sont appliquées sur les plaques érysipélateuses, ou sur les ulcérations et les plaies. On peut encore ajouter ce même médicament aux cataplasmes et graduer ses doses en raison de la violence de la maladie. Sous l'influence de ces applications, l'inflammation diminue rapidement, la suppuration s'atténue et les dangers de septicémie disparaissent. Dans une série de 100 cas, M. Fox n'a enregistré qu'une seule fois le décès d'un des malades qui était âgé et très débilité. Il combine d'ailleurs cette médication externe avec le régime et l'emploi méthodique des toniques. (*Saint-Louis Medical Journal*, mai 1886.) — C. L. D.

De l'emploi de la manaca contre le rhumatisme, par Spencer Hasley. — Les essais cliniques ont été pratiqués avec l'extrait de manaca sur 7 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, et chez lesquels on fit usage avec peu de succès du salicylate de soude et de la quinine. On leur administra l'extrait de manaca à la dose de 20 à 40 ou 50 gouttes par jour. Quatre fois ce médicament procura un soulagement rapide des douleurs articulaires; trois fois il échoua; mais, dans les cas les plus heureux, la maladie dura encore 52, 24, 19 et 22 jours. (*The Therap. Gaz.*, 15 juillet 1886, p. 450.)

M. Berger recommande la manaca contre toutes les formes de rhumatisme chronique. Il lui attribue la propriété de provoquer l'élimination des acides urique et lactique en modérant les échanges nutritifs. C'est à ce point de vue qu'on peut considérer ce corps comme un médicament anti-rhumatismal. (*Saint-Louis Medical Journal*, mai 1886.)

C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Si le choléra ne fait pas, en ce moment, trop parler de lui, il n'en continue pas moins silencieusement sa marche en Italie et dans les provinces méridionales de l'empire d'Autriche.

Dans la dernière semaine du mois de juillet, il sévissait encore en Vénétie. Du 25 juillet au 1er août, sa morbidité a été de 10 cas à Venise dont 2 suivis de mort. Depuis cette époque, le nombre des cholériques s'est atténué : du 22 au 25 août, on y a enregistré 5 cas seulement ; à Vérone, il est descendu de 23 cas à 5 dont 3 mortels, tandis qu'à Padoue l'amélioration est moins manifeste, puisque les cas varient, comme le mois dernier, entre 20 et 28, avec un tiers de décès. Dans les campagnes voisines, d'après les témoignages officiels, l'épidémie serait en décroissance, de sorte que le foyer vénitien tendrait à s'éteindre.

Celui de Brindisi conserve son intensité, surtout dans les environs de cette ville. Francavilla est surtout mise à l'épreuve.

En Lombardie, il y a eu du 22 au 23 août 17 cas et 6 décès à Vicence, 10 cas et 2 décès à Bologne, chiffres qui indiquent une amélioration sanitaire considérable puisque du 28 juillet au 1er août on signalait dans cette même ville une mortalité cholérique de 43 décès et une morbidité de 86 cas.

A Ravenne, l'atténuation n'est pas inférieure. De 93 cas dont 49 mortels, les statistiques descendent à 14 cas dont 10 suivis de mort. A Ferrare, il en est de même ; mais à Barletta, on compte en trois jours (23 au 25 août) 26 cas et 10 décès, et à Cerignola, 22 cas et 9 décès.

©BIU Santé

Parmi les diverses localités atteintes par la maladie avant le 1er août ou depuis cette date, signalons : Acquaviva, San-Marco, in Lamis, Biscegli, Ruvo-di-Puglia, Forli, Codigoro, Masseficaglia, Manduria, Largo-Sante, Cittadello, Covigaro, Cucca, Piscantina, Chiogga, Valpago, Frevise, Pazzola, Montebelluni et San-Michele.

On a constaté quelques cas à Milan et plus récemment à Naples où leur apparition a causé quelque émotion dans les provinces méridionales et en particulier dans les villes de Sicile dont la population réclame l'observation sévère des quarantaines.

Le principal foyer autrichien est toujours celui de Finine et de Trieste, et, en Istrie, celui de Fiamina. Dans les deux premières de ces villes, la morbidité cholérique quotidienne varie de 2 à 25 cas et la mortalité de 8 à 10 décès en moyenne.

Cette persistance de l'épidémie en Italie et en Autriche motive le maintien des quarantaines contre les provenances de la mer Adriatique et des côtes italiennes, dans la plupart des ports européens. En Angleterre, l'autorité maritime a prescrit, notamment à Cardiff, les visites sanitaires en usage pendant les épidémies des années 1884 et 1885.

Malgré sa gravité inférieure à celle du dernier choléra, la maladie s'étend graduellement dans presque toutes les provinces du royaume d'Italie, les visitant successivement et s'attardant ainsi dans la péninsule. Cette persistance ne doit pas être sans mériter l'attention et sans éveiller la vigilance des pouvoirs publics, dans un temps où **Toulon n'a pas encore** été assaini et où l'hygiène publique demeure toujours en souffrance à Marseille. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 août. — Présidence de M. H. Roger.

La correspondance non officielle comprend une lettre de remerciements de M. Bateman (de Norwich) récemment élu correspondant de l'Académie.

M Larrey offre en hommage, à l'occasion du centenaire de M. Chevreul, une brochure intitulée : *Principaux travaux de M. Chevreul*, avec un portrait du vénérable et glorieux doyen des étudiants de France.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. le Président Henri Roger se lève et s'exprime en ces termes :

« Messieurs,

C'est ordinairement en signe de deuil que le président de l'Académie lève la séance à peine ouverte. Aujourd'hui, à cette heure même, on célèbre au Muséum le glorieux centenaire du grand savant Chevreul qui est associé libre de l'Académie de médecine depuis 1823, c'est-à-dire depuis 63 ans. Je vous propose de lever la séance, cette fois, en signe d'honneur. Nous avons encore le temps d'aller au Muséum nous joindre à la députation académique, saluer notre collègue immortel et mêler l'hommage de nos respects et de notre admiration à ceux qu'il reçoit en ce moment de la France entière et des Deux-Mondes savants. » (Applaudissements.)

— La séance est levée à trois heures et demie.

Thèses de doctorat soutenues devant la faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1885-1886.

Renard (Charles-Henry) : De la valeur de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte, au point de vue des résultats de l'opération. (Contribution à l'étude comparée des procédés de Graefe et de David.)— Griffe (Charles-Joseph-Gaston-Marie) : Etude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de spartéine. — Licht (Louis-Frédéric) : Du traitement antiseptique local de la blennorrhagie. — Leclerc (Émile Charles-Antoine) : Contribution à l'étude de l'antiseptie en ophthalmologie. — Ruotte (Paul) : Étude sur le traite-

ment des fractures transversales de la rotule (suture osseuse, ponction de l'épanchement). — Spillmann (Marie-Georges-Joseph) : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de chlorure de calcium cristallisé. — Frache (Marie-Raymond-Pierre) : Étude physiologique et thérapeutique du bichromate de potasse. — Wenzinger (Marie-Symphorien-Marcel) : Des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques. — Cahen (Lucien) : Étude comparative des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables appliquées à quelques eaux de Nancy. — Cardot (Marie-Auguste-Georges-Léon) : Recherches expérimentales sur l'extrait de Conillia scorpioïdes (Cronille). — Pierron (Paul-Albert) : Recherches expérimentales sur les bouquets artificiels des vins et les principales essences des divers spiritueux. — Renaud (François-Albert) : De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques. — Brullard (Joseph-Dominique) : Considérations générales sur l'état hypnotique. — Hanshalter (Paul) : Recherches sur le cœur sénile.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LA COQUELUCHE. — Labric.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée	10 grammes.

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans cette solution, on badigeonne pendant quelques secondes le pharynx, l'isthme du gosier, les amygdales, la base de la langue, en faisant en sorte que quelques gouttes du liquide s'écoulent dans le larynx. Cette opération est répétée 2, 3 ou 4 fois dans les 24 heures, suivant l'intensité de la coqueluche. Elle a pour effet immédiat de diminuer notablement le nombre des quintes, et de supprimer les vomissements alimentaires. On cesse s'il survient une complication thoracique sérieuse, de crainte de favoriser l'accumulation des mucosités bronchiques, par la suppression des quintes. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 21 août 1886, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les membres du corps de santé militaire dont les noms suivent, qui ont fait partie de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, savoir :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins majors de 2e classe Cardot, Joannet et Durand.

M. le médecin aide-major de 1re classe Bodinier ;

M. le pharmacien aide-major de 1re classe Manget.

SERVICE PHARMACEUTIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS. — M. Meallière, pharmacien, est nommé à l'hôpital du Midi ; M. Béhal (Auguste), à l'hôpital Bichat, et M. Berthoud (Philippe-Antoine), à l'hospice des Incurables.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Grasset, professeur de thérapeutique et matière médicale, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique médicale.

LA VARIOLE A MARSEILLE. — La variole continue à décroître à Marseille. Elle a encore causé en juin 138 décès, dont 77 chez des enfants.

Rappelons que depuis le début de l'épidémie, c'est-à-dire du 1er juillet 1885 au 30 juin 1886, cette maladie a occasionné la mort de *mille neuf cent soixante-douze personnes*, dont plus de la moitié chez des enfants âgés de moins de dix ans.

Voilà pour la ville. Pour les villages voisins, nous savons, par M. le docteur Pamard (d'Avignon), que dans une localité de 1,600 habitants une jeune fille en convalescence de variole, venant de Marseille, causa la mort de dix-huit personnes, dont *treize non vaccinées*.

En présence de pareilles hécatombes, si faciles à prévenir, la section d'hygiène de

©BIU Santé

Association française pour l'avancement des sciences a-t-elle voté les conclusions suivantes pour les transmettre aux pouvoirs compétents :

1° Faire une loi déclarant obligatoire la vaccination et la revaccination sur le sol français.

2° Créer dans tous les chefs-lieux de département des instituts vaccinifères.

(*Lyon médical.*)

FEMMES-MÉDECINS EN PRUSSE. — Le ministre de l'instruction publique vient de prendre une décision en vertu de laquelle les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes, ni comme auditrices, dans aucune des Universités prussiennes.

Bulletin bibliographique.

Du délire chez les dégénérés. Observations prises à l'asile Sainte-Anne (1885-1886), service de M. Magnan, par M. M. LEGRAIN, 1. vol. in-8° de 291 pages. — Prix : 5 fr.

Du phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique, par Paul BLOCQ, interne des hôpitaux.

Ces deux ouvrages se trouvent au « Progrès médical ».

Sur la prophylaxie de la rage. Communication faite à l'Académie royale de médecine de Bruxelles, par M. le docteur WARLOMONT, président.

Cet ouvrage se trouve, à Bruxelles, chez A. Manceaux, libraire-éditeur, rue des Trois-Têtes, 12, et, à Paris, chez G. Carré, boulevard Saint-Germain, 112.

The diseases of the prostate, their pathology and treatment, by sir Henry THOMPSON.

London, J. et A. Churchill, 11, New Burlington Street.

El problema de la Rabia, por el doctor D. Gaspar GORDILLO LOZANO.

Madrid, Imprenta de E. Maroto y Hermano calla de Pelayo, n° 34.

De la syphilis de l'oreille, par le docteur J. BARATOUX.

Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane, par A. MAIRET, agrégé, et COMBEMALE, interne.

Ces deux ouvrages se trouvent, à Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine, 23.

Notes cliniques sur quelques maladies des enfants, par le docteur Eugène REVILLIOD.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

De l'huile de chaulmoogra (Gynocardia odorata). De son utilité et de son emploi en thérapeutique, par le docteur Eugène MARÇON.

Cet ouvrage se trouve, à Montpellier, imprimerie Grollier et fils, boulevard du Peyron.

Des attentats à la pudeur sur les petites filles, par le docteur Paul BERNARD.

Cet ouvrage se trouve chez Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, 8.

L'embaumement, la conservation des sujets et les préparations anatomiques, mémoire couronné par l'Académie des sciences de Caen, par le docteur S. LASKOWSKI.

Cet ouvrage se trouve, à Bâle, chez Georg, libraire-éditeur.

Contribution à l'étude de la greffe dentaire, par G. BUGNOT.

Cet ouvrage se trouve, à Rouen, imprimerie Julien Lecerf.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : La thalline, ses propriétés, sa valeur clinique et son action. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. — Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil. — III. Revue des Journaux : De l'adonis vernalis. — De la racine de bryone comme hémostatique dans les affections de l'utérus. — Du traitement de la constipation par le massage. — Du traitement de l'accès d'asthme par le remède d'Himrod. — Pseudo-tabes dans l'empoisonnement par l'arsenic. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Bulletin bibliographique. — VIII. Feuilleton : Pensées et maximes inédites sur la médecine et les médecins.

La thalline, ses propriétés, sa valeur clinique et son action

(*Travail du laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat*)

Par le docteur Ch. Eloy.

La thalline et ses parentés chimiques. — I. *Caractères des sels de thalline :* Les réactions thalliniques.

II. *Action physiologique :* Modifications thermiques, respiratoires et circulatoires. — Troubles des échanges. — Altérations du sang. — Hématospectroscopie. — La thallinisation.

II'. *Emploi thérapeutique :* Dans la fièvre typhoïde, la fièvre des rhumatisants et des tuberculeux, les pyrexies, les inflammations, etc. — Mode d'administration. — Posologie. — Doses.

IV. *Valeur clinique :* Mécanisme de son action. — Comment on pourrait classer les agents antithermiques. — La thalline est un antithermique et non un antihyperthermique.

La découverte des vertus médicinales de la thalline n'a pas été l'œuvre d'un hasard expérimental. C'est la connaissance de l'action antithermique, d'ailleurs modeste de la quinoline et des propriétés antipyrétiques plus manifestes de la kairine, qui inspira à M Rudolf von Jacksch l'idée d'essayer d'autres composés de la même série chimique : la *paraoxyquinoline* (C9 H7, Az O) ; la *tétrahydroparaoxyquinoline* ou *tétrahydroparaoxyquinanisol* (C9 H11, Az O) et le *tétrahydroparaquinanisol* (C10 H12, Az O), auquel il s'arrêta.

C'était la thalline, dont un autre dérivé, l'*éthylthalline* (C12 H17, Az O), fixa aussi son attention. A la désignation barbare imposée par la nomen-

FEUILLETON

PENSÉES ET MAXIMES INÉDITES SUR LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS (1),

Par le professeur J. Cloquet.

1856. — La guerre que se font entre eux les savants, les philosophes, les littérateurs et les journalistes est, en général, bien misérable et ne sert en rien aux progrès de la science, de la philosophie, de la littérature, de la morale ou de la politique. Ces vaniteux adversaires sont le plus souvent aussi insolents dans l'attaque que lâches dans la défense, et ils ne se font pas scrupule d'ennuyer et de dégoûter leurs lecteurs en se battant devant eux comme des chiffonniers.

1951. — Une Académie, dans un siècle d'ignorance et de ténèbres, est un phare qui conserve le trésor sacré de la science, répand de toutes parts le plus vif éclat et paraît comme une brillante constellation fixée par la main de l'homme à la voûte des cieux ; mais, à mesure que ce siècle s'éclaire, la lumière pâlit comme celle des phares aux premiers rayons de l'aurore et elle finit par n'être plus qu'une lanterne en plein midi.

1952. — C'est un singulier spectacle que celui des élus assis en cercle au banquet de la science, et prenant plaisir à brouiller du papier, à parler sans fin, à se disputer,

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juin 1886.

©BIU Santé

clature chimique, Shraup substitua le nom de thalline qu'il empruntait à l'étymologie latine : *thallus* ou rameau vert, à cause de la réaction verte caractéristique de ce corps au contact des oxydants.

M. von Jacksch publiait son mémoire en octobre 1884, et à la fin de la même année, M. Henri Huchard, le premier en France, communiquait à la Société de thérapeutique les résultats obtenus avec ce nouvel agent médicamenteux. Bientôt après, MM. Dujardin-Beaumetz, Jaccoud, Brouardel et Loye, Hénocque en France, Nothnagel, Bremer, Ewald, Alexander, Pisenti, Tshistowistch, Warfwing, Mangazzini, Blomfield, Bieger à l'étranger, étudièrent la thalline à divers points de vue. Enfin, récemment, elle a fait au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Bichat l'objet de nos recherches personnelles.

I

Qu'est-ce que la thalline? Elle dérive de la chinoline au titre de base secondaire et par sa formule se place dans la série quinoléique. C'est sous forme de sels, citrate, chlorhydrate, tartrate et sulfate de thalline, qu'elle est employée. Toutefois le citrate et le chlorhydrate s'altèrent rapidement à la lumière, on leur préfère les deux derniers.

Le tartrate de thalline, poudre blanc grisâtre, cristalline et aromatique, comme la coumarine, se dissout dans dix fois son poids d'eau froide et dans une moindre quantité d'eau chaude. Ses solutions aqueuses possèdent un goût à la fois amer et sucré quand elles sont concentrées ; mais leur saveur paraît moins désagréable quand leur dilution est plus grande. Le sulfate de thalline diffère peu du tartrate, au point de vue physico-chimique ; sa solubilité est moindre cependant et correspond au coefficient de un à cinq.

L'exposition à la lumière altère et brunit tous les composés thalliniques. Ils s'oxydent alors, mais de leur réaction, la plus caractéristique est leur coloration verdâtre, puis tardivement jaunâtre virant au brun, au contact des oxydants divers et surtout de la solution de perchlorure de fer. Cette réaction permet de reconnaître des traces de thalline dans les humeurs et

---

à entendre sans se taire la sonnette du président, ou à dormir profondément dans leur fauteuil.

2279. — Un siècle corrompu est comme une Académie dégénérée, et celle-ci comme une coquette devenue vieille et laide. Ce siècle, cette Académie et cette vieille femme sont remplis d'amour-propre et de vanité; ils croient valoir mieux qu'ils n'ont jamais valu, et à les entendre, à aucune époque de leur existence, ils n'ont été plus beaux, plus dignes d'hommages et de respect. Honni soit celui qui se permettrait d'en rire ou de leur dire des vérités.

2597. — Hahnemann est mort, vive madame Hahnemann! Le père de l'homœopathie a quitté ce champ de douleur après y avoir brouté pendant quatre-vingt-sept ans, mais ce n'est que sur ses vieux jours que l'herbe en est devenue tendre pour lui. Le grand Ganal l'a si bien conservé dans toute son intégrité qu'on assure que l'illustre vieillard continuera, comme par le passé, à rendre ses oracles par la bouche de sa femme.

2601. — L'homme civilisé ne pouvant rester inoccupé, la maladie devint une occupation pour les gens très riches et désœuvrés; aussi presque tous les gens de cette espèce dépensent-ils follement leur santé et s'abonnent-ils instinctivement aux maladies réelles et imaginaires ou aux vices qui les produisent.

2763. — Il y a, parmi les savants, les artistes et les artisans : les premiers, chéris du ciel, sont rares et inscrivent les secrets de la nature ou les découvertes du génie dans les fastes de la science. Les autres, en grand nombre, sont admirés du vulgaire, et

les tissus de l'organisme, avec une sensibilité que M. Hénocque évalue à un vingt-cinq millième.

Quant à l'éthylthalline, elle a été fort peu employée. M. Von Jacksch mit à l'essai son chlorhydrate ; mais il a été sans doute le seul à en faire usage. Le perchlorure de fer détermine la coloration rouge des solutions aqueuses de ce corps.

II

Des phénomènes physiologiques que provoquent les sels de thalline, l'*abaissement de la température* est le plus constant. Après l'injection sous-cutanée d'une dose moyenne de tartrate de thalline, j'ai vu la température rectale des cobayes descendre de 39,5 à 36,6 dans l'espace de une heure et un quart ; après des doses plus considérables la chute de la colonne thermométrique était plus considérable encore et atteignait 33, 32 et même 31 degrés. Les animaux succombaient dans le collapsus et l'algidité, en présentant des affusions séreuses dans le tissu cellulaire, une coloration noirâtre du sang et des altérations de tissus analogues à celles de l'algidité des cholériques.

Quand les doses sont physiologiques, les animaux survivent ; le minimum de température persiste pendant une demi-heure ou une heure ; enfin, après quatre, cinq ou six heures, la colonne thermométrique revient à son degré initial.

Chez l'homme, l'abaissement thermique est proportionnel à la quantité de thalline ingérée, dure deux à trois heures et persiste à son minimum pendant deux à six heures. L'ascension secondaire s'effectue dans un espace de temps égal, s'accompagne de frissons, et souvent, contrairement aux affirmations de M. Jacksch, d'un sentiment de courbature, parfois aussi de sensations vertigineuses, de vomissements et même d'épigastralgie.

Les *modifications de la respiration* étaient considérables chez les cobayes auquels j'administrais cette substance. Les doses moyennes atténuaient la fréquence des mouvements respiratoires dans le rapport d'un tiers et les

---

ne font qu'ânoner en épelant ce grand livre, heureux quand ils ne le maculent pas en voulant y inscrire aussi leur nom.

2814. — J'aime beaucoup les médecins et les chirurgiens qui exercent leur noble profession dans nos armées et sur nos flottes. Cette affection toute particulière provient chez moi de l'estime que j'ai de leur dévouement et des services qu'ils rendent à la France, mais elle est encore accrue parce que j'associe leur vie à celle du soldat et du matelot dont ils partagent les fatigues, les dangers et la gloire.

3146. — S'il faut savoir douter dans certains cas, il faut, dans d'autres, savoir se décider. Le médecin, par exemple, qui doute toujours et ne sait prendre un parti, est aussi dangereux que celui qui, ne doutant de rien, agit à l'aventure. Le premier laisse périr le malade en s'abstenant et l'autre le tue en agissant.

3189. — Les deux sexes se ressemblent beaucoup physiquement et moralement aux deux époques extrêmes de la vie, et c'est à l'âge de la puberté où ils se ressemblent le moins qu'ils cherchent à se rapprocher l'un de l'autre et s'entendent le mieux ensemble.

3253. — Si les enfants représentaient exactement la moyenne de la beauté et de l'esprit, des qualités bonnes ou mauvaises de leur père et mère, on pourrait les calculer avant de les procréer, et amener le genre humain à ce point de perfection, rêve des utopistes, en interdisant la reproduction à tous les êtres imparfaits de l'espèce, ce qui ne ferait pas le compte du plus grand nombre. Mais d'ailleurs où trouver des types reproducteurs parfaits? et, quant aux enfants, on ne sait pas même d'avance s'ils

©BIU Santé

doses élevées dans celui de huit à un. Ce ralentissement coïncidait avec la diminution de leur amplitude, de sorte que la thalline altère le rhythme respiratoire dans ses deux éléments.

Ce n'est pas tout. Elle produit des *changements de la circulation* que tout récemment M. Beyer a étudiés comparativement avec ceux qui sont provoqués par les agents antithermiques de la même famille chimique. Les doses modérées de thalline augmentent l'activité cardiaque, causent la turgescence des vaisseaux et plus tard leur resserrement. Les doses élevées ont pour effet de ralentir le cœur et finalement de l'arrêter en diastole, phénomènes que l'atropine ne peut ni retarder ni suspendre.

Mais la thalline n'agit pas seulement sur la dynamique de la circulation; elle produit encore des *altérations qualitatives du sang*. En examinant par transparence les vaisseaux de l'oreille du cobaye ou du lapin thallinisé, on voit leur coloration se modifier : le liquide sanguin perd sa rutilance et prend une teinte noirâtre. C'est que l'oxyhémoglobine a été modifiée, comme MM. Brouardel et Loye le déclaraient et comme les belles recherches hématospectroscopiques de M. Hénocque le prouvent.

D'après les expériences qu'il faisait connaître, il y a plus d'une d'année, et qu'il nous confirme par une communication orale, ce savant observateur attribue ces altérations à la diminution quantitative de l'oxyhémoglobine. En effet, il l'a vu descendre de 14 p. 100 à 7 p. 100, mais sans constater les réactions hématospectroscopiques de la méthémoglobine. Dans les cas où elles existaient, l'animal succombait à l'asphyxie; par conséquent, la constatation de ce phénomène n'est pas d'intérêt purement théorique; elle établit le danger de la thalline chez les malades dont l'hématose est en défaut et quand les troubles respiratoires font obstacle à l'oxygénation complète du sang.

Avec tous ces troubles fonctionnels, la thalline provoque aussi un *ralentissement des échanges interstitiels*, qui se traduisent par la diminution de l'urée, excrétée et de l'acide carbonique exhalé. D'après M. Marigliano, une dose de 50 centigrammes de thalline réduit quotidiennement de 5 grammes

---

seront conçus, s'ils viendront à terme où s'ils vivront après leur naissance. On n'est pas même d'accord sur l'influence des regards, des pensées, des passions de la mère sur le fruit de ses entrailles. Il faut, par conséquent, laisser les choses aller comme elles vont, et l'espèce humaine ne manquera pas à la terre, ni les sots à l'espèce humaine.

3334. — Le magnétisme est un agent ou principe d'action qui existe dans tous les corps organisés vivants à l'état latent, comme le calorique et l'électricité dans tous les autres corps, et ne devient sensible que dans des circonstances données par les phénomènes qu'il détermine. Ces phénomènes sont les uns normaux, ordinaires, ce sont ceux de la vie; les autres sont anormaux, extraordinaires, et peuvent le plus souvent être considérés comme maladifs; ce sont ceux des rêves, du somnambulisme, des hallucinations, de l'aliénation mentale, de la catalepsie, de l'hystérie, et de beaucoup d'affections nerveuses chez l'homme.

3335. — L'innervation tient sous sa dépendance toutes les fonctions du corps et constitue la vie; comme principe de sentir et de réagir, elle se manifeste par des phénomènes de sympathie et d'antipathie. Ces sympathies ou antipathies sont les unes perçues par l'homme, il les connaît, puisqu'il en a la conscience; les autres se passent à son insu, dans l'intimité de ses organes. Les sympathies et les antipathies sont les unes morales, les autres physiologiques. Ces dernières appartiennent : 1° à la vie de relation, 2° à la vie de reproduction, 3° à la vie organique.

3336. — Le prétendu sommeil magnétique n'est qu'une variété de la catalepsie qui peut se manifester spontanément ou être déterminée par l'influence nerveuse d'un indi-

l'excrétion de l'urée. Double ou quadruple et par quantités réfractées, cette dose l abaisse de 10 grammes et simultanément fait tomber de 40 centigrammes à 12 centigrammes de poids vivant, l'exhalation de l'acide carbonique.

Les *sécrétions sont aussi modifiées.* La thalline augmente l'activité des glandes sudoripares, puisqu'elle détermine des sueurs profuses. Elle altère les liquides sécrétés, à preuve la réaction verte de la salive, des larmes, des urines et de la bile en présence du perchlorure de fer. Elle pénètre même les tissus et les parenchymes, à l'exception du tissu pulmonaire, puisque cette même réaction s'obtient au contact des fragments de ces tissus avec le réactif chloro-ferreux.

Par contre, la thalline agit seulement à hautes doses *sur la motilité et la sensibilité.* On observe bien alors la torpeur et l'engourdissement des animaux; mais la résolution musculaire et le retard des réflexes ne se manifestent guère qu'au moment où l'abaissement thermique, l'arrêt des échanges et le ralentissement de la respiration sont extrêmes. Ils précèdent la mort et caractérisent la période ultime de l'intoxication thallinique. (*A suivre.*)

Thèses d'agrégation en chirurgie

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE PLACENTA PRÆVIA,
par le docteur A. AUVARD.

Le placenta est dit *prævia* quand il s'insère sur un point quelconque de la voie utérine que le fœtus doit suivre pour arriver au dehors des organes génitaux. Par ordre de fréquence croissante, le placenta prævia peut être central, partiel, marginal et latéral, ce dernier étant, d'après les mesures établies par Barnes, celui dont le bord inférieur se trouve de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne de l'utérus. On peut observer quelquefois l'insertion cervicale du placenta, tout le reste de l'œuf étant dans la cavité utérine, le traitement est le même que dans le placenta prævia ordinaire.

L'hémorrhagie est le principal accident de l'insertion vicieuse; c'est contre elle qu'est

---

vidu sur un autre, par la pratique du magnétisme. C'est un état idio-électrique ou nerveux de la personne magnétisée.

3337. — Il est aussi facile de démontrer l'existence du magnétisme que l'imposture ou la sotte crédulité de la plupart des gens qui s'en occupent et l'absurde entêtement de ceux qui refusent de l'étudier, puisqu'ils n'en conçoivent pas la possibilité, — il n'y a de possible pour ces derniers que ce qui peut cadrer dans le cercle de leur intelligence.

3338. — Le magnétisme animal, comme pratique, ne pourrait avoir que peu d'inconvénients et que des avantages réels pour l'humanité, si ceux qui s'en occupent étaient des Fénelon et des Saint-Vincent-de-Paul.

3373. — Colonne fondamentale classique de la vieille médecine, la seringue a, comme la vieille littérature, sa contemporaine, éprouvé les outrages des temps modernes : on l'a calomniée, dépréciée, méprisée, abandonnée, et elle a été momentanément détrônée par les clissoires, clyso-pompes, et autres intrigants romantiques et insinuants de différents genres.

— Le vrai savant connaît peu de choses, mais il est à la recherche de toutes les vérités ; le faux savant, sot présomptueux, n'a pas besoin de les chercher : il les connaît toutes. L'ignorant n'en connaît aucune, se soucie fort peu de leur connaissance, et se porte bien. Ces trois hommes ont chacun leur manière d'être heureux : le premier jouit du peu qu'il a, le second de l'orgueil de croire tout posséder, et le troisième de savourer les huitres, sans savoir s'il mange un poisson ou un mollusque.

Pour copie conforme : SIMPLISSIME.

©BIU Santé

surtout dirigée la thérapeutique, dont on peut diviser l'étude en deux parties, le placenta prævia étant le seul état pathologique de la femme ou étant compliqué de fibrome, de rétrécissements, etc.

Les méthodes, dans l'insertion vicieuse non compliquée, peuvent être réparties en deux grandes catégories, selon qu'elles agissent sur la mère ou sur l'œuf; étudions d'abord les premières.

Dubois combattait l'hémorrhagie par l'ergot de seigle; il tuait presque la moitié des femmes et plus du tiers des enfants. Seyfert a conseillé presque exclusivement les injections vaginales d'eau froide, Mme Henry, M. Pinard les injections d'eau chaude; ce dernier croit qu'elles ne réussissent que quand il ne se produit plus de décollement, et qu'elles sont poussées non pas dans le vagin, mais dans l'utérus. Les statistiques manquent pour établir un jugement.

Le tamponnement (méthode de Leroux) est le procédé employé le plus souvent contre l'écoulement du sang. Le tampon peut être constitué par des bourdonnets de charpie ou d'ouate, ou bien par une vessie dilatable que l'on introduit dans l'intérieur du vagin (Gariel); les bourdonnets de charpie (500 gr. de charpie au moins) trempés dans une solution de sublimé au millième, et introduits enduits de cérat boriqué, sont d'un emploi très avantageux. Quand le tampon Leroux est bien appliqué, il y a une filtration sanguine peu redoutable, environ dans le tiers des cas; l'hémorrhagie externe ne se transforme pour ainsi dire jamais en hémorrhagie interne; les contractions utérines se déclarent environ dans les douze heures. Quelquefois, surtout chez les femmes nerveuses, il cause d'assez vives douleurs. Enfin, avec le tampon Leroux antiseptique, la mortalité maternelle est de 6 p. 100 et la mortalité fœtale de 55 p. 100.

Dans un autre ordre d'idées, on a essayé d'agir sur l'hémorrhagie en accélérant l'accouchement par la dilatation du canal cervical.

L'accouchement forcé, les incisions du col sont déplorables, et on doit éviter toute méthode qui expose aux déchirures du col utérin.

Barnes a employé la dilatation par des sacs en caoutchouc, et Greenhalgh l'accouchement provoqué. M. Auvard fait justement remarquer, à propos de ce dernier procédé, qu'en appliquant un bourdonnet de charpie avant le travail, on fait aussi bien la méthode de Leroux que celle de Greenhalgh.

Il nous faut étudier maintenant les moyens agissant sur l'œuf.

Simpson arrache le placenta; son procédé est loin d'être un moyen hémostatique sûr et, de plus, les résultats sont très mauvais au point de vue des fœtus. Barnes décolle partiellement le placenta pour faciliter la dilatation de l'orifice utérin et supprimer ou diminuer l'hémorrhagie; cette méthode n'est applicable que quand l'effacement ne s'est pas produit, autrement elle est illusoire; enfin, Bunsen conseille l'arrachement partiel du placenta, procédé si peu employé qu'on ne peut le juger convenablement.

Un certain nombre d'autres méthodes agissant sur l'œuf ont pour but commun de faire écouler le liquide amniotique; celle de Puzos, qui pratiquait la rupture artificielle des membranes, a été la plus usitée. En suivant ses conseils, on rompt la poche des eaux, la partie fœtale qui se présente s'abaisse et, le plus souvent, l'hémorrhagie s'arrête par une sorte de tamponnement intra-utérin. Dans les cas de présentation de l'épaule, l'effet sur l'écoulement sanguin est peu utile, à moins d'évolution spontanée; quand il y a présentation du siège, suivant que les petits membres pelviens restent dans la cavité utérine ou sont abaissés dans le vagin, l'hémostase est mauvaise ou bonne. Quand il y a présentation du sommet, il faut, dit M. Auvard, qu'au moment de la rupture artificielle des membranes, la partie fœtale soit profondément engagée, la contraction utérine énergique et la dilatation de l'orifice utérin avancée. En résumé, on ne doit pas pratiquer la méthode dans la présentation de l'épaule; dans celle du siège, elle se confond avec le procédé de Braxton-Hichs, et enfin, dans celle du sommet, on ne doit rompre les membranes qu'avec une dilatation grande comme une pièce de 2 francs pour un col mou, comme une pièce de 5 francs pour un col rigide.

Nous mentionnerons seulement les pratiques de Cohen et de Deventer, qui, dans le même but que Puzos, rompaient les membranes après décollement partiel ou perforaient le placenta.

Les procédés qu'il nous reste à énumérer agissent sur le fœtus.

Kristeller a pratiqué l'expression fœtale (2 cas en tout), et Wigand, quand le sommet ne se présente pas, a conseillé de le ramener au détroit supérieur par la version par manœuvres externes, et d'agir ensuite comme dans les cas ordinaires de présentation céphalique; ce n'est donc qu'un des stades du traitement de l'insertion vicieuse.

La méthode de Braxton-Hicks est celle de la version pelvienne par manœuvres combinées suivie de l'abaissement d'un des membres inférieurs du fœtus. Elle expose à la procidence le cordon, mais permet en opérant de bonne heure d'arrêter l'hémorrhagie ; de plus, en laissant la nature expulser l'enfant, elle prévient les lacérations du col.

Enfin, dans les cas de placenta prævia, on a aussi employé les procédés habituels de l'obstétrique: l'extraction manuelle avec ou sans version préalable, le forceps, la version, l'embryotomie ; la version est préférable pour la mère, le forceps pour l'enfant.

Après avoir résumé dans un tableau que tout praticien devrait savoir par cœur la conduite à tenir suivant les cas, M. Auvard étudie les présentations vicieuses compliquées en se basant sur les faits existant dans la science et enfin termine par des observations et statistiques du plus haut intérêt une thèse remarquable dont nous ne saurions trop louer l'ordre et la clarté.

Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil,
par le docteur L. Picqué.

Dans cette volumineuse thèse, l'auteur expose d'abord le développement de l'œil et étudie ensuite dans des chapitres séparés les affections de chacune des parties constituantes de l'organe de la vision.

Dans l'introduction embryologique, il y a surtout à signaler l'ingénieuse explication que donne M. Picqué du développement de la membrane pupillaire ; la portion précristalline de la capsule vasculaire du cristallin est dédoublée en deux couches par le développement du bourgon irien, l'une se trouve derrière l'iris et peut être appelée capsulo-pupillaire, l'autre devant, c'est la membrane pupillaire proprement dite qui forme seule une véritable membrane ; l'iris est ainsi intercalé entre deux couches vasculaires.

La cataracte congénitale est étudiée avec détails dans le chapitre consacré au cristallin et l'auteur, suivant la division de Giraldès, la divise en laiteuse, zonulaire, ponctuée et pyramidale. On ne peut l'attribuer à un arrêt de développement et bien souvent elle résulte d'un trouble nutritif dépendant de troubles analogues observés dans les membranes voisines ; elle coexiste fréquemment avec d'autres anomalies et est souvent héréditaire.

La plus commune est la cataracte laiteuse dans laquelle le cristallin est habituellement ramolli ; cette variété se transforme peu à peu en aride siliqueuse, la résorption du liquide pouvant du reste commencer pendant la vie intra-utérine.

La cataracte zonulaire est caractérisée par l'existence d'une couche opaque limitée d'une part par le noyau transparent, de l'autre par les couches périphériques intactes ; la cataracte ponctuée trouble peu la vue au début, mais généralement progresse vers l'âge de 5 ou 6 ans, enfin la cataracte pyramidale peut être due à des dépôts sus et sous-capsulaires. Dans le dernier cas, d'après la théorie de Poncet, la pyramide est formée par une traction qui s'exerce sur la cristalloïde quand le cristallin primitivement adhérent à la cornée se trouve repoussé par l'humeur aqueuse, tandis que dans la sus-capsulaire il y a simplement exsudat par irido-choroïdite.

Les cataractes partielles peu étendues, gênant peu et sans tendance à l'envahissement doivent être respectées, et, d'autre part, on peut parfois améliorer beaucoup par l'iridectomie ou l'iridotomie ; dans les autres cas il faut opérer soit par la discision soit par l'extraction.

Après avoir étudié l'ectopie du cristallin et les anomalies de forme, M. Picqué consacre un chapitre aux affections de la choroïde et surtout au colobome choroïdien qu'on devrait bien plutôt appeler colobome du plancher oculaire. Il discute les différentes théories pathogéniques et rattache à l'anomalie les kystes séreux intraorbitaires.

©BIU Santé

L'anophthalmie, la microphthalmie sont encore étudiées dans ce chapitre auquel quelques mots sur l'albinisme et la mélanose forment un appendice.

L'histoire de la rétinite pigmentaire est exposée ensuite avec le plus grand soin. Peu marquée à la naissance, l'affection peut ne donner lieu à des troubles accentués qu'à un âge relativement assez avancé; d'autres fois, au contraire, les enfants naissent amaurotiques tellement l'évolution a été rapide; la lésion est ordinairement héréditaire et peut coexister avec d'autres vices de conformation.

A propos de la pathogénie, il discute les théories de Poncet et de Landolt et rapporte tout au long les détails histologiques recueillis par ces auteurs.

Le coloboma du nerf optique est une des parties les plus intéressantes de la thèse. Cette anomalie, pour l'auteur, dépend d'un trouble dans l'évolution normale de la fente fœtale, et, quand elle est simple, porte exclusivement sur la gaine du nerf optique. Le coloboma central ou maculaire est aussi très étudié, et c'est dans l'ouvrage que nous analysons que l'on trouvera le premier travail d'ensemble sur le sujet. La partie pathogénique est encore traitée à fond, et M. Picqué, après avoir discuté les opinions de Vossius et de Manz sur la rotation du bulbe fœtal, reproduit d'après Van Duyse les principaux cas de coloboma maculaire publiés par les auteurs.

L'absence du nerf optique, l'absence congénitale des vaisseaux, la névrite héréditaire, la persistance des fibres nerveuses à myéline dans la rétine sont ensuite successivement passées en revue.

La persistance de l'artère hyaloïde, celle du canal de Cloquet sont étudiées dans les anomalies du corps vitré.

Les opacités cornéennes forment presque à elles seules le sujet du chapitre VII. Elles sont partielles ou totales, et, fait des plus remarquables, peuvent disparaître spontanément de la périphérie au centre; cependant ce dernier peut ne jamais recouvrer sa transparence; il peut y avoir complication d'hydrophthalmie partielle ou totale.

L'étude des dermoïdes de la cornée précédée par un tableau de toutes les observations connues, conduit l'auteur à admettre avec Vassaux et Ryba que « les dermoïdes sont comme des îlots de paupière adhérents au globe oculaire », et qu'il n'est pas besoin, pour expliquer la formation de ces îlots, d'invoquer la préexistence de brides amniotiques.

L'exposé des anomalies de développement de l'iris et l'histoire de la persistance de la membrane pupillaire, terminent ce travail riche en documents et en faits jusqu'alors dispersés un peu partout. — Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

De l'adonis vernalis, par George Foy. — Dès l'année 1597 Gerarde avait reconnu des vertus médicinales à l'*adonis autumnalis*, vulgairement désignée en Angleterre sous le nom d'œil de faisan. En 1818, Gray signalait celles de l'*adonis autumnalis* ou œil d'oiseau, dont on a dans ces derniers temps, soit à l'étranger, soit en France, par la plume de M. Henri Huchard, essayé d'introduire les préparations dans la matière médicale.

A cette époque les racines de l'adonis passaient pour amères et astringentes. Actuellement, on cherche à en faire un médicament cardiaque. Bubnoff a comparé les effets de ce végétal à ceux de la digitale, et pour motiver son opinion, les a étudiés sur le cœur de la grenouille en 1879. Il en emploie les feuilles pulvérisées et l'infusion.

Linderos retira de ces dernières une substance analogue, sinon identique à l'acide aconitique, et Cervello en isola un glucoside, l'adonidine. M. G. Foy considère ce médicament comme un tonique cardiaque et un puissant diurétique. Il partage donc l'avis de MM. Henri Huchard, Durand, Botkin, Lauder Brunton. L'action de l'adonidine, d'après ce dernier, serait exactement semblable à celle de la digitaline, mais moins active et moins cumulative. L'adonis pourrait donc passer pour un succédané de la digitale, d'autant plus que les observateurs s'accordent pour lui attribuer une certaine efficacité

dans les cas où cette dernière est en défaut. Mais elle a l'inconvénient de provoquer plus rapidement les vomissements et de la diarrhée. En résumé, pour M. Foy comme pour Nothnagel, son emploi paraît seulement indiqué quand la digitale n'agit pas dans les maladies valvulaires du cœur. (*The med. Press and circular*, 5 mai 1886.) — C. L. D.

De la racine de bryone comme hémostatique dans les affections de l'utérus, par CHRISTODORESCU. — C'est d'après la méthode de M. Petrescu (de Bucharest) que cet observateur a employé avec succès contre la métrorrhagie la décoction de 20 grammes de racine de bryone dans 1,000 grammes de vin blanc. Dans un cas où la métrorrhagie, rebelle aux divers médicaments hémostatiques, persistait depuis longtemps et n'avait pour cause aucune lésion organique, il prescrivit d'heure en heure une cuillerée à dessert de cette décoction. Six heures après la première prise, le flux sanguin commençait à s'atténuer et après trente-six heures disparaissait définitivement. (*Spitalul*, mars 1886.) C. L. D.

Du traitement de la constipation par le massage, par MURRELL. — Dans cette leçon inaugurale de son cours de thérapeutique (Ecole de médecine de l'hôpital de Westminster), l'auteur expose les résultats de sa méthode dans laquelle il a modifié les procédés de Meztger et Von Mosengal.

Il pratique le pétrissage abdominal sur le trajet des diverses portions du côlon; puis le tapotement avec la main ouverte, la main demi-fermée et le bord radial ou cubital. L'emploi des vibrations est plus spécialement réservé pour les cas rebelles.

Les meilleurs résultats ont été obtenus quand la constipation était associée à l'obésité.

Quant à l'action physiologique du massage, il admet que cette pratique augmente les sécrétions intestinales, excite les mouvements péristaltiques de l'intestin et fait mécaniquement progresser le bol fœcal vers le rectum. (*Medical Press and circular*, 19 mai 1886.) C. L. D.

Du traitement de l'accès d'asthme par le remède d'Himrod, par MORELL MACKENZIE. — La poudre d'Himrod, dont la fumée possède une certaine réputation contre l'accès d'asthme, est un mélange de feuilles de stramoine et de lavande, réduites en poudre grossière, additionnées de benjoin et humectées avec une solution saturée de nitrate et de chlorate de potasse. M. Morell Makenzie a modifié la formule de la manière suivante : lobélie, stramonium, thé noir et nitrate de potasse, âà, faire un mélange. De plus, il ajoute de l'anis ou du fenouil. Ce mélange a été utile dans quelques cas pour combattre l'accès d'asthme ou pour le modérer. (*Med. Press and Circular*, 26 mai 1886.) — C. L. D.

Pseudo-tabes dans l'empoisonnement par l'arsenic, par DANA. — Ces accidents tabétiques ont été observés dans le cours de l'intoxication arsenicale chronique. D'après l'observateur américain, ils sont le résultat d'une névrite multiple et non pas d'une myélite diffuse.

De plus, il admet que les paralysies arsenicales comme les paralysies alcooliques et diphthéritiques sont de deux types : les unes mixtes, c'est-à-dire affectant la sensibilité et la motilité, dans lesquelles l'atrophie et les troubles musculaires sont très nets; les autres, pseudo-tabétiques et plus spécialement caractérisées par la paralysie motrice. Celles-ci s'accompagnent des troubles sensitifs du tabes. (*New-York Med. Journal*, 31 juillet 1886, p. 136, et *American Neurological Association*, 23 juillet 1886.) C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. de LACAZE-DUTHIERS présente une note de M. François, sur une larve de *Lampyris noctiluca*, ayant vécu sans tête.

« En cherchant des insectes, je recueillis, il y a quelque temps, une larve de *Lampyris* dont la forme tronquée et irrégulière de la partie antérieure du corps attira mon

©BIU Santé

attention. Cette larve, en effet, avait toute la tête et une grande portion du prothorax enlevées et remplacées par une plaque chitineuse cicatricielle.

« La taille était celle d'une larve ordinaire, arrivée au terme de son développement ; tous les anneaux du corps et les membres avaient leur aspect normal. Le segment prothoracique, au contraire, se trouvait un peu projeté en avant, en même temps que déjeté sur le côté droit, et réduit à son quart postérieur environ (c'est-à-dire strictement à la région qui porte la première paire de pattes) par une section transversale légèrement oblique d'avant en arrière et de haut en bas. L'énorme blessure déterminée par cette ablation était cicatrisée et fermée par une plaque chitineuse, de couleur brun marron, les anneaux du corps étant de teinte normale, c'est-à-dire brun noirâtre. De tête ni d'orifice buccal, pas la moindre apparence. A la dissection, on trouvait du tissu adipeux en abondance, ni plus ni moins que chez une larve normale.

« Le *tube digestif*, volumineux, à parois épaisses, chargées de matières grasses, en avant un jabot très musculeux, étaient normalement constitués. Mais l'œsophage, tube très grêle, au lieu de s'étendre d'avant en arrière dans l'axe du corps, se contournait et, suivant une marche récurrente, cheminait le long du côté gauche du jabot jusqu'au milieu environ de celui-ci, point où il opérait sa rencontre avec le système nerveux. Il va sans dire que ce tube digestif ne contenait pas trace de matière alimentaire.

« Le système nerveux, c'est-à-dire la partie cervicale de ce système, constituée du reste comme chez l'insecte normal, se trouvait déplacée, refoulée en arrière et reportée au niveau à peu près du milieu du jabot, dans l'angle postérieur gauche du prothorax. L'œsophage, au lieu de traverser le collier œsophagien, le contournait et venait se terminer au-dessous de celui-ci, en s'accolant contre la plaque cicatricielle en un point où venaient aboutir et se terminer aussi brusquement les nerfs émis par les ganglions cérébroïdes et infra-œsophagiens (nerfs des organes des sens et des pièces de la bouche).

« Comment se rendre compte de l'organisation et des conditions d'existence de cet insecte ? Il suffit, pour cela, de disséquer une larve normale.

« On voit, en effet, que le collier œsophagien se trouve ici logé, non pas dans la tête, qui est fort petite, mais au-dessus de celle-ci, dans le prothorax qui est fort grand. L'œsophage, tube très étroit, suit donc de la bouche au collier œsophagien un trajet relativement assez long, pendant lequel il est accompagné des nerfs, qui se rendent tant aux organes des sens qu'aux pièces buccales de la mastication ; et il est possible, ainsi que je m'en suis assuré en opérant sur des larves durcies dans l'alcool, d'enlever d'un coup de rasoir, coupant l'œsophage perpendiculairement dans cette région de son parcours, d'enlever, dis-je, les deux tiers ou les trois quarts du prothorax et la tête tout entière, en ménageant le collier œsophagien et la première paire de pattes.

« Supposons maintenant qu'un Lampyre, vers la fin de sa période larvaire, reçoive d'un oiseau un coup de bec ou d'un petit mammifère un coup de dent, ou bien encore se trouve pris dans un éboulement de cailloux tranchants (l'insecte en question a été recueilli aux environs du Grand-Persigny, région renommée pour ses éclats de silex) ; la section, accompagnée de compression, dans la région précise du corps que je viens d'indiquer, a pu, en même temps qu'elle refoulait vers l'intérieur du corps, en les déplaçant plus ou moins, les organes essentiels, enlever complètement la portion antérieure du thorax avec la tête ; et la cicatrisation aura suivi de près l'accident.

« Cet insecte devait se trouver à la fin de sa période larvaire, et l'on sait qu'à cette époque les matériaux de nutrition amassés dans le corps adipeux en vue de la métamorphose et de la rénovation des tissus peuvent lui permettre de suspendre son alimentation.

« Il faut supposer, de plus, d'après la couleur marron de la cicatrice, que la blessure ne devait pas remonter à une date éloignée.

« La vie aurait-elle pu se prolonger longtemps dans ces conditions, la transformation en nymphe aurait-elle pu s'effectuer? Je ne crois pas la chose impossible ; mais il serait difficile de dire ce qui serait sorti de cette nymphe. »

M. Schmeltz adresse une note sur les propriétés antiseptiques d'une combinaison d'acide salicylique et d'essence d'Eucalyptus.

M. Larrey, en présentant à l'Académie un Mémoire imprimé en hollandais, de M. le docteur W.-C. Gori, professeur agrégé à l'Université d'Amsterdam, « sur les effets des projectiles dits *de l'avenir* », s'exprime dans les termes suivants :

« L'auteur, ex-chirurgien distingué de l'armée néerlandaise, admettant d'abord que la chirurgie militaire a fait de grands progrès, dans les temps modernes, reconnaît aussi que tous ses efforts d'expérience et de dévouement ne peuvent lutter, à force égale, avec les terribles perfectionnements des armes de guerre. Faisant allusion, par exemple, aux projectiles des armes à feu et à l'interdiction internationale des projectiles explosibles, il demande si la cause de l'humanité ne doit pas être placée au-dessus des intérêts de la guerre entre les nations. C'est pourquoi il propose de restreindre plutôt que d'agrandir de plus en plus l'action des projectiles, dont les effets traumatiques produisent souvent des mutilations profondes entraînant la mort des blessés. M. le docteur Gori voudrait, à cet égard, comme l'ont d'ailleurs proposé d'autres chirurgiens militaires, que les coups de feu des armes portatives pussent borner leur action à mettre la plupart des blessés hors de combat. Diminuer le diamètre des projectiles, substituer au plomb, trop susceptible de se déformer, un métal plus dur, plus résistant, tel que le cuivre, afin de ne pas déchirer ou détruire les tissus traversés, ou bien appliquer, sur la balle de plomb, une enveloppe métallique résistante, ou encore façonner celle-ci en culot et y couler le plomb ou un alliage de plomb, ou choisir enfin une enveloppe en acier, tels sont les divers moyens proposés, dont M. Gori cite les auteurs et apprécie les recherches.

« Il expose ensuite les expériences qu'il a faites lui-même, en donnant des détails qui appartiennent plus à la balistique spéciale qu'à la chirurgie militaire, et arrive à cette conclusion dernière :

« Nos expériences ont eu un double résultat : l'effet attribué à l'usage des balles « explosibles peut être obtenu aussi avec des balles ordinaires (c'est-à-dire la dilacé- « ration des tissus organiques) et ce même effet peut être diminué, en faisant usage « des balles Lorenz (soudure solide de l'enveloppe métallique au projectile ou au noyau « de ce projectile). »

« C'est ce que M. Gori appelle les *balles de l'avenir*. »

FORMULAIRE

Traitement de l'ecthyma syphilitique. — Chambard.

Contre l'ecthyma syphilitique superficiel, pansement avec le sparadrap de Vigo et traitement mercuriel ordinaire à l'intérieur. Contre l'ecthyma syphilitique profond, traitement mixte avec le sirop de Gibert, ou bien frictions avec l'onguent Napolitain, et iodure de potassium comme remède interne. On fait tomber les croûtes au moyen de l'enveloppement par le caoutchouc, des bains répétés, des cataplasmes ou des douches de vapeur, puis sur les ulcérations mises à nu on établit un pansement occlusif, à l'aide de bandelettes de Vigo, renouvelées toutes les 24 ou 48 heures, et dont l'application est précédée d'un bain tiède. Si ce pansement ne réveille point la vitalité des ulcères, on les badigeonne avec de la teinture d'iode, ou avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 ; ou enfin, on les saupoudre d'iodoforme pulvérisé. — N. G.

COURRIER

L'Association française pour l'avancement des sciences a, dans la dernière séance générale du Congrès de Nancy, tenue le jeudi 19 août 1886, élu : 1° M. le colonel Laussedat, vice-président pour l'année 1886-1887, en remplacement de M. le docteur Rochard, qui passe président ; 2° M. de Clermont, sous directeur du laboratoire de chimie à la Faculté des sciences de Paris, vice-secrétaire, en remplacement de M. Schlumberger, qui passe secrétaire général pour la session prochaine.

©BIU Santé

Dans cette même séance, l'Association française a choisi la ville de Toulouse pour sa session de 1887 et la ville d'Oran (Algérie) pour la session de 1888.

Quant à la section des sciences médicales, qui nous intéresse plus particulièrement, elle a élu, par 29 voix, M. le docteur Pamard (d'Avignon), président de ladite section, pour la session de 1887, contre 17 voix à M. le professeur Grasset (de Montpellier), sur 46 votants.

— Parmi les présentations faites à l'Association pour l'avancement des sciences au Congrès de Nancy : signalons la préparation anatomique nouvelle, créée par M. Jules Talrich, statuaire-modeleur d'anatomie des Facultés de médecine de Paris et de Nancy.

Cette préparation représente un jeune homme de vingt ans de grandeur naturelle en staff, peint d'après nature, se démontant en trois parties qui peuvent être étudiées avec la plus grande facilité ; la masse des organes et viscères se suspend à une tournette ainsi que le poumon gauche et la moitié de la cage thoracique et ses muscles et ceux de l'épaule et du bras.

Cette préparation, qui est appelée à rendre de réels services dans les démonstrations physiologiques, tant dans les Facultés et Écoles de médecine que dans les Lycées, Collèges et Écoles Normales, vient d'être exposée par M. Jules Talrich à l'Exposition des sciences et arts industriels, salle 9, au Palais de l'industrie où elle attire déjà l'attention du monde savant.

Mouvement de la population dans le département du Rhône pendant l'année 1885. — Il y a eu dans le département 5,596 mariages et 139 divorces, 16,232 naissances et 16,552 décès. Le chiffre des décès est supérieur de 370 à celui des naissances.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Bulletin bibliographique.

Au moment où chacun se préoccupe de choisir sa station pour les vacances, nous signalons à nos lecteurs un volume qui vient de paraître sous le titre de **Climatothérapie**, dû au docteur H. Weber, de Londres, et traduit en français par MM. Doyon et Spillmann. Après avoir rappelé les notions météorologiques applicables à la médecine, la composition de l'air, sa température, sa distribution géographique, l'auteur étudie l'humidité, ses variations, son influence sur nos organes, la rosée, les brouillards, la pluie, l'électricité, l'ozone. Il énumère les caractères propres à chaque climat et les indications qu'on en doit tirer pour le traitement des maladies chroniques.

M. Weber entreprend ensuite un véritable tour du monde au point de vue de la climatothérapie et signale tous les points du globe où les malades peuvent trouver des *sanatoria*. Sur toutes ces stations il donne des renseignements précis. Ce livre est un véritable guide à travers le monde entier, que liront avec intérêt les bien portants aussi bien que les malades et les médecins pour lesquels il est écrit. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie.

Traité pratique des maladies des pays chauds (maladies infectieuses), par le docteur Fernand Roux.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Steinheil, rue Casimir-Delavigne, 2.

Organisation de l'assistance hospitalière libre et libérale, par le docteur A. Crétin.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Garnier frères, libraires-éditeurs, rue des Saints-Pères, 6.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : La thalline, ses propriétés, sa valeur clinique et son action. — II. H. Stapfer : Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. Revue des Journaux : Prophylaxie de la fièvre jaune. — De l'influence des amers sur la digestion. — De l'action et des propriétés physiologiques de la benzoyl-ecgonine. — Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de formamide de mercure. — De l'influence des hautes altitudes sur la fréquence des névroses. — De l'apocynum cannabicum contre les hydropisies. — IV. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Lyon (1er trim. 1886). — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Bulletin bibliographique.

La thalline, ses propriétés, sa valeur clinique et son action (1)

(Travail du laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat)

Par le docteur Ch. Éloy.

III

Les initiateurs de l'emploi thérapeutique de la thalline entendaient surtout mettre ses propriétés antithermiques au service de la clinique. Cependant M. Von Jacksch proposa aussi l'utilisation de ses vertus antiputrides.

C'est pour modérer l'hyperthermie des fébricitants qu'on avait compté sur elle et qu'on l'a prescrite en particulier dans le cours de la *fièvre typhoïde* aux doses quotidennes de 10 centigrammes à 1 gramme et par prises se succédant de demi-heure en demi-heure. Telle fut, dès le début, la pratique de M. Von Jacksch et de M. Henri Huchard; telle a été depuis celle de M. Jaccoud.

Sous cette influence, l'abaissement thermique se produit en une heure ou deux; l'ascension de retour dure trois à quatre heures et l'écart thermique varie de 1 à 2 degrés. La diaphorèse est abondante pendant l'abaissement thermique et diminue pendant l'ascension secondaire. Enfin, après la thallinisation, on note de la fatigue, de la lassitude, et nullement le sentiment de bien-être que, selon la judicieuse remarque de M. Jaccoud, on était en droit d'espérer. C'est alors aussi qu'on a observé des exanthèmes comparables aux poussées éruptives de la kairine et de l'antipyrine. Malgré les vertus antiputrides qu'on lui accorde, la thalline ne modère pas le processus typhoïdique lui-même.

Elle agit d'une manière semblable contre la *fièvre des tuberculeux*. Les doses fractionnées font tomber la température de 2 ou de 3 degrés, et cet abaissement thermique s'achève après deux ou trois heures. L'abondance des sueurs et le danger de collapsus sont des inconvénients qui, chez de tels malades, compensent à coup sûr les avantages obtenus et condamnent l'emploi de ce médicament.

Il en est de même dans le traitement de la *fièvre des rhumatisants* dont elle combat l'hyperthermie sans calmer les douleurs; contre les *fièvres intermittentes*, dans lesquelles on l'a vu, dit-on, prévenir les accès, mais sans jouer le rôle d'un antipériodique; contre les *fièvres exanthématiques :* rougeole et scarlatine; contre les *maladies infectieuses :* l'érysipèle et la fièvre puerpérale; enfin contre la *fièvre des inflammations :* pneumonie, pleurésie, péritonite ou angine. Elle diminue bien, alors, la température du malade; elle brise, comme l'a écrit M. Jaccoud, les allures de la maladie, mais elle est impuissante contre la maladie elle-même. Msie au service de

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

BIU Santé

la thérapeutique symptomatique, la thallinisation n'est donc ni une médication antiphlogistique, ni même une médication vraiment antipyrétique.

Quelles *formes pharmaceutiques* et quelles doses doit on préférer? A l'*intérieur*, le mode d'administration du tartrate et du sulfate de thalline est la véhiculation dans un liquide aqueux ou sirupeux, la solution dans l'eau rougie ou l'enveloppement de la poudre dans des cachets de pain azyme.

Les doses varient entre 20 et 60 centigrammes par jour. Landerberger les porte jusqu'à 1 gramme et M. Ewald jusqu'à 1 gramme 1/2. On les fractionne quand elles s'élèvent au-dessus de 15 centigrammes, et on en doit suivre les effets, le thermomètre à la main.

A l'*extérieur*, on a proposé l'emploi de la thalline en injections sous-cutanées. De plus, mettant à profit ses qualités antiputrides, M. Von Jacksch a formulé une solution aqueuse au cinquième, qu'il emploie pour retarder les fermentations alcoolique, lactique et ammoniacale.

IV

Quelle est la *valeur clinique de la thalline*? Quel rang doit-elle occuper dans le groupe des médicaments antithermiques préconisés dans ces derniers temps?

Comme la kairine, elle altère les globules sanguins et provoque des sueurs abondantes; comme elle et plus qu'elle, la thalline cause le collapsus et amène la cyanose. M. Von Jacksch a fait valoir en sa faveur la longue durée de ses effets antithermiques, la régularité de l'abaissement et de l'ascension de retour de la température; tous avantages qui ne sont pas ceux de la kairine et de la quinoline. Cependant les faits cliniques sont moins affirmatifs; cette régularité n'est pas absolue et, dans un mémoire récent, M. Werstem accuse même la thalline de produire l'hyperthermie à la fin de la période d'ascension thermique secondaire.

La thalline, a-t-on dit encore, ne provoque ni albuminurie, ni glycosurie, ni vomissements. Ce sont là des qualités dont la constance laisse à désirer et qui par conséquent ne sauraient établir la supériorité de ce médicament.

La thalline, de même que la kairine et la quinoline, doit donc céder la place à l'antipyrine, médicament plus maniable, moins toxique et tout aussi fidèle. L'antipyrine, il est vrai, possède une activité inférieure à celle de la thalline, et pour obtenir des effets antithermiques équivalents, il faut administrer 1 gramme de la première et 40 centigrammes de la seconde. Cette considération suffit-elle pour sauver la thalline des critiques dont elle est l'objet? Est-ce même assez pour la conserver dans la matière médicale à titre de médicament d'exception?

En résumé, la *physiologie expérimentale aussi bien que l'observation clinique établissent la puissance antithermique de la thalline, mais démontrent aussi que l'abaissement de la température est obtenu au prix d'altérations qualitatives du sang, de la diminution de l'oxyhémoglobine, de perturbations respiratoires et circulatoires et du ralentissement des échanges*, tous phénomènes accusateurs de changements profonds dans les grandes fonctions de l'organisme.

Par quel mécanisme peut-on expliquer l'action antithermique sur laquelle les premiers avocats de la thalline faisaient si grand fond et les phénomènes de thallinisation avec lesquels ils comptaient trop peu? On a placé cette action sous la dépendance des changements circulatoires, et on a dit que le resserrement des vaisseaux et leur ischémie empêchaient l'af-

flux du sang vers la peau et le transport par ce liquide de la chaleur des centres vers la périphérie. Cette hypothèse ne tient pas compte des altérations du liquide sanguin et de leur rôle; elle répond donc incomplètement aux faits.

Faut-il demander raison de ceux-ci aux centres nerveux régulateurs de la température, et à leurs auxiliaires, les nerfs de la vaso-motilité? Ce serait placer la thalline au nombre des modificateurs directs du système nerveux, sans le prouver d'ailleurs et sans tenir compte de la diminution du pouvoir oxydant des globules sanguins durant la thallinisation.

Et, cependant, n'est-ce pas cette altération du sang qui donne l'explication de l'arrêt des combustions organiques chez les individus thallinisés? Ceux-ci brûlent moins d'oxygène, parce que leur sang, appauvri d'oxyhémoglobine, en fournit moins à la consommation des tissus et à la nutrition interstitielle. Chez eux, la production thermique ne compense plus la dépense du calorique perdu par l'irradiation périphérique ou absorbé par les actes organiques. Leurs échanges s'arrêtent, leurs fonctions se suspendent, leur système nerveux s'engourdit, leur température tend à se mettre en équilibre avec celle du milieu extérieur, et, finalement, ils succombent dans l'algidité.

En effet, l'abaissement de la température n'est pas un phénomène unique dans ses causes. A côté des agents qui sont antithermiques *par soustraction directe du calorique et par réfrigération* venant du dehors, il existe des agents antithermiques par *arrêt de la production* de ce calorique, que cet arrêt dépende d'*une perturbation de l'appareil de calorification,* qu'il résulte de la *disette d'oxygène* ou bien encore de l'association de ces causes. Ces agents sont nombreux et puissants; la thalline est de ceux-là.

Faut-il déclarer cependant que la thallinisation possède l'efficacité thérapeutique que le clinicien est en droit d'exiger d'une médication réellement antihyperthermique? Non. L'agent antihyperthermique véritable serait le médicament qui rétablirait l'équilibre normal de la température dans l'organisme. La thalline, à coup sûr, n'est pas celui-là.

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. — Avril, mai, juin 1886.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MARS, AVRIL, MAI, JUIN.

De l'opération césarienne et, en particulier, de l'opération césarienne avec double suture de l'utérus par la méthode de Sænger, par J. Potocki, interne des hôpitaux. — Nous ne résumerons pas les chapitres de ce travail, qui traitent de l'histoire de l'opération césarienne jusqu'à l'apparition de la méthode de Sænger, mais seulement ce qui est relatif à ce dernier procédé imparfaitement connu en France. Les lecteurs de l'*Union* trouveraient au besoin tous les détails historiques désirables, et la description des divers procédés employés avant Sænger, dans le mémoire fort complet de M. Potocki.

Le perfectionnement dû à Sænger consiste dans un mode particulier de suture utérine. La suture de l'utérus a, de tout temps, préoccupé les opérateurs. On l'a vantée, puis abandonnée, puis modifiée de toutes les façons. Sa haute utilité était incontestable. Réunir d'emblée, solidement, avec certitude d'obtenir l'agglutination immédiate, les lèvres de la section utérine, c'était empêcher les hémorrhagies secondaires et la chute des lochies dans la cavité péritonéale. On peut dire que la recherche du procédé qui

©BIU Santé

donnerait de pareils résultats hantait l'esprit des opérateurs comme la pierre philosophale le cerveau des anciens alchimistes. M. le docteur Sænger (de Leipzig) aurait découvert le moyen d'obtenir la réunion immédiate des lèvres de la plaie utérine.

Il nous paraît plus instructif de décrire l'opération telle qu'on la pratique en Allemagne, d'après le tableau de M. Potocki.

I. — *Objets et instruments nécessaires à l'opération.*

1° Rasoir. Savon. Brosse. Plusieurs litres de solution d'acide phénique à 5 p. 100 et de solution de sublimé à 1 p. 1000. Ether. Eau chaude à 50°. Eau froide à 10°; 6 éponges plates pour la plaie; 6 éponges abdominales; 6 serviettes douces; 10 grammes d'iodoforme; 1 paquet de gaze iodoformée; 1 paquet d'ouate salicylée. Pansement de Lister. Bandage de corps en flanelle.

2° Appareil à chloroformisation. Morphine. Ether. Ergotine pour injection sous-cutanée. Seringue de Pravaz.

3° 1 bistouri ordinaire; 1 bistouri boutonné; 1 sonde cannelée; 2 pinces à griffes; 6 pinces hémostatiques; ciseaux droits; 1 aiguille à manche; 1 aiguille de Reverdin; 1 porte-aiguille. Aiguilles droites et courbes. Fil d'argent fort. Fil de soie antiseptique (deux grosseurs); 1 mètre de tube de caoutchouc de 5 millimètres de diamètre.

II. — *Différents stades de l'opération.*

1° Préliminaires. — Lavement évacuateur. Cathétérisme de la vessie. Raser la paroi abdominale, le pubis et les organes génitaux. Désinfection de la paroi abdominale, des organes génitaux externes, du vagin et du col.

2° Incision. — Sur la ligne blanche, 16 centimètres de longueur. Contourner l'ombilic à gauche. L'ombilic occupera à peu près le milieu de l'incision. — Nota. *Cette règle nous paraît sujette à de nombreuses exceptions, à cause de la situation très variable de l'ombilic.*

3° L'incision faite, Sænger applique de suite, dit M. Potocki, trois sutures à la partie supérieure de la plaie abdominale pour empêcher la hernie de l'intestin. *A priori*, on ne comprend pas l'utilité d'une section que l'on ferme immédiatement. Pourquoi prolonger si haut l'incision de la paroi pour la diminuer de suite? Encore, si Sænger amenait de suite l'utérus au dehors, mais il ne le fait pas à ce moment. Il coupe dans un premier temps et recoud le haut de la plaie dans un second. Pourquoi? D'après M. Potocki, ces sutures ont pour but d'amener une rapide projection en arrière des parois abdominales sur l'utérus. Il faudrait voir opérer pour bien se rendre compte. Il nous semble probable que le tiraillement des tissus par les sutures rétrécit les parois abdominales, si lâches chez certaines femmes. Nous expliquerons ainsi le bénéfice de ces sutures. On donne à la paroi ventrale une rigidité qu'elle n'avait pas et on en diminue un peu l'étendue en la fronçant.

4° Redressement de l'utérus, presque toujours dévié. On se propose, à l'exemple de tous les opérateurs précédents, d'éviter l'incision sur l'un des hiles de l'organe, toujours dangereux par l'abondance de l'hémorrhagie.

5° Incision de l'utérus sur la paroi antérieure, la ligne médiane et le tiers moyen : *a in situ*, ou *b* amené au dehors, mais seulement dans le cas de putréfaction de l'œuf.

6° Extraction du fœtus.

7° et 8° Utérus amené hors du ventre. On maintient les sutures abdominales à l'aide de pinces à pression, et on applique une serviette douce derrière l'utérus. Eventuellement, en cas d'hémorrhagie, on comprime avec la main le segment inférieur de l'utérus et du col.

9° Application de tube en caoutchouc, maintenir serré à l'aide d'une pince fixée au point de croisement.

10° Attendre l'expulsion spontanée du placenta ou l'extraire avec les membranes, et s'assurer de la perméabilité de l'orifice interne de l'utérus.

11° Saupoudrer d'iodoforme la cavité utérine; au besoin, laver l'utérus et le vagin avec la solution phéniquée au sublimé.

12° *Sutures.* — C'est le temps caractéristique de la méthode. Jusque-là, l'opération a

été pratiquée avec les perfectionnements modernes, dont aucun n'appartient en propre à Sænger.

Ordinairement, la tunique externe musculaire de l'utérus se contracte plus que la tunique interne et entraîne la séreuse, de sorte que les deux lèvres paraissent taillées en biseau et ne peuvent être affrontées qu'au niveau des parties profondes. Les bords de la séreuse péritonéale extraînés par la tunique externe musculaire restent écartés. Voilà le principal obstacle à la réunion immédiate et la cause des échecs nombreux subis par les opérateurs qui ont précédé Sænger.

Sænger fait deux choses : il prépare la plaie pour remédier au vice capital que nous venons de mentionner, puis il suture. Etudions la *préparation de la plaie.*

On commence par *disséquer le péritoine*; puis on *résèque la tunique musculaire.*

a) *Dissection du péritoine.* — Commençant à l'angle supérieur de la plaie et pousuivant jusqu'à l'angle intérieur, d'abord à droite, puis à gauche, on dissèque le péritoine avec le moins possible de fibres musculaires. Cette dissection ne doit pas dépasser en largeur 3 à 5 millimètres. *Jamais il ne faut qu'elle atteigne 1 centimètre ou 1 centimètre et demi.* Pour faire la dissection, saisissez la séreuse avec une pince à griffes et incisez au-dessous d'elle avec le bistouri tenu horizontalement.

b) *Résection de la musculaire.* — Comme nous l'avons dit, les bords de la musculaire débordent la séreuse habituellement. Il faut donc, pour obtenir l'affrontement de celle-ci, enlever une tranche prismatique triangulaire à base dirigée du côté de la séreuse, à bord tranchant regardant la muqueuse. Jamais il n'est utile de dépasser en épaisseur 2 a 3 millimètres. C'est une excision en tranche de melon. On incise de dedans en dehors le muscle saisi avec la pince à griffes.

On peut se passer de la résection de la musculaire quand le muscle se rétracte sous la séreuse après la dissection, au lieu de faire hernie.

On peut se passer de la dissection et de la résection, c'est-à-dire de toute préparation, quand l'incision faite, on constate que les lèvres de la plaie ne sont pas taillées en biseau, mais restent parallèles, la tunique musculaire externe et la tunique interne se rétractant d'une quantité égale, en un mot quand on n'a pas *le biseau dont nous avons parlé, principal obstacle à la réunion immédiate, et cause des échecs subis par les opérateurs avant Sænger.* Ceux qui réussissaient avaient la bonne fortune d'opérer sur des utérus dont les tuniques se rétractaient également.

On place alors les fils.

Les sutures sont *profondes* et *superficielles.*

a) *Sutures profondes.* — On doit se servir de fil d'argent fin, fort, souple, passé à la flamme.

Il est indispensable :

1° *Que les sutures soient aussi rapprochées que possible*;

2° *Que la muqueuse ne soit pas intéressée.*

L'aiguille portant le fil d'argent, fixée sur un porte-aiguille, pénètre dans l'utérus à 1 centimètre des bords de la plaie, s'enfonce obliquement dans le tissu utérin et vient sortir un peu au-dessus de la muqueuse qui ne doit pas être intéressée. C'est une précaution de la plus haute importance. Autrement, les lochies pourraient se glisser dans e trajet des fils. L'aiguille traverse ensuite la lèvre opposée de la plaie utérine, dans une direction exactement symétrique; on applique 6, 8, 10 sutures éloignées de 1 centimètre 1/2 au maxima. Les fils ne sont serrés qu'après avoir été tous appliqués. On tord trois fois et on coupe à ras les fils d'argent qu'on recourbe en bonde du côté de l'utérus de peur que leur extrémité ne blesse les organes voisins.

13° Enlèvement du tube de caoutchouc. Toilette de l'utérus. Plaie saupoudrée d'iodoforme. Renversement de l'utérus dans le ventre. Eviter l'interposition des anses intestinales entre l'utérus et la paroi abdominale.

Exercer une compression modérée au moyen de bandelettes agglutinatives fixées seulement de chaque côté, et ne faisant pas le tour du ventre, préférable au bandage de corps, parce qu'elles permettent la distension du ventre.

14° Suture profonde et superficielle (argent) de la paroi abdominale. Plaie saupoudrée

©BIU Santé

d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate salicylée, bandage de corps. Ou pansement de Lister.

15° Traitement consécutif aussi simple et aussi peu actif que possible. Vessie de glace sur le ventre aussitôt après l'opération. S'abstenir des injections vaginales tant que le pouls et la température sont normaux, tant qu'il n'y a pas de rétention lochiale. Dans les premiers jours opium et glace.

La lecture attentive de ce qui précède a montré que le perfectionnement à l'opération césarienne imaginé par Sænger, consiste dans la réunion immédiate de la plaie utérine, obtenue par l'adossement des bords de l'enveloppe séreuse. Pour assurer le contact des lèvres du péritoine, contact impossible lorsque la tunique musculaire, par suite de la rétraction inégale de ses différentes couches, est taillée en biseau, on dissèque le péritoine, on enlève une tranche de muscle, et on rabat les bords disséqués de la séreuse. Sænger s'est inspiré d'un fait bien connu : la rapidité de réunion des séreuses exactement rapprochées.

Examinons les résultats :

Jusqu'à la publication du travail de M. Potocki, il avait été fait 26 opérations césariennes par la méthode de Sænger primitive.

Les chiffres brut donnent :

Pour les mères, 19 guérisons, 73,1 p. 100 ; 7 morts, 26,9 p. 100.

Pour les enfants, 23 vivants, 88,4 p. 100 ; 3 morts, 11,6 p. 100.

Il faut noter que sur les 7 morts 3 étaient presque fatales, la mère étant infectée avant l'opération. De plus les femmes moururent deux fois d'affections graves indépendantes de l'opération. Parmi ces opérations, trois furent faites aux Etats-Unis. Aucune ne réussit *parce qu'on intervint trop tard*. 16 ont été pratiquées à Dresde et à Leipzig par Léopold de Sænger. Le résultat a été :

Guérisons.....	97.7 p. 100
Enfants vivants.....	100 —

Une aussi belle statistique explique l'engouement de l'Allemagne pour l'opération césarienne. On n'en fait plus une opération de nécessité, mais une opération de choix. Les Allemands ont tendance à répéter l'accouchement prématuré, la mortalité des enfants étant beaucoup plus élevée chez eux qu'en France, ou l'élevage a été singulièrement perfectionné. Ils font l'opération césarienne dans les cas où nous ferions la céphalotripsie. Reste à savoir si celle-ci, pratiquée dans les conditions où la césarienne donne des succès en Allemagne, c'est-à-dire à temps, et avec les précautions antiseptiques rigoureuses, ne donne pas plus de succès que la césarienne. L'avenir jugera la question. Les résultats de Sænger sont-ils définitivement acquis, ou n'est-ce qu'une heureuse série?

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MARS ET MAI 1886. — **De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain**, par le docteur A. PINARD. — Ce travail sera analysé à part. La conduite du docteur Pinard dans le cas de placenta prævia modifie d'une manière importante certains conseils classiques que j'ai rappelés aux lecteurs de l'*Union* dans un article sur les dangers de l'ergot de seigle. Je me propose de montrer comment le praticien doit agir dorénavant dans le cas d'insertion vicieuse.

H. STAPFER.

REVUE DES JOURNAUX

Prophylaxie de la fièvre jaune. (*Genio medico chirurgico*, mars 1886.) — On sait qu'une violente épidémie de fièvre jaune désola le Brésil en 1883 et 1884, et que ce fut à cette occasion que le professeur Domingo Freire (de Rio-Janeiro) reçut mission de son gouvernement de commencer une étude méthodique de la maladie, spécialement en ce qui concernait son origine, les conditions de sa contagion, sa prophylaxie et son traitement.

Déjà, en 1880, le professeur Freire avait publié le résultat de ses recherches sur ce sujet, et avait annoncé la découverte d'un nouveau ferment figuré dont la présence constante dans les liquides organiques, les selles et les sécrétions de victimes de la fièvre jaune paraissait indiquer la nature microbienne de l'affection et que cette même constance désignait comme constituant le microbe spécial du vomito negro.

Aujourd'hui le docteur Ramon Suret nous donne un très intéressant compte rendu des recherches récentes du professeur Freire, relatives aux inoculations préventives de la fièvre jaune.

Freire commença par entreprendre une série de recherches ayant pour objet de démontrer le caractère contagieux et transmissible de la maladie, et la première difficulté qui s'offrit fut de trouver l'espèce animale la plus propre à l'expérimentation. Les premières inoculations pratiquées sur des cobayes et des lapins démontrèrent d'abord la grande réceptivité de ces espèces pour ce poison, auquel les pigeons, les gallinacées, les singes et les chiens se montrèrent, au contraire, absolument réfractaires.

On constata ensuite que la contagion pouvait s'exercer très rapidement aussi en prenant pour substance d'inoculation le sang, l'urine et la plupart des autres sécrétions des malades, y compris la lymphe filtrée obtenue par trituration des muscles et des nerfs dans de l'eau stérilisée ou préalablement filtré.

Quelle qu'ait été la substance et le mode d'inoculation employés, tous les lapins contractèrent rapidement la fièvre jaune, quelques-uns même succombèrent d'une manière foudroyante, et l'inoculation à d'autres animaux de même espèce, de leur sang ou de leurs urines était invariablement suivie de mort. Les inoculations successives de lapin à lapin ne réussirent pas à conjurer ou à modifier les effets absolument mortels du virus.

L'examen microscopique des eaux et du sol des régions où l'épidémie régnait avec le plus de sévérité, révéla la présence, dans ces milieux, des microbes spécifiques y pullulant en masses innombrables.

Après avoir ainsi démontré la transmissibilité et le caractère contagieux de la fièvre jaune, et la présence constante d'un ferment figuré spécial dans toute l'économie des individus atteints, ainsi que la prolifération de ces ferments dans divers milieux de culture, tels que le bouillon, le lait, la gélatine, l'eau pure, Freire observa que deux circonstances permettaient de réaliser l'atténuation du virus xanthogénique, à savoir : la transportation et le passage du poison à travers l'organisme, d'espèces animales réfractaires, telles que les gallinacées et les pigeons.

Si on inocule des lapins avec le sang ou avec d'autres liquides provenant de malades atteints pendant la période d'accalmie de la fièvre jaune, c'est-à-dire pendant les mois d'hiver (mois de juin et de juillet,, on observe que ces animaux ne succombent pas et ne présentent qu'une forme bénigne de la maladie. Ce virus, ainsi atténué par des causes d'ordre tout naturel étant cultivé, nous met en possession d'un véritable vaccin dont des expériences multiples démontrent la parfaite inocuité et la fidélité d'action.

Pour mesurer l'intensité d'action de ce vaccin atténué et acquérir la certitude que la culture lui conserve ses vertus tutélaires vaccinales sans en augmenter l'énergie outre mesure ou même lui restituer sa virulence native, Freire l'inocula à des espèces animales présentant une réceptivité spéciale, telles que les lapins, et les résultats de ces inoculations furent le développement d'une réaction morbide modérée se substituant au tableau symptomatique grave et au mouvement fébrile intense, qui sont la suite inéluctable, chez ces animaux, de l'inoculation du virus ordinaire.

A titre d'expérience confirmative, Freire inocula ensuite ces mêmes lapins avec du virus non atténué, en même temps qu'un certain nombre d'autres animaux de la même espèce non vaccinés au préalable.

Le résultat de l'expérience fut que les lapins vaccinés ne se montrèrent que très peu affectés par la maladie, tandis que les sujets non vaccinés succombèrent très rapidement à l'inoculation, après avoir présenté tous les symptômes typiques de la fièvre jaune.

Appuyé sur ces résultats, Freire, pendant l'épidémie, inocula avec le vaccin atténué 418 personnes, dont 7 seulement succombèrent à la maladie, tandis que pendant la

©BIU Santé

même période 650 sujets non inoculés furent frappés et moururent de la fièvre jaune. Jusqu'en octobre dernier, Freire avait inoculé 6,000 personnes. Le docteur R. Issatier, en passant à Rio-Janeiro fut vacciué par Freire. A midi précis, 0,50 centigrammes de liquide de culture atténué furent injectés dans la région deltoïdienne de chaque bras. La température s'éleva un peu dans la soirée, atteignit 38°1 vers neuf heures du soir, il y eut un peu d'agitation, de céphalalgie, mais la nuit fut bonne, et, le lendemain matin, tout était revenu à l'état normal.

La statistique de Freire accuse une mortalité de 1,6 p. 100 pour les sujets vaccinés, et de 13,7 p. 100 pour les sujets non vaccinés.

Dans une lettre datée du 6 octobre, adressée par Freire au docteur Issatier, l'auteur déclare que la fièvre jaune a déjà fait 300 victimes parmi les individus non vaccinés, tandis qu'elle n'a encore tué personne sur un nombre de 5,000 personnes vaccinées.

L. Dn.

De l'influence des amers sur la digestion, par Tschelzoff. — Cet expérimentateur a étudié l'action de ces substances sur la digestion gastrique, la digestion pancréatique, la sécrétion biliaire, la fermentation et la putréfaction.

A petites doses, ils arrêtent la digestion stomacale, et diminuent la production des peptones formées aux dépens de l'albumine. A doses élevées, ils suspendent la sécrétion du suc gastrique et affaiblissent son pouvoir digestif.

Les amers ne modifient pas la sécrétion du pancréas, mais ralentissent la digestion pancréatique. Parmi eux, l'absinthe, le ményanthe et la cétrarine à doses élevées augmentent la sécrétion biliaire, mais les extraits de colombo et de quassia ne la modifient pas.

D'autre part, ils activent la fermentation en raison directe de la quantité ingérée. Ce sont surtout les extraits de gentiane et de cascarille qui possèdent cette propriété. Par contre les extraits de quassia, de colombo, d'absinthe et de ményanthe ne possèdent pas cette vertu.

Ce n'est pas tout, M. Tschelzoff a voulu connaître leur action sur la production de l'azote. Ce corps l'augmente en qualité et la désassimilation est plus prompte après l'ingestion de l'extrait d'absinthe. Il est diminué dans les urines après l'ingestion des extraits de ményanthe et de quassia ; mais il est éliminé plus abondamment dans les matières fécales en raison du ralentissement de l'absorption intestinale.

Ces conclusions confirment en partie les travaux de Engel et de Buckheim. Elles démontrent l'impuissance des amers dans les phénomènes de la peptonisation et leur action pour favoriser les fermentations. Sur ce point elles sont en désaccord avec les résultats obtenus par ces deux derniers observateurs. (*Centralb. für die medicin Wissensch*, juin 1886.) — C. L. D.

De l'action et des propriétés physiologiques de la benzoyl-ecgonine, par Ralph. Stockman. — Dans le but de fixer les propriétés physiologiques de cette substance cet observateur l'a injectée sous la peau de la grenouille à faibles doses de un dixième à un tiers de grain. Après une heure environ, parfois après un temps plus court, la motilité s'affaiblit et la pupille se dilate. De la dix-huitième à la vingt-quatrième heure les réflexes sont exagérés et la moindre excitation provoque des spasmes tétaniformes.

Cet état peut persister pendant plusieurs jours, que l'animal succombe ou non et suivant les doses introduites sous la peau. Unefaible quantité de benzoyl-ecgonine augmente l'impulsion du cœur ; une dose élevée provoque l'arythmie et l'arrêt de cet organe en diastole. M. Stockman n'a pas noté l'état des vaisseaux.

Son action sur les centres nerveux paraît comparable à celle de la strychnine. Tandis que l'excitabilité réflexe est exagérée, la sensibilité et les nerfs moteurs ne seraient pas modifiés. Par contre, ce corps modifie la contractilité musculaire à la manière de la caféine, il serait donc du groupe des poisons musculaires.

Les expériences sur les mammifères ont été peu nombreuses : le lapin n'a pas été affecté par une dose de 24 grains qui, sur le chat, provoquait des vomissements, de la

diarrhée, de la dilatation pupillaire, des convulsions tétaniformes, le resserrement des parois intestinales, la diastole cardiaque et la mort par épuisement.

M. Stockman compare ces phénomènes à ceux de l'empoisonnement par la caféine et de la cocaïne ; mais ils diffèrent de ce dernier par l'absence de paralysie de la sensibilité. Ces différences physiologiques correspondent donc à la différence de composition chimique, car l'une contient en moins un équivalent de groupe méthylique CH3.

Ces recherches ont une réelle importance au point de vue de la théorie et de l'action physiologique de ces diverses substances (*Pharm. Journal and Trans*, 24 avril 1886.)

C. L. D.

Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de formamide de mercure, par Carl Kopp. — 126 syphilitiques furent soumis à ce traitement et reçurent chacun 25 injections hypodermiques contenant chacune 1 centigramme de formamide de mercure. Dans 53 cas, les accidents étaient primitifs ; dans 71 cas, secondaires et, dans 2 cas, tertiaires.

92 fois on obtint la guérison ; 11 fois les symptômes persistèrent et 13 fois on dut remplacer le traitement par une autre méthode. Enfin, 10 malades quittèrent l'hôpital avant la fin du traitement.

C'est surtout contre les accidents primitifs de gravité moyenne et, en particulier, contre la syphilis des muqueuses, que ce médicament a rendu des services. Ces injections sont alors préférables aux injections de sublimé corrosif à cause de leur faible action locale ; d'autre part, la rapide élimination de ce médicament serait un inconvénient, d'après M. Kopp, car elle paraît en atténuer l'efficacité. Dans les formes graves, et quand il existe de larges syphilides et des infiltrations profondes, il faut lui substituer d'autres médications mercurielles, et de préférence les onctions hydrargyriques. Enfin, le formamide de mercure serait sans valeur thérapeutique pour combattre les accidents tertiaires et pour prévenir le retour des manifestations morbides. (*Viertely f. Derm. and Syph.*, 1886, n° 1.) — C. L. D.

De l'influence des hautes altitudes sur la fréquence des névroses, par Dana. — Dans cette note, notre confrère de New-York expose les résultats de l'enquête qui a été faite par les médecins exerçant dans les montagnes du Colorado. Ils s'accordent unanimement à regarder la chorée comme plus fréquente dans cette contrée que sous des climats d'altitude moins grande et à considérer les hautes altitudes comme préjudiciables aux névropathes. Par contre, le séjour sur les hauts plateaux n'exerce aucune influence sur la fréquence de l'épilepsie, et peut être utile contre la débilité et les troubles par ralentissement de la nutrition.

Ils ne modifient pas la marche des maladies de la moelle, mais ont quelquefois l'inconvénient de provoquer l'anémie, la mélancolie et le développement de la neurasthénie. M. Dana leur fait jouer aussi un rôle dans l'étiologie de l'arthritisme. C'est ainsi qu'on peut, sans doute, interpréter leur intervention dans la pathogénie de la neurasthénie. (*Boston med. and surg. Journal*, 27 mai 1886, p. 492.) — C. L. D.

De l'apocynum cannabicum contre les hydropisies par Smith. — Cette substance donnerait des succès, comme diurétique, contre les anasarques, les ascites et l'œdème du poumon accompagné de dyspnée et de cyanose. L'urine augmente en quantité dans la proportion de 1 à 3, après son administration. On l'a employé pour provoquer la diurèse dans les cas d'anurie avec accidents urémiques. (*The Lancet*, mars 1886, p. 508.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Les lésions cardio-artérielles graves sont souvent compatibles avec une santé suffisante. M. Vinay a voulu le prouver en donnant lecture à ses collègues d'une obser-

©BIU Santé

vation d'*athérome artériel avec rétrécissement aortique extrême, rétrécissement annulaire de l'orifice mitral et hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche.* L'orifice aortique était réduit à une étroite fente de 2 à 3 millimètres sur 14 à 15 de longueur, et cette lésion, comme les autres, remontait à de longues années. Deux mois seulement avant sa mort, le malade présentait les premières manifestations de l'asystolie. M. Vinay remarque, avec raison, que cette longue tolérance s'observe dans les cardiopathies artérielles plutôt que dans les cardiopathies rhumatismales, quand la musculature du cœur est intacte et son irrigation sanguine suffisante. Ce fait justifie donc une fois de plus les efforts des cliniciens pour établir, dans le pronostic et le traitement, une différence entre les unes et les autres de ces cardiopathies.

Le *traitement de l'anthrax*, par la méthode antiseptique, a été l'objet d'une note de M. D. Mollière. S'inspirant des études récentes sur le microbe du furoncle et celui de l'ostéomyélite infectieuse, notre confrère lyonnais a soumis un malade atteint d'un anthrax de la lèvre supérieure, au jet d'une solution de sublimé au millième. Après l'extraction du bourbillon par expression, il a recouvert la surface de la tumeur d'une pâte composée d'eau et d'acide borique. Le lendemain, il pouvait exprimer à nouveau la tumeur sans douleur, et, en huit jours, il obtenait une guérison définitive.

La note qui suit touche à une autre question non moins actuelle : celle des localisations cérébrales. Le malade avait succombé aux suites d'une *hémiplégie droite avec déviation conjuguée du côté gauche.* M. Perret remarque le siège de l'hémorrhagie dans les couches motrices corticales du cerveau, où elle avait détruit les deux tiers de la circonvolution frontale descendante, et le pied de la deuxième circonvolution frontale. Cette lésion correspond, par conséquent au centre dans lequel Terrier place les mouvements conjugués des yeux.

Une pièce anatomique a été présenté par M. Mayet; c'est un cœur et une aorte affectés de *dilatation anévrysmale par endartérite athéromateuse.* En comprimant le tronc et les branches de l'artère pulmonaire, cette tumeur avait provoqué la dilatation du cœur droit et, de plus, avait distendu le pneumo-gastrique gauche, provoquant ainsi le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes.

Une observation de M. Désir de Fortunet a aussi pour objet une *tumeur anévrysmale de l'aorte* comprimant la trachée, mais sans intéresser le nerf récurrent. La trachéotomie fut pratiquée et l'introduction d'une canule soulagea la malade; mais elle succomba quelques jours après avec des phénomènes d'asphyxie, causés par l'obstruction de la trachée.

Le malade que présente M. Marc Mathieu est atteint simultanément de diverses formes de *lupus érythémateux de la face*, dans l'évolution duquel la rougeole aurait paru jouer un rôle important.

Enfin, signalons une discussion sur le *traitement de la scarlatine par les bains froids*, M. H. Mollière et M. Frantz Glénard y ont soutenu la cause de l'hydrothérapie antithermique, et ce dernier observateur, généralisant la doctrine dont il est l'éloquent avocat, déclare que la fièvre est actuellement le symptôme capital à combattre dans toutes les fièvres infectieuses, « le seul symptôme contre lequel nous soyons bien armés ».

Quand la température ne dépasse pas 41 degrés et que tout symptôme grave fait défaut, l'expectation est indiquée. Si la colonne thermométrique s'élève plus haut après trente-six ou quarante-huit heures, ou qu'on observe des phénomènes ataxiques et comateux, il lui paraît nécessaire de recourir aux bains froids et de les multiplier, en raison de la gravité et de l'intensité des accidents, lorsqu'on aura éprouvé sans succès les procédés de réfrigération moins violents; lotions, compresses et drap mouillé. Les succès de M. H. Mollière sont des arguments que M. Glénard invoque à bon droit en faveur de cette méthode.

Dans le domaine chirurgical, le *redressement de l'ankylose coxo-fémorale* préoccupe toujours les chirurgiens lyonnais. M. Robin a exposé une méthode nouvelle, dont le principe consiste à faire, sans toucher à la hanche, une fracture sous-trochantérienne sous-périostée du fémur. A l'appui de ses conclusions, il présentait un malade traité avec succès par ce procédé.

M. Albertin, interne de M. Poncet, a fait connaître un cas de *maladie kystique de la*

mamelle. Cette communication a été l'origine d'une discussion entre MM. Poncet, H. Mollière et Chandelux; débat dans lequel l'avant-dernier de ces observateurs a déclaré qu'on pourrait regarder cette affection comme parasitaire. Il conclut à l'utilité d'étudier les liquides au point de vue microbique.

Une opération de *kyste de l'ovaire* a motivé une communication de M. Chandelux qui s'efforce d'établir l'inutilité du drainage. Pour être efficace, ce dernier devrait produire l'étanchement parfait des liquides, et, pour être exempt d'inconvénients, présenter une asepticité absolue.

Une *hernie crurale étranglée sans tumeur apparente* conduit M. Poncet à formuler cette conclusion que, chez un sujet porteur d'une hernie, la kélotomie est toujours indiquée s'il existe des accidents d'occlusion intestinale, même en l'absence simultanée de signes d'étranglement. L'insuccès des kélotomies n'a, dit-il, d'autres causes que la date de l'étranglement et les lésions intestinales consécutives.

A propos de la présentation d'un *testicule tuberculeux* par M. Giraud, son interne, M. Chandelux rappelle les différences cliniques des fongus testiculaires : fongus superficiel, fongus du parenchyme et fongus épididymaire. De plus, il considère la castration comme une opération légitime, malgré la gravité de l'état général du malade pour supprimer un foyer de suppuration et faire disparaître des saillies fongueuses très douloureuses.

Une question d'ophthalmologie et d'hygiène oculaire, le *pronostic du daltonisme*, a été traitée par M. Fabre, qui, comme moyen préventif, recommande d'organiser des exercices méthodiques sur les couleurs dans les écoles primaires.

Parmi les autres communications fort nombreuses qui figurent dans le compte rendu des séances de ce trimestre, il faut encore mentionner la présentation par M. Blanc d'un *sarcome du poumon* diagnostiqué pendant la vie; — par M. Chapotot, d'un malade atteint de *kyste branchial* siégeant au-dessus du pavillon de l'oreille droite; — par M. Vallos, de *polypes muqueux des fosses nasales* opérés par M. Perret; — et enfin par M. Bertoye, des pièces anatomiques d'un *cancer du pylore* pour lequel on a pratiqué la *gastrotomie et la dilatation digitale*. — C. L. D.

FORMULAIRE

Poudre dentifrice contre la stomatite mercurielle.

Chlorate de potasse porphyrisé	25 grammes.
Quinquina pulv	10 —
Cachou pulv	10 —
Tannin pulv	1 gramme.
Craie préparée	10 grammes.
Essence de menthe	5 gouttes.

Mêlez. — Pour une poudre avec laquelle on frotte, matin et soir, les dents et les gencives, dans les cas où l'on pratique des frictions d'onguent mercuriel, pour combattre des accidents syphilitiques. On rince la bouche avec soin, après chaque repas. Grâce à l'emploi de ces moyens, on réussit souvent à prévenir le développement de la stomatite mercurielle. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans notre numéro du 26 août, p. 335 (élection d'un correspondant étranger à l'Académie de médecine), au lieu de : Batteman (de New-York), il faut lire : Bateman, de Norwich (Angleterre).

Faculté de médecine de Paris. — MM. les docteurs Boiffin et Hartmann sont nommés pour quatre ans prosecteurs, en remplacement de MM. Castex et Ramonède, dont le temps d'exercice est expiré.

©BIU Santé

M. le docteur Lejars est chargé, du 1er octobre 1886 au 30 septembre 1887, des fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Barette, appelé à d'autres fonctions.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Boinet, membre honoraire de la Société de chirurgie, officier de la Légion d'honneur, décédé le 31 août à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

Congrès international d'hygiène de Vienne en 1887. — Le bureau du comité d'organisation du 6e Congrès international d'hygiène et de démographie, qui doit avoir lieu l'année prochaine à Vienne, est compôsé comme suit : Président: M. Schneider, conseiller aulique ; MM. les professeurs Ludwig, von Gruber, Weichselbaum (de Vienne), Soyka (de Prague), M. Gruber (de Gratz) et M. le docent Kratschmer (de Vienne). (*Revue d'hygiène.*)

Information des cas de fièvre puerpérale a berlin. — Le directeur de la police à Berlin vient de prendre un arrêté par lequel les médecins sont obligés de donner avis par écrit à la commission sanitaire, 24 heures au plus après avoir constaté la maladie, de chaque cas de fièvre puerpérale suivi ou non de mort, en indiquant la sage-femme qui a pris part à l'accouchement. (*Revue d'hygiène*).

Bulletin bibliographique.

Congrès français de chirurgie (1re session), Paris 1885, président M. U. Trélat, procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le docteur Pozzi secrétaire général. 1 fort vol. grand in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 14 fr.

Le premier Congrès français de chirurgie, tenu du 6 au 11 avril 1885, comprenait deux ordres de travaux distincts. Les séances du matin étaient consacrées à cinq sujets importants, mis à l'ordre du jour du congrès, savoir : *l'étiologie* et *la pathogénie* des *infections chirurgicales*, des *indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale ; des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée ; cure des abcès froids ; des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.* Ces questions ont donné lieu à des communications et à des discussions très approfondies. Les séances du soir étaient réservées aux autres travaux apportés par les membres du Congrès. — C'est ainsi que 90 communications sur tous les sujets intéressant les chirurgiens sont insérées dans ce volume, et attestent la haute valeur de la chirurgie française.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par S. Baudry, professeur agrégé, etc. Premier fascicule. 1 vol. in-8°, avec 29 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement, par le docteur Boucomont. In 8°. — Prix : 1 fr 25.

Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque, et de l'influence des fleurs de genêt comme diurétique, par L. Legris. In-8°. — Prix : 3 fr.

Des septicémies gangréneuses, par le docteur Sorgue. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Tumeurs du mésentère, par le docteur Augagneur, chirurgien en chef de l'Antiquaille, etc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Ces cinq ouvrages se trouvent, à Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Richet : Ectropion cicatriciel de la paupière supérieure droite. — Blépharorrhaphie. — Guérison. — II. De Valcourt : Bec-de-lièvre double. — Opération en deux parties, à deux ans d'intervalle. — Guérison. — III. Revue des Journaux : De la fièvre jaune et de son traitement. — Observation de sangsue implantée dans l'arrière-gorge. — Psoriasis survenu à la suite de frayeur et d'émotion morale. — Un cas d'épilepsie réflexe causée par des larves de mouche. — De l'anesthésie au moyen de l'éther chauffé. — Des injections hypodermiques d'hyoscyamine contre le « delirium tremens ». — IV. Sociétés médicales des départements : Société nationale de médecine de Lyon (2e trim. 1886). — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Bulletin bibliographique. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôtel-Dieu. — Service de M. le professeur Richet.

Ectropion cicatriciel de la paupière supérieure droite. — Blépharorrhaphie. — Guérison.

Augustine B..., 28 ans, se présente à l'hôpital pour un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure du côté droit. Dès sa naissance, elle fut sujette à de violentes crises nerveuses, mal déterminées, mais qui ne s'accompagnèrent ni de morsures de la langue ni de perte de sang par la bouche. Depuis l'âge de 10 ans 1/2, époque de sa première menstruation, ces accidents disparurent complètement.

Au mois de mars dernier, notre malade, éprouvant de violents maux de tête, voulut prendre un bain de pied. Prise d'un étourdissement subit, elle tomba dans le feu : La paupière, dit-elle, aurait porté sur le bord d'une coquille à coke; il en serait résulté une brûlure profonde de tous les tissus de cette paupière compris entre le bord inférieur du sourcil et le bord ciliaire ; mais cette brûlure ne s'est étendue ni aux cheveux ni à la région adjacente du front.

Il est probable qu'une eschare s'est détachée, et que c'est au tissu cicatriciel qui s'est produit au niveau de la perte de substance qu'il faut attribuer la rétraction du bord ciliaire vers le sourcil, rétraction qui a amené un mélange des cils avec les poils du sourcil. Les suites de cette lésion sont intéressantes à analyser.

D'abord, la paupière supérieure est retournée, la face muqueuse en dehors; on voit la muqueuse palpébrale rouge, constituant cette difformité horrible de l'ectropion cicatriciel; par suite, le globe de l'œil est à découvert, mais n'a pas souffert encore parce qu'il s'abrite sous ce repli muqueux.

La peau du front se trouve également attirée par en bas sous l'influence de l'attraction dans ce sens du tissu inodulaire; il en résulte que le sourcil du côté correspondant occupe un plan sensiblement inférieur à celui du sourcil opposé, d'où une asymétrie de la face qui donne à la malade un aspect des plus bizarres.

Si maintenant on examine le tissu de cicatrice qui rapproche le sourcil du bord ciliaire, on constate qu'il est épais, dur, profond et qu'il s'étend bien au delà du bord palpébral qu'il dépasse en dedans et en dehors, circonstance importante à spécifier; car il sera dès lors nécessaire, non pas seulement de la diviser pour séparer les cils du sourcil, mais d'en faire l'abrasion.

Sans cette précaution, un échec serait certain, les lambeaux ne pouvant que très difficilement se greffer sur du tissu de cicatrice.

©BIU Santé

Le traitement de l'ectropion est exclusivement chirurgical, et est d'autant plus intéressant à bien connaître que les affections sont nombreuses qui y donnent naissance. C'est ainsi qu'on le voit apparaître à la suite de toute perte de substance, soit traumatique, soit accidentelle, particulièrement des contusions violentes avec plaie, de la pustule maligne, traitée ou non par la cautérisation, des abcès de la paupière consécutifs aux érysipèles de la face. De toutes ces variétés, l'ectropion par brûlure est, de beaucoup, la plus grave, en raison de la production plus abondante de tissu cicatriciel.

Le traitement a subi deux phases bien distinctes.

Avant que la blépharorrhaphie ne fût en effet entrée dans la pratique, on procédait de la façon suivante : on détachait le bord libre pour l'abaisser et y interposer un lambeau. Les résultats obtenus étaient détestables. En effet, la rétraction du lambeau interposé n'ayant point de contre-poids, celle-ci s'exerçait dans deux sens différents, d'une part, du sommet vers la base, et d'autre part du bord ciliaire vers le bord frontal.

Le lambeau non seulement diminuait de longueur, mais encore se raccourcissait au point de prendre une forme gibbeuse des plus disgracieuses.

Mirault, en imaginant la blépharorrhaphie, c'est-à-dire la soudure des deux paupières fit faire un pas sérieux à la thérapeutique de cette affection. En effet, la soudure effectuée, la rétraction en largeur n'est plus à craindre, le lambeau reste étalé largement sur le globe de l'œil, surtout si l'on prend la précaution de ne rétablir la fente palpébrale qu'après un temps très long et par degrés.

Le résultat est d'ailleurs si beau qu'on crut au début pouvoir se passer du lambeau, et de fait, on réussit parfois, mais dans les cas d'abcès : il est évident que l'échec serait certain dans les cas de brûlure pour des raisons déjà indiquées.

Dans le cas actuel, il sera nécessaire de pratiquer l'opération de la façon suivante : 1° avivement des paupières, 2° division du tissu inodulaire, 3° soudure des paupières (blépharorrhaphie), 4° ablation ou abrasion du tissu inodulaire et étalement de la paupière.

C'est alors seulement que l'on pourra facilement juger de l'étendue à combler.

On remplira dès lors cette indication en prenant un lambeau et en l'appliquant sur cette surface.

Autrefois il n'existait pas de règle au sujet du lieu où il convient de prendre le lambeau.

Or, j'ai depuis longtemps formulé à ce sujet, devant la Société de chirurgie, un principe d'une intéressante application.

Il faut tailler le lambeau de telle façon que sa rétraction fatale du sommet vers la base, aide au but qu'on se propose. Dans le cas particulier dont il s'agit, il convient donc que la base du lambeau se trouve au-dessous de la commissure externe. Il est évident, d'après cela, que s'il s'agissait de réparer un ectropion de la paupière inférieure, il conviendrait d'avoir un lambeau à base supérieure.

Dans ces conditions, la rétraction agit dans le même sens que la blépharorrhaphie, c'est-à-dire en exagérant continuellement son étalement au devant du globe de l'œil.

Il est encore un autre résultat à signaler en terminant.

Dans le cas du lambeau à base inférieure, il existe en haut, au-dessus

du sourcil, une perte de substance en rapport avec les dimensions du lambeau. Cette perte de substance est utile, car le tissu inodulaire qui s'y forme tend à remonter le sourcil et à corriger cette asymétrie qui constitue un facteur important à envisager dans le traitement de l'ectropion.

NOTA. — Le résultat opératoire a été de tout point excellent. Le sourcil s'est relevé de façon à faire disparaître cette asymétrie disgracieuse dont il a été parlé plus haut. Le lambeau est large et bien étoffé, et quand la malade ferme les yeux, il est difficile de voir de quel côté a été faite l'opération.

Bec-de-lièvre double. — Opération en deux parties, à deux ans d'intervalle. — Guérison

Par M. le docteur DE VALCOURT.

(*Société de chirurgie, 21 juillet 1886.*)

M. Richelot fait un rapport oral sur cette observation et conclut à l'insertion dans les *Bulletins*.

OBSERVATION. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie la photographie d'une petite fille opérée d'un double bec-de-lièvre avec succès, par un procédé non classique.

Il s'agit de l'enfant d'un facteur des postes, demeurant à Cannes. Elle est née en décembre 1882. Les parents sont sains, l'enfant bien constituée, sauf en ce qui concerne la lèvre supérieure, laquelle est le siège d'un double bec-de-lièvre.

La lèvre supérieure n'existe pour ainsi dire pas ; à partir des commissures et des deux côtés, la lèvre remonte jusque dans l'une ou l'autre narine ; au-dessous de la cloison nasale, on voit un tout petit pédicule, de la grandeur de la luette d'un enfant nouveau-né. Lorsque la petite fille crie, ce petit pédicule se redresse de façon à rendre la physionomie tout particulièrement hideuse ; les narines sont évasées par le fait de la traction de ce qui devrait être les lèvres. La gencive et le maxillaire en avant sont tout à fait à découvert. En résumé, la lèvre supérieure présentait exactement la forme et l'évasement des piliers pharyngiens et de la luette. Aucune malformation du tissu osseux.

Que fallait-il faire en pareille occurrence ? Réséquer le lobule médian et réunir par autoplastie ? Mais dans ce cas il eût fallu prendre très loin les lambeaux sur les joues et pratiquer une telle tension que la réunion en eût été fortement compromise.

Prendre deux petits lambeaux sur le lobule et le reste sur les joues ? Mais le lobule était si petit qu'en le divisant en deux sections il n'en fût resté pour ainsi dire plus rien ; en outre, les narines, très dilatées, eussent rendu la réunion très difficile, même en transfixant la base des narines.

Ou bien était-il préférable de diviser l'opération en plusieurs temps ? C'est à ce dernier parti que j'ai donné la préférence.

La première opération, en date du 27 avril 1883, consista à réunir la division du côté gauche en faisant une incision en V renversé, par le procédé Mirault (d'Angers), modifié par Nélaton. La réunion, obtenue assez rapidement par première intention, devint très solide et fort peu apparente.

Dans une seconde séance (21 mai suivant), la division du côté droit fut réunie par le même procédé, l'incision nouvelle sur le lobule eut lieu tout contre l'incision cicatrisée de la première opération. Néanmoins, la réunion par première intention put être obtenue après avoir eu soin d'employer le traitement antiseptique et de recouvrir les épingles de collodion iodoformé et de baudruche. Le collodion et la baudruche furent renouvelés et maintenus au moment où les épingles furent enlevées.

Par cette opération, pratiquée comme on le voit en deux séances rapprochées, le pédicule se trouvait faire corps avec les parties voisines. Le bec-de-lièvre était donc

©BIU Santé

guéri dans sa partie nasale et supérieure, mais le maxillaire restait encore à découvert en grande partie. L'enfant fut laissée en cet état pendant deux ans.

Cette période permit au pédicule, originairement si grêle, d'acquérir en largeur une étendue quadruple, grâce à la tension des parties voisines, et c'est sur ce point que je me permets d'attirer l'attention de la Société. Non seulement la réunion du lobule et des parties voisines, à droite et à gauche, était obtenue, mais le tiers de la lèvre supérieure était reconstitué et l'écartement des deux tiers inférieurs se trouvait diminué.

C'est dans ces conditions qu'une troisième séance, constituant la seconde phase de l'opération, eut lieu le 28 avril 1885. Elle comporta l'avivement du bord libre du pédicule et une autoplastie à droite et à gauche. La réunion par première intention fut également obtenue, et la photographie de l'enfant, tirée en janvier 1886, prouve que le résultat a été aussi satisfaisant que possible.

En résumé, la particularité de ce cas de bec-de-lièvre double consiste en ceci :

1° Conservation du lobule, malgré sa ténuité ;

2° Accroissement considérable dudit lobule après la première phase de l'opération ;

3° Autoplastie effectuée deux ans après, amenant la restauration parfaite de la lèvre.

REVUE DES JOURNAUX

De la fièvre jaune et de son traitement, par Cerecedo (de Porto-Rico). — La théorie parasitaire de M. Domingo Freire a inspiré ce mémoire, où l'auteur entend — l'intention est bonne — établir la thérapeutique du vomito d'après l'évolution même du cryptococcus.

La première phase de la maladie que caractérisent l'intensité de la fièvre, la céphalalgie, l'épigastralgie, les douleurs de reins, les arthralgies, la congestion faciale, l'albuminurie et les vomissements, correspondrait à l'invasion des globules sanguins par le microbe et à leur destruction. Pendant la deuxième période où il existe de l'ictère, des vomissements noirs, de l'anurie, des hémorrhagies et des phénomènes ataxo-adynamiques, les échanges interstitiels sont diminués en raison du faible pouvoir oxydant des globules.

Il peut survenir alors une phase d'arrêt dans la marche des symptômes, et cette phase correspond à une suspension dans l'évolution du parasite. Celui-ci se multipliant de nouveau, les accidents se renouvelleront avec intensité, et la maladie continuera de s'aggraver.

Dans les formes foudroyantes, on n'observe qu'une seule période. Le nombre des microbes est considérable et la destruction des globules rouges est totale.

M. Cerecedo n'admet pas l'immunité des individus acclimatés et déclare que les indigènes de Porto-Rico sont atteints au même titre que les Européens. Les habitants de cette île emploient traditionnellement et avec quelques succès le traitement par les émétiques, les purgatifs, les évacuants et les sudorifiques. La quinine, par son action, permet de juger le diagnostic; mais M. Cerecedo paraît attribuer des succès à la médication salicylée suivant les prescriptions formulées par Domingo Freire, Traxeira et Granizo. Ce traitement diminuerait la mortalité dans la proportion de 15 à 6 p. 100. L'administration de l'acide salicylique commence vers le troisième jour. On l'accompagne de sudorifiques et de lavements, et on la fait précéder par des éméto-cathartiques. Enfin, comme boisson, il recommande la limonade glacée, que le malade peut boire à volonté. Cette tisane possède une réputation populaire et rend des services que l'auteur attribue à son acidité et à la nécessité pour le microbe de se développer dans un milieu alcalin ou neutre.

Quant aux inoculations préventives, il est loin de leur faire jouer un rôle prophylactique puissant. En tous cas, il réserve tout jugement définitif sur leur valeur. (*El Siglo Medico*, 9 mai 1886.) — C. L. D.

Observation de sangsue implantée dans l'arrière-gorge, par Cortial. — Le malade se présentait comme atteint de crachement de sang mais sans lésions pulmo-

naires apparentes. L'examen de l'arrière-gorge fut négatif, le malade déclarant ne pas avoir fait usage d'eau de ruisseaux, mais seulement d'eau filtrée. Notre confrère ne pouvant opérer l'extraction du parasite dont il soupçonnait l'existence, fit pratiquer deux fois par jour une pulvérisation avec une solution aqueuse de chlorate de potasse. Ce traitement fut appliqué trois fois, et après la troisième pulvérisation, le malade expulsa la sangsue dans un effort de toux. M. Cortial avait prescrit ce traitement pour répondre à deux indications possibles : sangsue ou rupture vasculaire. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1er août 1886, p. 143.) — C. L. D.

Psoriasis survenu à la suite de frayeur et d'émotion morale, par M. Heulz. — Les quatre cas qui motivent cette note ont été observés dans le service de M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Le premier est celui d'une femme qui, saisie de terreur à la vue d'un cadavre dont on venait de faire l'autopsie, était, huit jours après, atteinte d'une éruption de psoriasis généralisée. Elle guérit par l'application de traumaticine à l'acide chrysophanique.

Le second malade a été atteint de psoriasis après une chute de cheval au milieu d'une charge de cavalerie, et à la suite de l'émotion que lui causa cet accident.

Chez le troisième, la dermatose apparut après une vive frayeur qui fut causée par la menace d'être fusillé. Cette poussée guérit; mais, depuis, il a été atteint d'une nouvelle éruption après un grand chagrin.

Le quatrième malade a éprouvé une vive émotion à la vue d'un accident dont un de ses amis était victime.

Une poussée de psoriasis se manifesta et guérit par l'huile de cade et le traitement arsenical. Dix-sept ans après, une nouvelle poussée survint à la suite du chagrin que lui causait la perte subite de toutes ses économies.

A ces observations, M. Heulz ajoute celle d'une femme qui fut atteinte de deux éruptions de psoriasis causées toutes deux par de grandes peines. Ces cas rentrent donc dans la catégorie des psoriasis causés par la frayeur et par le chagrin, et dont M. Hardy a depuis longtemps signalé l'existence. (*Annales de dermatologie et de syphiliographie*, 25 juin 1886, p. 350.) — C. L. D.

Un cas d'épilepsie réflexe causée par des larves de mouche, par Krause. — Le malade eut une attaque typique d'épilepsie dont il était impossible de trouver l'origine ni dans ses habitudes, ni dans ses antécédents héréditaires. Sous l'influence d'un purgatif, il expulsa un grand nombre de larves de *Musca vomitoria* et d'*Anthomyx canicularis*. On en compta un millier dans les fèces, et leur expulsion fut suivie de la disparition de la dyspnée et de l'anxiété qu'il accusait. Aucune attaque d'épilepsie ne fut observée depuis cette époque.

M. Krause n'a pu, ajoute-t-il, trouver aucun cas semblable dans la littérature médicale, bien que les observations d'épilepsie réflexe par des parasites intestinaux ne soient pas rares. (*Deutsche med. Wochens*, 1886, 29 avril.) — C. L. D.

De l'anesthésie au moyen de l'éther chauffé, par W. Hobb. — En plongeant dans un bain-marie le récipient d'un inhalateur spécial, cet observateur a pu administrer l'éther à une température plus élevée que celle du milieu extérieur et en mélange avec l'air atmosphérique. Dans ces conditions, l'anesthésie se produit plus rapidement. D'après M. Taylor, qui a employé cette méthode dans une vingtaine de cas, la cessation des phénomènes anesthésiques serait aussi plus rapide et les malades en éprouveraient moins d'inconvénients. (*The Cincinnati Lancet-Clinic*, 18 mai 1886.) — C. L. D.

Des injections hypodermiques d'hyoscyamine contre le « delirium tremens », par F. Tepton. — Cet observateur en a obtenu, dit-il, des résultats thérapeutiques heureux dans la plupart des cas de *delirium tremens*, où l'emploi du chloral et des bromures avait échoué. La dose qu'il administrait s'élevait à 3 milligrammes d'hyoscyamine de Merck, et la formule qu'il a adoptée a été donnée par M. P. Bryce, médecin de l'asile des aliénés de l'Etat d'Alabama. Elle consiste à dissoudre l'hyoscyamine dans un mélange à parties égales d'eau et d'alcool. (*The New-York med. Record.*, 3 juillet 1886.)

C. L. D.

©BIU Santé

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Il y a longtemps que les travaux de M. Chassagny sont appréciés des accoucheurs et des gynécologistes. Néanmoins notre confrère demeure toujours sur la brèche : témoin sa lecture *sur le traitement palliatif et curatif du prolapsus utérin et de la cystocèle* par un ingénieux appareil dont il est l'inventeur. Cet instrument aurait sur les pessaires l'avantage de guérir les chutes utérines, de réduire l'hypertrophie du col et de maintenir fixement l'utérus.

Une autre communication d'ordre obstétrical a été faite par M. Marduel à propos de l'*accouchement mode primipare chez certaines secondipares*, c'est-à-dire du retard observé durant le dernier temps de l'accouchement au moment de la distension périnéo-vulvaire.

M. Marduel considère ce phénomène comme plus particulier aux femmes dont le premier accouchement a été terminé par le forceps et dont le périnée et la vulve n'ont pas subi une ampliation physiologique lente et graduelle. M. Bouchacourt l'attribue plutôt à l'âge des parturientes et à la résistance des tissus, tandis que M. Chassagny se demande s'il ne serait pas le fait de cicatrices datant du premier accouchement.

Le *traitement de l'anémie par l'injection d'eau salée dans les veines* est l'une des plus nouvelles parmi les médications de cet état morbide. M. Lépine a eu l'occasion d'en observer un cas dont il a retracé l'histoire à ses collègues. Sous l'influence de ces injections, il a constaté par l'examen du sang l'augmentation des globules rouges et, par conséquent, l'efficacité de cette méthode thérapeutique.

Si les travaux de clinique médicale ont été rares pendant ce trimestre, l'hygiène publique a, par contre, tenu large place dans les discussions de ce corps savant. Deux questions importantes pour la salubrité de la ville de Lyon ont, en effet, été agitées ; l'une relative à l'*hygiène hospitalière obstétricale*, l'autre aux *eaux potables*.

Dans la première, on a invoqué l'exemple des services d'accouchement parisiens et cité les améliorations heureuses dont ils ont été l'objet. Fort de cet enseignement, les accoucheurs lyonnais demandent aux pouvoirs municipaux de s'en inspirer. La seconde a été pour les adversaires du tout à l'égout l'occasion de se mesurer avec les partisans de ce système. Tous sont d'ailleurs d'accord pour recommander l'augmentation des distributions d'eau et pour regarder ces dernières comme le principal facteur de l'hygiène urbaine. On le voit, à Lyon comme à Paris, les questions d'hygiène se présentent avec la même urgence, mais à Lyon et non pas à Paris, les municipalités s'adressent volontiers aux Sociétés médicales pour demander un avis. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 septembre. — Présidence de M. Sappey.

M. Gallard offre en hommage le volume qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Pathologie des ovaires; leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles*, recueillies par M. le docteur André Petit, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine.

M. Dujardin-Beaumetz dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Hommage à M. Chevreul à l'occasion de son centenaire.*

M. Joannès Chatin met sous les yeux de ses collègues des larves de *Sarcophaga fusca* rendues par un malade atteint de troubles gastriques.

M. Larrey offre en hommage : 1° de la part de M. Brassac, médecin en chef de la marine, l'article *Les éléphantiasis*, éléphantiasis des Grecs, ou lèpre, *éléphantiasis des*

Arabes (extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales); — 2° de la part de M. le docteur Gori (d'Amsterdam), deux brochures : l'une sur le transport des malades et des blessés; l'autre sur le perfectionnement des projectiles de guerre.

M. Ball fait la communication suivante sur la responsabilité partielle des aliénés :

Le retentissement d'un procès célèbre a ramené l'attention des magistrats, du barreau et des aliénistes sur la question longtemps et vivement controversée de la responsabilité partielle des aliénés.

Le crime mystérieux de Villemonble a eu pour dernière conclusion la condamnation d'Euphrasie Mercier. Les débats ont prouvé que cette femme, dont l'activité, la vie laborieuse et les aptitudes commerciales n'avaient pu la conduire à la fortune, avait tenté d'y parvenir par un crime.

Mais, au cours de l'instruction, des faits intéressants et singuliers ont été mis en lumière. L'état mental d'Euphrasie présentait des singularités qui faisaient douter de sa raison. Il en était de même de son frère et de ses sœurs, impliqués comme complices dans la même accusation. On était en présence, non pas d'une aliénée, mais de toute une famille d'aliénés héréditaires.

Une expertise médico-légale fut confiée à MM. Blanche, Ball et Motet. Une ordonnance de non-lieu fut rendue en faveur de tous les accusés, à l'exception d'Euphrasie Mercier.

Il résulte de l'ensemble des faits relevés dans le procès, que cette femme a fait deux parts de son existence : l'une consacrée aux rêves, l'autre aux réalités. D'une part, le mysticisme poussé jusqu'au délire, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe ; d'autre part, l'esprit de suite, le bon sens, les aptitudes commerciales les plus remarquables. En d'autres termes, elle est atteinte d'un délire parfaitement caractérisé, qui n'a cependant pas troublé son intelligence en ce qui touche à la vie pratique.

Il est impossible de trouver un fait où le problème de la responsabilité partielle des aliénés se pose avec plus de netteté.

Nous voyons en effet, d'une part, un crime commis avec un luxe de précautions savantes et une habileté remarquable, d'autre part un état de folie héréditaire s'étendant à tous les membres d'une même famille, presque sans exception, et présentant les caractères les plus évidents du délire religieux.

Quelle conclusion tirer, au point de vue juridique, de ce bizarre assemblage, où la raison et l'insanité semblent marcher parallèlement, et se prêter en quelque sorte un mutuel appui ?

La cause des aliénés, devant les tribunaux, est plaidée et gagnée depuis longtemps, du moins en principe ; et ce n'est, à coup sûr, pas à nous qu'il appartient de remonter ce courant, qui répond en définitive à l'une des idées les plus justes, à l'un des progrès les plus salutaires des temps modernes. Nous sommes loin de l'époque où un historien célèbre déclarait ouvertement qu'il n'y avait aucun inconvénient à faire périr sur l'échafaud un aliéné dangereux ; on joignait à cette époque le précepte à l'exemple, car le comte Ferrers, aliéné persécuté, fut pendu pour avoir tué d'un coup de pistolet son intendant, qu'il accusait de le voler.

La situation est aujourd'hui bien changée. Sans doute, à toutes les époques, toutes les législations ont admis l'irresponsabilité de l'aliéné ; mais qui ne voit qu'en pratique, il s'agit surtout d'une question de mesure ? Depuis longtemps, les efforts méritoires des aliénistes ont élargi notre domaine, sur le terrain judiciaire ; c'est au prix d'un travail continu, d'une lutte incessante, que les frontières de l'irresponsabilité ont été reculées, et que la protection des malades a fini par atteindre ses limites naturelles. On peut quelquefois se demander si elles ne les a point dépassées.

Mais, dans toutes les questions de cet ordre, la difficulté ne commence que dans le voisinage immédiat de la frontière. Un maniaque, un halluciné, un épileptique, sont, de l'avis de tous, en dehors de la sphère des actions juridiques.

Au contraire, les aliénés, et ils sont nombreux, qui ont conservé une partie souvent considérable de leur fortune intellectuelle, sont gouvernés, dans une certaine mesure, par les même sentiments, les mêmes instincts que les autres hommes ; et c'est pourquoi, dans une certaine mesure, on peut leur appliquer le droit commun.

©BIU Santé

Cette responsabilité partielle ne peut évidemment s'appliquer qu'aux sujets dont l'intelligence, entamée sur un point, conserve sur d'autres son intégrité; et, même en pareil cas, la responsabilité ne s'adresse qu'aux points en dehors de ce délire limité.

Un aliéné s'imagine que son corps est en verre; il est décidément fou; mais il assassine un homme auquel il avait de fortes raisons d'en vouloir, en usant de ruse et d'astuce; il a raisonné à la manière des criminels ordinaires; il mérite de subir les conséquences de ses actes. C'est ainsi qu'en a décidé la jurisprudence anglaise.

Par contre, un persécuté devenu persécuteur, assassine le médecin dans le service duquel il est placé, parce qu'il l'a rangé au nombre de ceux qui conspirent contre lui. Cet homme est irresponsable, parce que le crime dont il s'est rendu coupable est directement en rapport avec le délire dont il est lui-même la première victime. Il était bien réellement en démence au moment de l'action, selon l'expression du Code pénal. C'est ainsi que les tribunaux ont jugé dans le cas si tristement célèbre du capitaine Eymès, malgré l'habileté infernale avec laquelle il avait pris ses mesures pour assassiner le docteur Marchant, de Toulouse.

Ce qui subsistait de l'intelligence de cet aliéné se trouvait mis au service de ses conceptions délirantes, et la volonté se trouvait dominée par cette force irrésistible, qui met toute liberté hors de cause.

Mais c'est à peine si l'on ose aujourd'hui revenir sur une question depuis si longtemps ouverte, et qui a suscité des montagnes de travaux; une question longuement discutée devant les Sociétés savantes par les hommes les plus compétents et profondément étudiée par les jurisconsultes les plus habiles.

Il me sera cependant permis, venant après de si hautes autorités, de faire ressortir deux points d'une grande importance.

En dehors da la criminalité, nul ne songe à contester la responsabilité morale de certains aliénés, surtout si la question est retournée, si je puis ainsi m'exprimer.

Des hommes du plus grand génie, des figures de la plus haute renommée ont présenté des signes non douteux d'aliénation mentale. En a-t-on jamais tiré parti pour diminuer leur mérite ou pour renier la dette de reconnaissance que nous avons contractée à leur égard? Pour avoir traversé une période de folie, Newton n'en a pas moins fondé le système du monde; pour avoir été séquestré momentanément dans une maison de santé, Auguste Comte n'en est pas moins un des plus grands philosophes qui aient jamais existé. Pour avoir été profondément halluciné, Luther n'en a pas moins opéré l'une des révolutions les plus gigantesques des temps modernes. Les visions de Jeanne d'Arc ont-elles empêché l'histoire impartiale de rendre justice à la noblesse de ses sentiments, à l'élévation de son patriotisme et à la grandeur de sa foi?

Si donc les aliénés peuvent mériter, comment peut-on soutenir qu'ils sont incapables de démériter, et que ni le blâme ni le châtiment ne doivent jamais les atteindre? La première de ces deux propositions entraîne logiquement la négation de la seconde.

Il n'y a donc aucune absurdité, comme on l'a prétendu, à reconnaître qu'il existe des aliénés criminels, malgré les critiques adressées à cette expression parfaitement exacte et légitime.

Mais il est un autre point de vue qui ne saurait, je crois, être écarté du débat. Sans vouloir saper en aucune façon les bases traditionnelles du droit, il est permis de constater qu'un travail immense s'est opéré dans les esprits, et que l'axe du monde moral s'est sensiblement déplacé.

A l'antique idée de la responsabilité est venue se substituer la notion plus moderne et plus physiologique des prédispositions individuelles. Si l'on ne songe pas à déclarer, avec un aliéniste célèbre, que tous les criminels sont des aliénés, du moins nous voyons se dessiner une tendance de plus en plus accentuée à les considérer comme une race d'hommes à part.

Les grands saints, les grands héros et les grands criminels, disait à Londres le professeur Bénédickt en 1881, sont des êtres en dehors de la règle; ils constituent une véritable anomalie dans l'espèce humaine.

Une Société d'anthropologie criminelle s'est récemment fondée; elle a déjà tenu ses premières assises. Sans vouloir nous prononcer sur la légitimité de l'idée maîtresse qui

lui sert de base, nous constatons qu'elle marque une étape dans l'évolution progressive qui nous entraîne rapidement vers des conceptions nouvelles, vers des rivages encore inconnus.

Quittons donc pour un instant le domaine du droit abstrait et plaçons-nous sur le terrain de l'utilité publique.

La société ne se venge pas, elle se défend. Cet axiome, universellement admis, renferme implicitement la totalité de la thèse que nous cherchons à soutenir.

Si la doctrine de l'irresponsabilité absolue des aliénés, soutenue depuis longtemps par un nombre imposant d'hommes qui font autorité, et reprise tout récemment par des observateurs modernes; si cette doctrine devait avoir force de loi, de singuliers privilèges se trouveraient subitement conférés à toute une classe d'individus plus nombreuse qu'on ne le croit et plus dangereuse qu'on ne le pense. Les déclassés, les vicieux, les excentriques, les alcooliques, les morphinomanes ne manqueraient jamais, au besoin, de trouver des médecins prêts à les élever à la dignité de fous, et bientôt les excès commis par cette noblesse au rebours, avec une impunité systématiquement garantie, dépasseraient tous les abus « de l'ancien régime », contre lesquels l'indignation publique s'est autrefois soulevée.

La justification de la pénalité, au point de vue des idées que nous discutons ici, se rapporte à son pouvoir négatif; elle réside tout entière dans le sentiment de la crainte que la perspective du châtiment inspire aux organisations mal faites : c'est une barrière protectrice élevée au profit des citoyens honnêtes, qui ont bien aussi quelques droits à la sympathie du législateur. Il ne s'agit pas de savoir si, d'une manière abstraite, le coupable a mérité le châtiment qui le frappe, mais si l'exemple ainsi donné peut servir de frein à d'autres organisations semblables. Or, le doute n'est pas permis : la crainte exerce une incontestable influence sur les aliénés du type que nous venons d'étudier, et il n'existe aucune raison valable pour les rassurer à cet égard.

Nous avons entendu nous-mêmes certains sujets se vanter qu'ils avaient été déclarés irresponsables, et qu'ils pouvaient dès lors tout se permettre, puisqu'aucune pénalité ne pouvait plus les atteindre. Sont-ce là des dispositions utiles à cultiver au point de vue social ?

Sans doute il n'existe point de *phrénomètre*, suivant l'ingénieuse expression de M. J. Falret, pour mesurer le degré de responsabilité qui revient à chacun des sujets de cette catégorie. Mais ne voit-on pas que le même raisonnement s'applique aux criminels ordinaires, et que, pour satisfaire à la logique, il faudrait alors supprimer toute pénalité ? Et s'il est difficile de mesurer le degré de responsabilité de certains malades, est-ce une raison pour dire que cette responsabilité n'existe jamais ?

Voyons dans quelle mesure cette doctrine s'applique aux faits de la cause que nous venons d'étudier.

Euphrasie Mercier, commerçante habile, ouvrière infatigable, capacité supérieure, a pu délirer sur le terrain mystique sans perdre une ligne de ses avantages intellectuels. La cupidité a motivé son crime comme elle avait donné l'impulsion à l'ensemble de sa vie ; et les précautions ingénieuses dont elle a su s'entourer démontrent jusqu'à l'évidence qu'elle appréciait très exactement les conséquences de la situation qu'elle s'était créée, et qu'elle en redoutait très justement les suites : les motifs qui ont gouverné sa conduite sont identiques à ceux qui dirigent les criminels vulgaires et le germe spécial de la folie dont elle est héréditairement atteinte, ne saurait en aucune façon créer pour elle un privilège, ni justifier une exception en sa faveur (1).

Si l'on nous reprochait d'avoir trop complaisamment insisté sur les particularités de l'histoire de cette femme, nous répondrons que les principes généraux ne peuvent solidement s'appuyer que sur l'ensemble des faits particuliers et qu'il s'agit ici d'un de ces cas types, qui possèdent toute la valeur d'une démonstration expérimentale.

Il existe, en effet, des aliénés qui, s'ils ne possèdent pas d'une façon bien complète la notion du bien et du mal, ont du moins une perception très nette des dangers auxquels ils s'exposent au point de vue de la répression pénale.

(1) Le verdict du jury a confirmé cette manière de voir.

©BIU Santé

Conservons donc le vieux principe de la responsabilité partielle, et sachons y reconnaître une de ces nécessités pratiques qui s'imposent, en dépit des subtilités de la logique, à toutes les sociétés bien organisées.

Cette lecture est accueillie par de nombreux applaudissements.

Sur la proposition de M. Larrey, l'Académie décide que la question de la responsabilité partielle des aliénés sera mise à l'ordre du jour.

M. le professeur Semmola (de Naples) fait une communication intitulée : *Nouvelles contributions à la pathologie et au traitement de la maladie de Bright.*

La vraie maladie de Bright, d'après les recherches de l'auteur, consiste dans un état morbide chronique bien désigné par les caractères suivants :

1° Par l'étiologie : action lente, excessivement lente, du froid humide sur la peau (depuis plusieurs mois jusqu'à des années).

2° Par un affaiblissement progressif jusqu'à l'abolition complète des fonctions cutanées due à l'ischémie croissante avec atrophie des glandes sudoripares, atrophie progressive de la couche de Malpighi, et prolifération du tissu conjonctif du derme.

3° Par une altération chimico-moléculaire des albuminoïdes venant de l'alimentation ; altération caractérisée par leur diffusibilité pathologique et, en conséquence, par leur inassimilabilité et par leur élimination nécessaire à travers tous les émonctoires et en première ligne par les reins.

4° Par une diminution progressive de la combustion des albuminoïdes, laquelle se traduit par une diminution progressive dans la formation de l'urée, de sorte qu'il en résulte une diminution progressive de la quantité de l'urée éliminée avec l'urine dans les 24 heures, sans aucune accumulation de ce principe, soit dans le sang, soit ailleurs. Le sang même des brightiques qui ne sont pas arrivés à leur période d'intoxication urémique contient une proportion d'urée moindre que celle qu'on trouve à l'état normal.

5° Par une infiltration séreuse sous-cutanée, débutant par le visage, ayant un caractère erratique et progressif, mais excessivement lente et ne se trouvant pas en rapport avec l'hydrémie.

6° Par une cachexie très caractéristique, laquelle ne se trouve pas en rapport avec les pertes d'albumine, mais avec un profond vice général d'assimilation. Cela est démontré par l'influence tout à fait négative qu'exerce sur les malades, même à leur première période, une alimentation azotée des plus réparatrices. Les surcharges alimentaires azotées, quoique très bien digérées, au lieu d'être utilisées par l'organisme à la réparation des pertes albumineuses, ne font qu'aggraver ces pertes et l'état général des malades.

7° Par le développement secondaire d'un processus inflammatoire des deux reins en même temps, excessivement lent, envahissant les reins avec les caractères histologiques d'une néphrite diffuse dont la forme typique est constituée par le gros rein blanc.

L'auteur résume de la manière suivante le traitement de la maladie de Bright pendant sa longue période de curabilité.

1° Régime lacté exclusif. L'alimentation azotée ordinaire, et, à plus forte raison, les surcharges alimentaires azotées doivent être proscrites à n'importe quelle période de la maladie. Le lait agit sur les brightiques d'une façon merveilleuse, il n'agit que comme aliment type et non comme diurétique. Le régime lacté doit être suivi pendant longtemps, et ce n'est qu'avec une réserve tout à fait exceptionnelle qu'il faut commencer à tâter la tolérance des viandes ou des jaunes d'œuf.

2° Applications méthodiques et répétées sur la peau des frictions sèches, du massage, de la douche écossaise et souvent aussi des sudations par l'étuve. L'hydrothérapie froide est à rejeter. Elle est toujours mal supportée par les malades, même au début de la maladie à cause de la difficulté d'obtenir les effets de la réaction cutanée. De même l'exercice musculaire forcé est nuisible.

3° Faire vivre le malade dans un milieu tempéré, sec et constant. En hiver, et surtout dans les climats variables, le brightique ne doit pas sortir au grand air et doit se livrer

aux exercices musculaires de chambre, avec une température constante de 18 à 20° centigrades.

4° Administration de l'iodure et du chlorure de sodium à doses progressives selon la tolérance.

5° Lorsque, après deux ou trois semaines au plus, l'albumine n'est pas encore entièrement disparue des urines, et cela surtout lorsque l'anasarque est complètement finie, il faut substituer à l'iodure de sodium, soit le phosphate de soude, soit de petites doses répétées d'hypophosphite de soude ou de chaux jusqu'à la dose de 3 ou 4 grammes dans les 24 heures.

6° Employer méthodiquement les inhalations d'oxygène.

7° Renoncer à l'usage des astringents non seulement comme substances inutiles, mais aussi comme substances nuisibles. (Comm. MM. H. Roger, Dujardin-Beaumetz et Lancereaux, rapporteur.)

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON, PENDANT LES MOIS DE JUILLET ET AOUT 1886.

Perrenot (F) : Etude expérimentale et clinique sur le camphre. — Éraud (Jules) : Études sur les injections dans la blennorrhagie chez l'homme. — Bosse (Jules) : Étude comparative du beribi et du scorbut, surtout au point de vue de la pathologie exotique. — Magnieu (Louis) : Contribution à l'étude physiologique de l'acéto-phénone. — Gèghre : Résection et tuberculose du genou ; indications, résultats. — Fras (P.) : Étude sur Chandernagor ; géographie, topographie, climatologie, ethnographie, pathologie, hygiène. — Le Pord (Eugène) : Notes sur la fièvre paludéenne à Sainte-Marie de Madagascar. — Renault (Émile) : Des pointes de feu et des hémoptysies consécutives à leur emploi dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — Marius (P.) : De l'albuminurie comme signe de la maladie de Bright. — Pollosson (Auguste) : De l'hydrothérapie et principalement des bains dans la scarlatine. — Sarda (L.) : De la névrite périphérique chez les tabétiques vrais. — Gillateau (Georges) : De la puce-chique et des accidents qu'elle peut occasionner. — Assada (Joseph) : Rachitisme et syphilis osseuse ; essai de différenciation anatomique et clinique. — Casimir (Henri) : De l'influence de l'antipyrine dans la secrétion urinaire. — Hébrard (G.) : De la cirrhose de foie chez les enfants. — Allard (Joseph) : Contribution à l'étude des tics chez les aliénés. — Duzéa (René) : Sur quelques troubles de développement du squelette dus à des angiomes superficielles. — Paret (Gustave) : Contribution à l'étude de la sclérose des cordons de Goll. — Rochet (Victor). Des troubles trophiques après les résections pathologiques.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ACCÈS DE GOUTTE. — H. Rendu.

Pour un accès de goutte d'intensité moyenne, on prescrit la diète et des boissons délayantes. Le professeur Bouchard, dès cette période, administre la lithine, à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour, dans une infusion chaude aromatique. — Si la fluxion articulaire est considérable, et s'accompagne de douleurs vives, avec fièvre intense, on peut recourir au salicylate de soude, à moins que l'on constate un souffle cardiaque, ou la présence de l'albumine dans l'urine. Quoi qu'il arrive, on fait prendre ce sel par petites doses d'heure en heure, afin d'en assurer l'élimination graduelle, et on constate en peu de temps une diminution du gonflement et de la douleur. — Lorsque les douleurs sont très vives, et les crises prolongées, le remède par excellence est le colchique, prescrit sous la forme de teinture alcoolique de semences ou de vin du Codex. On commence par de faibles doses ; puis, la tolérance du malade étant connue, on doit, d'après Garrod, administrer d'emblée, au moment de la crise aiguë, 2 à 4 grammes de vin, ou 15

©BIU Santé

à 20 gouttes de teinture. Après quoi, on diminue la dose, et on la fractionne en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. — Embrocations d'huile de jusquiame et de chloroforme sur la jointure immobilisée au moyen de coussins. — N. G.

COURRIER

La mortalité par variole dans l'armée anglaise. — Le nombre des décès par variole n'a cessé de diminuer dans l'armée anglaise depuis que la revaccination y est rigoureusement pratiquée. L'armée anglaise comprend en moyenne 170,000 hommes, et il y a chaque année 35,000 à 40,000 recrues nouvelles. Or, voici en ces dernières années la mortalité par variole : En 1883, 11 décès, dont 9 dans l'Inde, où les épidémies de variole sont communes parmi les indigènes ; en 1885, 10 décès, dont 7 au corps expéditionnaire en Egypte, où la maladie sévissait dans la population civile. De 1880 à 1885, la mortalité par variole a varié de 1 pour 100,000 (minimum) à 7 pour 100,000 soldats (maximum).

(*Revue d'hygiène.*)

Nous avons souvent eu l'occasion de voir employer l'*albuminate de fer de Laprade*, sous forme de liqueur, contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques. Les résultats enregistrés ont toujours été remarquables; il en est de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation.

Bulletin bibliographique.

La syphilis héréditaire tardive. Leçons professées par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° avec 23 figures par A. Forgeron. — Prix : 15 fr.

Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, par les docteurs Robert Barnes et Faucourt Barnes, traduit et annoté par le docteur A. E. Cordes. 1 vol. in-8° avec 180 figures. — Prix : 18 fr.

Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'Iris. Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs, par le docteur E. Masse, de Bordeaux. 1 vol. in-4° avec deux planches. — Prix : 5 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent, à Paris, chez G. Masson, éditeur.

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par F. Lagrange, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 fr.

Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme, par le docteur Curtil-Boyer. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent, à Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine, 23.

Rapport sur l'exercice de la médecine, présenté en 1873 à la Société de prévoyance de l'Allier, par le docteur H. Senac.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez J. Lechevallier, rue Racine, 23.

Des bougies et de leurs usages, par le docteur H. Picard.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, place de l'École-de Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Richet : Rupture d'un cal fibreux de la rotule. Déchirure de la peau. Ouverture de l'articulation du genou. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : De l'ostéotomie. — Traitement chirurgical de la péritonite. — III. Revue des Journaux : Sur un prodrome précoce de l'invasion de la rubéole. — Note sur un cas de sciatique. — De l'endocardite ulcéreuse. — De l'aspiration du sang dans l'aorte. — De la nature de la coqueluche. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Bulletin bibliographique. — VIII. Feuilleton : Causerie.

Hôtel-Dieu. — Service de M. le professeur Richet.

Rupture d'un cal fibreux de la rotule. Déchirure de la peau. Ouverture de l'articulation du genou.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, entré, le 3 mars, salle Saint-Landry, n° 39. Son histoire est simple. Au mois d'avril 1885, en luttant avec un camarade, il est tombé sur le genou et s'est fracturé la rotule, ce qui, dit-il, ne l'empêcha pas néanmoins de marcher; cependant, au quatrième jour, il entra à la Pitié, dans le service de M. Polaillon. Peut-être s'est-il agi, dans ce cas, d'une fracture en deux temps, comme il en a été rapporté plusieurs exemples. Quoi qu'il en soit, dès l'entrée du malade à l'hôpital, l'écartement était très notable.

Le membre fut immobilisé dans une gouttière plâtrée, et des bandelettes de diachylon furent appliquées au-dessus et au-dessous des fragments, réalisant un procédé de compression concentrique. Au bout de soixante jours, l'appareil fut enlevé et l'on put constater, au dire du malade, un écartement de 5 centimètres, avec une atrophie marquée du triceps.

La gêne fonctionnelle était considérable : le malade avait de la peine à marcher et à soulever son membre, et il constata que la peau qui recouvre la rotule était « *comme attachée* » et adhérente aux parties profondes. En quittant Vincennes, il abandonna sa profession d'emballeur, qu'il ne pouvait plus exercer. Il déclare qu'il ne pouvait, à cette époque, marcher qu'en

FEUILLETON

CAUSERIE

La quinzaine.

Si j'avais à donner un conseil aux amateurs de longévité, je leur recommanderais de cacher leur âge afin qu'on ne puisse pas savoir le jour précis où ils achèveraient leur centième année. Rien de plus pénible, en effet, que l'état de centenaire, et je pense que l'illustre Chevreul doit aujourd'hui se réjouir de deux choses : d'abord d'avoir cent ans, ensuite de ne plus les avoir, car cet anniversaire a été certainement l'époque la plus troublée de son existence. Maintenant, il peut vivre tranquille tant que se prolongera sa glorieuse carrière; l'an prochain, notamment, il n'a rien à craindre pour sa centunième année; on ne peut plus rien faire pour cet âge depuis *Le 101e de ligne* de Jules Noriac; le moment critique, c'était ce chiffre rond de la centaine, qui pendant trois jours a exposé son titulaire à tout ce que l'admiration des hommes peut avoir d'incommode.

Entendre quarante discours, passer une soirée à l'Opéra, être promené en voiture d'Académies en Sociétés d'agriculture, le tout par la chaleur que vous savez, voilà qui peut s'appeler boire le Goblet jusqu'à la lie, voilà de quoi dégoûter de devenir cente-

©BIU Santé

plaçant le membre dans la rectitude, car il avait remarqué que, dès qu'il lançait la jambe en avant, il lui était impossible de la remettre dans l'extension. Malgré cette précaution, il lui arrivait souvent de faire des faux pas. Le 3 mars 1886, dans un faux mouvement, il tomba en arrière et sentit un craquement, et, quoique son membre n'eût pas porté sur le sol, il constata en se relevant que « *son genou s'était fendu* ». En effet, la peau s'était transversalement déchirée; il lui fut impossible de se relever.

C'est dans ces conditions qu'il fut apporté à l'Hôtel-Dieu.

Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé : A la partie antérieure du genou droit existe une plaie transversale, irrégulière à bords dentelés, de 16 centimètres de long. Il est facile de reconnaître que cette plaie est une déchirure, car il n'y a pas trace de contusion sur les bords.

Les bords de cette solution de continuité ne sont pas écartés; au-dessous, on sent une dépression et, au fond du sillon, on perçoit un vide qui paraît répondre à l'interligne articulaire. On reconnaît, à 4 centimètres au-dessus de la déchirure, le fragment rotulien supérieur. L'inférieur est à 3 centimètres; ce dernier est très manifestement rapproché de l'épine du tibia par suite du raccourcissement du ligament rotulien. C'est cette circonstance qui avait fait, bien à tort, dire à J. Guérin qu'il existait dans le ligament rotulien des fibres musculaires qui s'opposaient au rapprochement des fragments rotuliens. Le cal intermédiaire est absolument rompu; car, lors de la contraction du triceps, le fragment supérieur remonte sensiblement, tandis que l'inférieur reste en place; d'ailleurs, si l'on cherche à pénétrer profondément dans le sillon, l'on voit le stylet s'enfoncer à 4 centimètres et ramener du liquide synovial en quantité suffisante pour permettre d'affirmer sa provenance.

L'impotence fonctionnelle est absolue : le malade ne peut détacher le talon du lit; d'ailleurs, le membre est manifestement plus grêle que l'autre.

Nous nous trouvons donc en présence d'une rupture d'un cal fibreux consécutif à une fracture ancienne de rotule avec ouverture de l'articulation.

---

naire. Malgré tout, c'est une ambition très répandue, et que l'exemple de M. Chevreul a dû exciter encore. Vivre longtemps semble à beaucoup de gens le suprême bonheur; chacun son goût : mais comme j'espère que celui-là n'est pas universel, je préviens les personnes d'une opinion contraire que je tiens à leur disposition un manuel intitulé : L'*Art de ne pas devenir centenaire*, où elles trouveront les moyens de ne pas s'éterniser sur notre planète. En attendant qu'elles se pénètrent de mes instructions, elles peuvent continuer à se lever tard et à boire du vin, habitudes qui paraissent incompatibles avec le grand âge où l'on devient un objet de curiosité pour tout un peuple et un prétexte pour l'organisation de retraites aux flambeaux.

Si jamais je deviens centenaire (c'est peu probable, mais enfin tout arrive), je prierai mes amis de se réunir en habits de deuil, et de venir, avec des figures tristes, me présenter leurs condoléances pour ce fâcheux événement. C'est la seule manifestation que je comprenne dans ce cas, où je vois de quoi plaindre les gens, et non de quoi les féliciter. A moins que les réjouissances et les compliments n'aient pour but de distraire et de consoler les pauvres centenaires de la durée affligeante de leur peine, ce qui serait d'une touchante délicatesse.

Les précautions étaient superflues pour M. Chevreul, dont le siècle s'est écoulé dans la paix du cœur et les satisfactions de l'esprit; ce lot ne pouvant être celui de tous les aspirants centenaires, je les engage à se méfier et à bien réfléchir avant de se vouer au centenariat; si encore on était sûr de réussir! Mais se mettre en frais pour un résultat si incertain, ce n'est vraiment pas encourageant.

Le traitement antiseptique auquel le malade a été soumis dès son entrée a prévenu toute inflammation et évité l'arthrite suppurée qui eût été fatale il y a quelques années. Quelle conduite faut-il tenir? et que va-t-il se passer? Il convient d'examiner les différentes faces de cette délicate question. Il est certain que, si on laisse les choses en l'état, le membre maintenu dans une gouttière, comme il n'est survenu aucune inflammation articulaire, la plaie cutanée va se fermer; mais le cal fibreux, déjà si fragile et si incomplet, est-il susceptible de se reconstituer? C'est bien douteux, et l'on peut dire que le contraire est presque certain; en tous cas, s'il se refermait, il serait insuffisant et ne pourrait supporter l'action musculaire; dès lors, le triceps devient inutile.

L'extension du membre est à jamais abolie. Cet homme restera infirme Autant vaudrait pour lui avoir un membre artificiel. Certains chirurgiens, Josiah Smyly, en 1859, en particulier, ont préconisé comme on sait dans un autre but, il est vrai, mais bien à tort, l'amputation immédiate.

Mais, dira-t-on, en dehors de la question de prothèse, si l'articulation s'ankylose, le malade pourrait recouvrer un membre utile; à la vérité, bien que pénible, cette éventualité est fort acceptable au point de vue où nous nous plaçons. Eh bien, notre malade ne peut compter sur cette ressource; car, pour que l'articulation du genou s'enkylose solidement, il faut une fusion osseuse ou tout au moins l'existence d'adhérences solides et résistantes, toutes circonstances impossibles à réaliser, puisque le traitement antiseptique a empêché la production de toute inflammation de l'article, et que par la suite nous ferons tous nos efforts pour l'éviter. On sait, d'après les statistiques et la thèse si intéressante de M. Bouchard, combien la mortalité est grande à la suite d'arthrites suppurées survenues dans ces circonstances.

Voilà donc un cas bizarre, singulier, où l'on se trouve réduit à désirer une complication qui peut être mortelle. Or, après avoir profondément réfléchi sur ce cas, j'en étais arrivé à la détermination suivante :

Puisque l'on ouvre aujourd'hui l'articulation dans les fractures récentes

---

***

Un soin que devront prendre les futurs centenaires, c'est de réduire les fêtes données en leur honneur à une courte durée et à un petit nombre de manifestations. On ne s'imagine pas combien les événements les plus palpitants perdent de leur intérêt quand ils tiennent trop longtemps l'affiche. Ce qui nous passionne le premier jour nous fatigue déjà le second, et le troisième tourne inévitablement à la scie. Vous rappelez-vous le couronnement du czar, il y a quelques années? Ce fut un cauchemar, entretenu sans pitié par toutes les trompettes de la publicité, et de ce couronnement beaucoup de gens faillirent perdre la tête. Le prince de Bulgarie a commis la même faute, en donnant à son odyssée les allures d'un roman-feuilleton, avec quantité de suites au prochain numéro. Sympathique au moment de son expulsion, il s'est rendu monotone en voyageant à petites journées, au lieu de frapper les coups rapides qu'on attendait de lui. Aussi quelle idée de mettre presque une semaine à traverser la Bulgarie, qui est tout juste un peu plus grande que la Suisse! C'est à croire qu'il avait un billet circulaire dont il tenait à utiliser le parcours avant de rentrer dans sa capitale. Si c'est comme touriste de l'agence Cook qu'il s'est ainsi promené dans la presqu'île des Balkans, il pourra reprocher sévèrement à cette entreprise de lui avoir bien mal combiné son itinéraire. Quant aux fêtes du centenaire Chevreul, si elles ont un peu couru le risque d'abuser de l'attention publique, la cause en était si attachante, tout le monde, de près ou de loin, s'y associait de si bon cœur, que personne n'en a éprouvé cette lassitude à laquelle nous

©BIU Santé

pour suturer les fragments, pratique que je n'approuve, du reste, en aucune façon, à plus forte raison cette suture peut être permise dans les conditions où nous nous trouvons. Les complications inflammatoires n'étant pas à redouter, la seule chose à considérer, c'est de savoir si les fragments peuvent venir au contact; or, malgré l'abaissement du fragment inférieur, le fragment supérieur peut venir facilement se mettre en contact avec lui.

Je me proposais donc de faire la suture osseuse après avoir au préalable avivé au bistouri et non à la scie, pratique que je considère comme de beaucoup inférieure à la précédente; j'avais l'espérance d'obtenir, sinon un cal osseux, du moins un cal fibreux intermédiaire suffisamment court pour permettre la récupération presque totale des mouvements.

Malheureusement le blessé, qui avait d'abord consenti, a probablement cédé à des conseils maladroits et a refusé l'opération au dernier moment. Je ne puis que le regretter à tous les points de vue.

Thèses d'agrégation en chirurgie

DE L'OSTÉOTOMIE, par le docteur POUSSON.

L'ostéotomie est une opération chirurgicale qui consiste essentiellement dans la division artificielle du squelette.

La première partie de la thèse est consacrée à l'étude du mode opératoire et débute par un court chapitre d'historique ; M. Pousson passe ensuite en revue et expose en détail le mécanisme des différents appareils proposés, tout en insistant comme il convient sur l'ostéoclasie manuelle ; le plus généralement on agit par flexion : le chirurgien peut ainsi produire la fracture en saisissant dans chaque main l'un des fragments du squelette et en redressant ou exagérant la courbure, d'autres fois le membre porte à faux soit sur le genou de l'opérateur (comme dans l'action de briser un bâton), soit sur le bord d'une table, la partie qui dépasse servant de levier (procédé de M. Tillaux pour redresser le genu valgum); les appareils les plus usités rompent aussi les os par flexion et l'auteur s'attache surtout à la description détaillée de celui qui a été imaginé par le

---

nous laissons aller facilement en toutes choses; je souhaite que le doyen des étudiants ait eu la même impression, et n'ait ressenti aucune fatigue après ce grand dérangement dans ses habitudes de modestie et de tranquillité.

* * *

Comment faudra-t-il s'y prendre désormais pour atteindre l'extrême vieillesse? Devra-t-on simplement commander à ses passions, s'éloigner de tout dérèglement, et manger à heures fixes une nourriture saine et modérément abondante, ou bien n'allons-nous pas posséder bientôt cet élixir de longue vie qu'on cherchait autrefois, en même temps que la pierre philosophale ? Le jeûneur Succi, qui est en train de faire ses trente jours d'abstinence à Milan, connaîtrait une liqueur merveilleuse qu'il a avalée au début de son expérience, mais dont il n'a pas encore révélé la composition. Puisque 60 grammes de cette liqueur permettent de rester impunément trente jours sans manger, ce n'est plus cent ans, mais plusieurs siècles qu'on pourrait vivre en prenant de la même liqueur de temps en temps et en la combinant avec des repas moins sommaires.

Que Succi ait découvert quelque part un nouveau tonique; un aliment d'épargne plus puissant que le café, le thé et le maté, c'est fort possible, et il n'avait pas besoin de renouveler les exploits du fameux Tanner pour faire apprécier sa découverte. Quelques expériences sur des travailleurs ou des convalescents en auraient appris autant sur sa liqueur que l'épreuve excessive qu'il tente sur lui-même. Ces expériences auraient été conduites ou contrôlées par des médecins, c'était tout naturel; moins naturelle, en revanche, me semble l'intervention de nombreux médecins auprès de Succi pendant son

©BIU Santé

docteur Robin (de Lyon) ainsi qu'aux modifications qu'on peut lui faire subir pour le rendre applicable aux différents cas.

L'étude expérimentale des lésions anatomiques causée par l'ostéoclasie est faite très complètement dans le chapitre III. Chez les rachitiques la fracture artificielle de la diaphyse est nette, sans lésion des parties molles périphériques. Avant les nouveaux ostéoclastes, quand se trouvant par exemple en présence d'une déviation latérale du genou, on voulait produire une fracture au niveau des épiphyses, on était forcé d'agir par l'intermédiaire de l'articulation du genou et les lésions étaient souvent complexes et irrégulières. Actuellement le redressement brusque par les procédés Delore et Tillaux, s'il ne doit pas être définitivement rejeté, doit être exclusivement réservé à la chirurgie infantile. M. Pousson rapporte tout au long les expériences de Demons et les siennes propres faites à l'aide de l'appareil de M. Robin qui exige, du reste, un petit apprentissage pour être appliqué convenablement : la fracture s'accompagne du minimum possible de lésions. D'autres expériences ont aussi été faites avec le deuxième instrument de M. Collin et ont donné d'excellents résultats.

Le traitement consécutif est simple, il faut redresser le membre et l'immobiliser dans un appareil inamovible permettant la surveillance ; le meilleur est la gouttière plâtrée d'Hergott. Quelques chirurgiens attendent 6 ou 8 jours pour rectifier la position. On a observé comme accidents, suites de l'opération, des désordres articulaires, un cas de parésie temporaire du sciatique poplité externe, de la stupeur locale des téguments, un léger mouvement fébrile. L'hydarthrose, dans les opérations par genu valgum, est très fréquente, elle coïncide avec une très vive douleur qui dure de 24 à 48 heures. D'après M. Robin on éviterait l'épanchement en ne redressant pas immédiatement.

Les indications de l'ostéoclasie sont étudiées avec détails dans la seconde partie du travail que nous analysons.

Appliquée à la rupture des cals vicieux, l'opération est d'une innocuité presque absolue. Sur le fémur, la cicatrice osseuse a été rompue à des périodes qui varient de quelques semaines à plusieurs années (2 ans) après la fracture et la solution de continuité a été constamment produite au niveau de l'ancien foyer. Généralement le temps de la consolidation est le même que pour une fracture ordinaire et les résultats au point de vue du raccourcissement sont excellents. Il en est de même à la jambe et au bras ; pour l'avant-bras, il y a très peu d'observations. L'opération n'est pas indiquée quand le cal exubérant donne des accidents tenant à la compression de nerfs, de vaisseaux, etc., l'ostéoclasie est alors bien préférable ; dans les cas ordinaires de cals

---

jeûne. Car il se peut, après tout, qu'il n'y ait là qu'une affaire de charlatanisme et de spéculation, et, dans ce cas, les médecins italiens auront eu tort d'y collaborer; si, au contraire, il y a quelque chose de sérieux au fond de cette expérience, la tournure qui lui est donnée sort un peu des voies ordinaires du véritable progrès scientifique.

On sait très bien qu'on peut rester longtemps sans manger; certaines maladies, comme la fièvre typhoïde, en fournissent à chaque instant la preuve; les cataleptiques, les léthargiques, les simples hystériques enrichissent constamment les faits divers de nouveaux exemples d'abstinence prolongée; enfin, la volonté peut contribuer beaucoup à faire supporter l'abstinence à un homme qui s'y soumet volontairement, avec la certitude d'ailleurs qu'on veille sur lui et qu'on empêchera les choses d'aller trop loin, si son existence est menacée; le difficile et l'utile seraient de rendre le jeûne supportable aux naufragés, aux mineurs ensevelis sous terre par des éboulements, comme ces pauvres carriers de Chancelade dont on vient de retrouver les squelettes; dans ce genre d'accident, les victimes sont en proie à un état psychique qui accélère et augmente les tortures de la faim; l'incertitude de la délivrance, le choc moral résultant de la catastrophe développent rapidement un délire aigu qui rend immédiats et irréparables les effets de l'inanition; quand nous saurons qu'un jeûne de trente jours, institué posément à titre d'expérience, peut se poursuivre jusqu'à la fin, cela ne prouvera pas que les mineurs et les naufragés ne continueront pas à mourir de faim dans d'horribles angoisses et parfois après des scènes épouvantables; je ne vois donc guère en quoi la gageure de Succi pourra servir l'humanité, et c'est pourquoi je m'étonne un peu d'y

©BIU Santé

vicieux, en comparant cette dernière opération avec l'ostéotomie, M. Pousson trouve une supériorité réelle à la fracture sous-cutanée, quant au résultat opératoire, et admet la valeur égale des deux méthodes au point de vue du résultat thérapeutique.

Relativement au redressement de la courbure des os rachitiques, il ne faut opérer ni trop tôt quand les os sont encore ramollis, ni trop tard quand ils sont devenus éburnés, et il faut choisir le moment où l'enfant devient gai, où la dentition reprend en même temps que les fonctions digestives se rétablissent. Quand la déviation est trop ancienne, l'ostéotomie s'impose, mais il faut toujours essayer le redressement sous-cutané avant de se résoudre à l'opération sanglante. Il ne faut du reste intervenir que quand il y a troubles fonctionnels accentués, et le redressement s'impose surtout d'une façon formelle pour les courbures à petit rayon, pour les incurvations considérables ; l'innocuité de la fracture sous-cutanée est absolue.

L'ostéotomie appliquée au traitement des déviations latérales du genou a donné lieu à de nombreux travaux. C'est un mode de traitement aussi efficace que peu dangereux qui a été mis en œuvre d'après deux grandes méthodes. La première, applicable à certains cas, est impraticable dans le plus grand nombre; elle agit par l'intermédiaire des ligaments articulaires (Delile, Tillaux, Collin); la deuxième (Robin) agit exclusivement sur l'os. Avec les anciens procédés, les accidents douloureux et articulaires sont presque constants après l'âge de 14 ans; on a observé l'hydarthrose, la mobilité latérale du genou, une grande susceptibilité de la jointure; enfin, la durée du traitement consécutif est toujours très longue. Quand, comme avec l'appareil Robin, l'articulation est laissée en dehors du champ opératoire, on n'observe que très rarement des complications de ce côté et le malade peut généralement se servir de son membre après trois ou quatre semaines. « Les deux méthodes de division artificielle des os, dit M. Pousson, sont... sans danger, rapides et efficaces. Les circonstances et le tempérament chirurgical doivent seuls dicter le choix. »

La thèse se termine par l'étude de l'ostéoclasie appliquée au traitement de l'ankylose et de quelques autres affections articulaires; on l'a employée 14 fois pour le redressement du genou, et les résultats ont été très bons.

Traitement chirurgical de la péritonite, par le docteur H. Truc.

Après quelques considérations intéressantes sur les aptitudes réactionnelles du péritoine au point de vue chirurgical, et un court chapitre d'historique, l'auteur étudie d'abord les péritonites traumatiques. Parmi elles, l'inflammation péritonéale consécu-

---

voir figurer des médecins. A moins que la fameuse liqueur ne tienne toutes ses promesses, auquel cas je m'empresserais de faire amende honorable et de rendre hommage à cette nouvelle revalescière. Mais on voit tant de liqueurs qui se disent hygiéniques, et qui ne sont pas du tout hygiéniques, qu'il est bien permis de réserver son jugement sur celle de Succi.

En attendant, un trait d'héroïsme qu'on ne peut lui contester, c'est de s'être imposé ce carême à Milan, dans une ville renommée pour sa bonne chère et surtout pour sa charcuterie.

* * *

Un évènement parisien, inexactement raconté par les journaux, a remis sur le tapis la question du secret médical. Un homme avait reçu de sa maîtresse plusieurs balles de revolver, et, pour éviter le scandale, cachait la cause de ses blessures, les mettant sur le compte d'une aggression nocturne, d'une rixe avec des malfaiteurs. Le médecin, ayant reconnu comment les choses s'étaient passées, aurait pris sur lui d'avertir la police et de provoquer l'arrestation de l'horizontale qui avait tiré les coups de revolver. Cette version a été bientôt démentie, et le blessé a certifié qu'il avait lui-même porté plainte après réflexion, que la dénonciation n'était pas venue du médecin, comme on l'avait prétendu d'abord. Cette rectification a effacé l'impression pénible qui résultait du premier récit, et pour ma part je l'ai accueillie avec grand plaisir.

Bien que le cas fût embarrassant, le secret médical est chose si haute et si absolue que le doute doit toujours être interprété en sa faveur. Voilà un homme qui est victime

tive aux opérations sur l'abdomen ne doit être combattue par une nouvelle action chirurgicale que lorsqu'elle détermine la production d'une collection sanieuse ou purulente entraînant une septicémie générale menaçante, quand surtout elle est plus ou moins localisée et à marche peu rapide. Après l'ovariotomie, s'il se forme des collections septiques intra-péritonéales, on peut ouvrir largement, débrider, etc.

En présence d'une péritonite traumatique sans lésions viscérales, fait du reste souvent observé, il sera indiqué d'évacuer le pus, de drainer; si, ce qui est beaucoup plus fréquent, il y a des lésions des organes contenus dans la cavité abdominale, les indications varient un peu selon le viscère atteint. Il n'existe guère de faits d'intervention pour les blessures de la rate, du foie; par contre, lors de blessures de l'appareil gastro-intestinal,on s'accorde à reconnaître que la laparotomie, la toilette du péritoine sont parfaitement indiquées. Quand le diagnostic de pénétration est incertain, on n'emploiera naturellement d'abord que le traitement médical.

En tête des péritonites non traumatiques se placent celles par ulcérations ou perforations viscérales. Lors d'ulcérations viscérales, l'inflammation généralisée contre-indique toute intervention; si la péritonite s'enkyste, on pourra, au contraire, intervenir; les auteurs ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir quand c'est l'estomac ou l'intestin qui présentent la perforation. Mikuliez intervient toujours quand il n'y a pas trop de collapsus, tandis que la plupart conseillent l'abstention dans la fièvre typhoïde, la dysenterie; quant aux inflammations consécutives à la perforation d'un ulcère rond, il est peut-être indiqué d'opérer quand l'état général est bon, l'expectation étant pour ainsi dire toujours suivie de mort.

Il est assez fréquent d'observer des péritonites consécutives à l'inflammation, à la rupture, à la gangrène des tumeurs intra-abdominales. L'irruption du pus dans la grande séreuse est toujours suivie de péritonite suraiguë : l'intervention rapide s'impose; laparotomie, toilette du péritoine, et quelquefois drainage. Les observations manquent ou sont trop peu nombreuses pour que l'on puisse établir nettement la conduite à tenir en présence des accidents causés par des kystes hématiques ou hydatiques, au contraire, les péritonites consécutives aux kystes de l'ovaire ont été très étudiées, et alors, quand l'inflammation apparaît intense, il faut faire la laparotomie, qui permet à la fois le traitement de la tumeur et celui de sa complication. Quand la péritonite aiguë succède à la rupture d'un kyste fœtal, il faut opérer rapidement et d'autant plus radicalement que l'inflammation est plus diffuse et plus rapide.

L'inflammation aiguë de la séreuse qui succède à l'étranglement donne lieu à des

---

d'une tentative de meurtre, et qui pour une raison quelconque refuse d'en saisir la justice ; le médecin, instruit du fait dans l'exercice de sa profession, doit-il montrer plus de zèle pour la répression du crime que l'intéressé lui-même, et s'attribuer d'office le rôle d'agent révélateur ? Tout citoyen, en pareille circonstance, ne doit-il pas son concours à la justice, dans l'intérêt de l'ordre et de la société ? Tous les citoyens, oui, excepté les médecins ; d'abord le secret médical lui fait un devoir de fermer les yeux, de se boucher les oreilles, en dehors de l'intérêt sanitaire de son malade ; en outre, la dénonciation, l'appel au bras séculier, si fondés et légitimes qu'ils soient, sont toujours malséants de la part d'un médecin ; c'est une incompatibilité professionnelle, qui interdit au médecin ces initiatives policières. On se rappelle le bruit qu'une affaire de ce genre fit en 1871 à l'hôpital Beaujon. Pour résumer en un mot ma pensée là-dessus, je dirais volontiers : le médecin n'est pas fait pour aller chercher les gendarmes.

S'il y va quand même, tant pis pour lui, comme l'éprouve en ce moment M. Amagat, pour sa dénonciation calomnieuse contre le médecin-major Brousse (voir l'*Union médicale* du 19 juin 1886). Non seulement le procédé en lui-même laisse à désirer, mais M. Amagat a encore aggravé sa situation en plaçant son style sous l'invocation de Joseph Prudhomme ; on lit en effet dans sa lettre au ministre de la guerre : « Je suis bien sûr qu'au récit d'un tel fait votre cœur de soldat bondira d'indignation. » De telles choses dites dans un tel langage, c'est un comble, et cela vaut le maximum de la peine.

Et je crains beaucoup que le tribunal de la Seine ne fasse à l'inculpé une rigoureuse application du proverbe : *Qui bene Amagat, bene castigat.* P. Dubray.

©BIU Santé

indications spéciales; il faut assurer l'écoulement des liquides; quelquefois le drainage et les lavages deviennent nécessaires; enfin, s'il y a perforation douteuse et, à plus forte raison, si les matières fécales ont fait irruption, ce sont les débridements étendus ou la laparotomie médiane qu'il faut employer. Lors d'occlusion, la péritonite n'est plus regardée comme une contre-indication, et elle est au contraire, dans certains cas, une indication formelle : donc laparotomie et quelquefois drainage comme complément.

La péritonite purulente généralisée, dit M. Truc, est, en dehors des suppurations éminemment septiques, susceptible d'un traitement chirurgical qui est celui des suppurations pleurales et articulaires. La ponction simple, par l'abdomen ou le vagin, peut suffire et on a pu la répéter; il ne faut, du reste, pas trop y compter, et l'incision suivie de drainage et quelquefois de lavages antiseptiques est généralement préférable; enfin la laparotomie, nécessaire dans certains cas, permet un écoulement facile du pus; une toilette soignée et un drainage parfait est l'opération qui répond le mieux aux indications opératoires de la péritonite purulente.

Dans les péritonites puerpérales généralisées, un épanchement purulent et septique, des phénomènes infectieux et même la tendance à l'ouverture spontanée, indiquent l'intervention; une marche très rapide de la maladie, les septicémies générales à détermination péritonéale légère, le collapsus accentué, contre-indiquent toute opération.

Si l'on agit quelquefois, les ponctions suffisent, mais la laparotomie est encore la meilleure opération. Quand la péritonite est enkystée, il y a rarement nécessité d'intervention rapide par suite de la marche lente de l'affection.

La péritonite tuberculeuse avec épanchement puriforme, ordinairement enkysté, ou séro-purulent, est seule du ressort du chirurgien. Il faut employer, pour évacuer les liquides, le trocart, le drainage ou la laparotomie plus ou moins large; ces mêmes opérations seront appliquées aux péritonites enkystées ordinaires; dans les cas douteux, dans les péritonites volumineuses, la laparotomie paraît devoir être préférée.

Après avoir étudié séparément les péritonites locales les plus communes, en tête desquelles se place la pelvi-péritonite, l'auteur examine les opérations exploratrices qui peuvent être utiles dans les inflammations de la séreuse d'origine et de nature inconnues et incertaines, et termine par une étude des divers procédés opératoires que nous ne pouvons qu'indiquer ici.

M. Truc résume, en ces termes, les conclusions générales de son travail :

Dans les péritonites, on ne doit intervenir chirurgicalement qu'en présence de troubles graves dépendant directement de l'inflammation péritonéale et menaçant sérieusement la vie.

A. Les formes enkystées demandent l'évacuation du liquide morbide et la désinfection de la poche pathologique.

B. Les formes diffuses ont une cause connue ou inconnue. Si la cause est connue et si on peut la supprimer, il faut agir rapidement contre elle. Si la cause est inconnue, on doit faire une laparotomie exploratrice large et se conduire suivant les indications fournies par l'inspection directe.

Le collapsus, l'hypothermie marquée, la déchéance vitale générale sont, en principe, des contre-indications opératoires formelles. — Dr Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un prodrome précoce de l'invasion de la rubéole (Hötheln). (*The Lancet*. Avril 1886, p. 785.) — Le docteur Glover dit avoir noté une particularité dont la constatation constituerait le symptôme le plus précoce, le premier prodrome certainement de l'invasion de la rubéole. Elle consisterait dans l'apparition d'un engorgement ganglionnaire limité souvent à un seul ganglion situé dans la région latérale du cou, sur le bord postérieur de l'un ou de l'autre des sterno-mastoïdiens (1).

(1) Il s'agit probablement là de l'adénopathie cervicale signalée par M. Desplats (de Lille) à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1886).

L'auteur aurait noté cette apparition quatre ou cinq jours avant celle du rash rubéolique. Quand la maladie règne d'une façon épidémique ou qu'elle a déjà atteint un ou plusieurs membres d'une famille, la constatation d'un ganglion récemment engorgé, situé au bord postérieur d'un des sterno-mastoïdiens, chez un des membres encore indemne de la maladie, pour peu qu'on ne puisse trouver une cause directe ou plus ou moins évidente qui explique cet engorgement insolite, indiquerait, selon l'auteur, que le sujet serait en puissance de rubéole, latente pour le moment, mais dont les effets se manifesteront sous peu. L'infection de l'organisme devrait être considérée comme un fait acquit. — L. Dn.

Note sur un cas de sciatique, par Joseph Fayrer. (*The Practitioner*. Avril 1886.) — L'éminent médecin de la reine d'Angleterre rapporte qu'il fut consulté récemment par un malade d'un âge moyen qui, depuis très longtemps, souffrait d'une sciatique des plus rebelles. Toutes les méthodes de traitement avaient échoué et s'étaient absolument montrées impuissantes à procurer le moindre soulagement au malade, et pour cause.

Après s'être livré à un examen minutieux de la région, l'auteur réussit à constater l'existence d'un point situé vers l'extrémité fessière du nerf, dans lequel la palpation donnait une sensation de résistance, de plénitude, et provoquait une sensibilité spéciale accusée par le malade.

S'armant d'un bistouri long, étroit et très pointu, l'opérateur en enfonça la lame dans la région susdite, et environ 8 grammes d'un liquide clair, d'aspect séreux, s'écoulèrent aussitôt par la ponction le long de la lame. Un soulagement immédiat suivit cet écoulement et la guérison fut bientôt complète.

Se fondant sur ce fait récent, l'auteur insinue qu'il serait fort possible que les succès consécutifs à l'opération de l'acupuncture dans les névralgies profondes fussent dus à la suppression de la tension exercée sur le nerf malade par l'accumulation de sérosité épanchée dans la gaine du nerf par inflammation de cette gaine conjonctive, qu'il s'agisse d'ailleurs d'un gros tronc nerveux ou d'un simple rameau. — L. Dn.

De l'endocardite ulcéreuse, par Byrom Bramwell et W. Hure. — Dans ce mémoire, M. Byrom Bramwell rapporte quatorze cas dans lesquels il avait constaté, par l'autopsie, les lésions de l'endocardite ulcéreuse sur les valvules aortiques, la valvule mitrale et l'orifice tricuspidien.

Deux de ces malades étaient simultanément atteints de pneumonie dont les exsudats contenaient des microcoques. M. Byrom Bramwell avait déjà noté la fréquence de l'endocardite ulcéreuse et de la pneumonie aiguë coïncidant sur le même individu; il avait aussi remarqué cette association morbide dans certaines saisons. Il était donc intéressant de vérifier les caractères des microcoques trouvés dans le poumon et ceux des microcoques des autres organes.

M. Hure entreprit des expériences de culture et d'inoculation pour déterminer les rapports du parasite de l'endocardite ulcéreuse avec celui de la pneumonie infectieuse. Les résultats de ses recherches ont été négatifs. (*The american Journal of the med. sc.* Juillet 1886.) — C. L. D.

De l'aspiration du sang dans l'aorte, par Dacre. — Ce fait est de ceux qui, à coup sûr, ne trouveront pas de nombreux imitateurs. Le malade était à la mort, et on décida, pour diminuer la congestion pulmonaire et l'encombrement des cavités droites du cœur, de faire la ponction de l'oreillette droite. Trente onces de sang furent ainsi retirées. Six heures plus tard, les mêmes accidents se reproduisirent, et on voulut répéter l'opération. On retira encore seize onces de ce liquide; mais le malade succomba peu de minutes après l'opération.

A l'autopsie, on constata que l'aiguille aspiratrice avait perforé l'oreille droite et ponctionné l'aorte. Cette opération a été préconisée par M. Westbrook comme un moyen de combattre les congestions pulmonaires intenses (!). (*Bristol med. chirurg. Journal*, 1886.) — C. L. D.

De la nature de la coqueluche, par Barlow. — Parmi les diverses théories

©BIU Santé

pathogéniques de cette affection, cet observateur n'admet pas celle de l'irritation réflexe, de la bronchite ou de l'origine spécifique. Par contre, il partage l'opinion de ceux qui attribuent la coqueluche à une irritation locale de l'isthme du gosier, admet le rôle pathogène des microbes de Letzerich et de Tschamer (de Gratz), qui vivent en parasites sur la muqueuse laryngée.

L'intermittence des crises de toux serait due à l'irritation temporaire de la muqueuse par l'accumulation de ces micro-organismes, jusqu'à la mise en jeu de l'excitabilité réflexe. M. Barlow recommande la méthode de traitement de M. Moncorvo (de Rio-Janeiro), et badigeonne la paroi pharyngée avec la solution de résorcine à 1 pour 100, en répétant ces applications de deux heures en deux heures. (*The Lancet*. Mai 1886, p. 870.)

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Ch.-V. Zenger adresse une note sur *la phosphorographie appliquée à la photographie de l'invisible.*

« En observant le mont Blanc après le coucher du soleil, au commencement de septembre 1883, j'avais été frappé de ce fait, que la lueur bleu-verdâtre pouvait rester perceptible jusqu'à dix heures et demie ; j'ai été conduit à penser que la glace de la cime, mêlée aux débris du carbonate de chaux, émet une lumière d'une couleur très semblable à celle des eaux du lac Léman, et qu'il serait possible de fixer l'image de la montagne, à la nuit, par la lumière phosphorescente de la glace, qui se trouve être très actinique.

« A mon retour, j'ai fait une expérience consistant à projeter les images données par les lentilles photographiques dans la chambre noire sur une plaque de verre couverte d'une couche de phosphore de Balmain, uniformément répandue sur la plaque, comme lorsqu'il s'agit de recouvrir une plaque de verre avec du collodion. Après une exposition de quelques secondes, j'ai pris la plaque de la chambre noire, à l'obscurité, pour la mettre en contact avec une plaque sèche photographique pas trop sensible. Après une heure de contact à l'obscurité, j'ai vu apparaître l'image de l'objet, comme s'il s'agissait d'une prise ordinaire, avec tous les détails.

« Mais l'observation faite à Genève m'a fait penser que le carbonate de chaux, illuminé par un soleil brillant pendant le jour, pourrait émettre des rayons invisibles, mais très actiniques. J'ai fait l'expérience pendant la nuit du 17 mai de l'année suivante 1884, le ciel étant couvert. L'exposition de la plaque, à minuit, sur la terrasse de l'observatoire astrophysique de Prague, pendant quinze minutes, a donné des images assez bonnes des tours et des édifices environnants, après un contact de la plaque phosphorescente avec la plaque photographique prolongé jusqu'au matin du jour suivant. Il y a donc des radiations émises par des corps insolés, radiations assez actiniques, même jusqu'à minuit, en absence de toute autre lumière.

« J'ai répété ces expériences plus tard, avec du papier imprimé, que j'ai placé pendant la journée en plein soleil. Après une heure d'insolation, j'ai opéré le contact avec du papier photographique ordinaire, à la chambre noire. L'impression du papier s'est opérée en peu d'heures, en sorte qu'on n'a pas besoin de développer l'image, mais seulement de la fixer. Les lettres apparaissent nettement en noir, et j'ai fait usage de cette méthode pour copier des notes imprimées.

« Cette expérience m'a conduit enfin à supposer que la lumière peut être absorbée et rendue ensuite lentement, et qu'on peut fixer les images des corps invisibles à l'obscurité, par le simple contact ou par l'appareil photographique.

« Ne se peut-il pas qu'il existe nombre de corps célestes qui, étant illuminés pendant des périodes plus ou moins longues, rendent ensuite lentement cette lumière quand ils sont noyés dans les ténèbres, mais comme lumière actinique, comme les murs illuminés pendant le jour rendent pendant la nuit la lumière absorbée.

« La confection des cartes célestes pourrait en tirer avantage ; car, avec un télescope de 8 pouces d'ouverture et 41 pouces de foyer, peu de secondes suffisent pour imprimer la plaque phosphorescente et pour représenter les étoiles jusqu'à la 9e grandeur, quand on produit à l'obscurité le contact de la plaque phosphorescente ainsi imprimée avec une plaque au gélatinobromure d'argent.

« Tout récemment, j'ai eu l'idée de faire des expériences avec des corps fluorescents et sensibles à la lumière actinique, comme les uranates et les nitrates d'urane. En imbibant du papier anglais, de texture très égale, avec une solution de 10 pour 100 du nitrate d'urane, et en produisant le contact direct avec un dessin, un papier imprimé, etc., préalablement insolé, ou en produisant à la chambre noire l'image donnée par la lentille photographique sur le papier préparé et collé à une plaque de verre, j'ai toujours obtenu des images latentes, qui peuvent être développées après des mois, à la condition qu'on les tienne pendant ce temps à l'obscurité et dans l'air tout à fait sec.

« On peut ainsi obtenir des images de nombre de corps, dans l'obscurité, quand ils jouissent, comme le carbonate de chaux, le papier, etc., de la propriété de rendre lentement la lumière absorbée pendant l'insolation. On peut reproduire des objets qui, jusqu'ici, sont demeurés tout à fait invisibles à l'œil, en faisant des expositions prolongées avec des lentilles ou miroirs à très court foyer, sur des plaques enduites de substances phosphorescentes ou fluorescentes ; en opérant à l'obscurité et pendant un temps suffisant, avec une plaque plus ou moins sensible à l'émulsion d'argentobromure de collodion ou de gélatine.

« J'ai trouvé qu'il est avantageux de colorer ces plaques avec de la chlorophylle. Au collodion, on ajoute une solution éthérée et concentrée de chlorophylle ; tandis que, pour les plaques à gélatine, on fait usage d'une solution alcaline de chlorophylle. Les plaques ainsi préparées, isochromatiques et d'un vert grisâtre, sont sensibles pour toutes les radiations du spectre solaire, de l'ultra-rouge à l'ultra-violet. »

FORMULAIRE

Pommade contre la blennorrhée. — Unna.

Beurre de cacao	100	grammes.
Cire jaune	2 à 5	—
Nitrate d'argent	1	gramme.
Baume du Pérou	2	grammes.

F. s. a. une pommade. — On en enduit une sonde d'étain, avec laquelle on pratique le cathétérisme, dans le cas d'inflammation chronique de l'urèthre. Il a parfois suffi de 4 à 6 cathétérismes pour amener une guérison définitive. Dans d'autres cas, il a été nécessaire de répéter de 2 à 4 fois cette série de sondages. Enfin, pour certains malades, il a fallu joindre à ce traitement des injections de sulfophénate de zinc. — N. G.

COURRIER

La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire, à Paris, les 27 et 28 octobre prochain, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Les membres de la Société, qui désirent faire une communication dans cette session, sont priés de vouloir bien prévenir M. le secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 27 septembre, rue d'Amsterdam, 72 *bis*.

La communication doit être faite ou écrite en français.

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.

©BIU Santé

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.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

EXCURSIONS

SUR LES

CÔTES DE NORMANDIE ET EN BRETAGNE

Billets Circulaires, valables pendant **un mois** non compris le jour du départ (1)

1er Itinéraire — 1re Classe 60 fr. » — 2e Classe 45 fr. »
Paris.—Rouen.—Le Havre.—Fécamp.—Saint-Valery.—Dieppe.—Arques.—Le Tréport.—Eu.—Forges-les-Eaux.—Gisors.—Paris.

2e Itinéraire — 60 fr. » — 45 fr. »
Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Paris.

3e Itinéraire — 80 fr. » — 65 fr. »
Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Cherbourg.—Caen.—Paris

4e Itinéraire — 90 fr. » — 70 fr. »
Paris. — Granville. — Avranches. — Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan.—Paramé.—Dinan.—Rennes.—Le Mans.—Paris.

5e Itinéraire — 100 fr. » — 80 fr. »
Paris.— Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches.—Mt-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan —Paramé. Dinan. — Rennes.—Le Mans.—Paris.

6e Itinéraire — 100 fr. » — 80 fr. »
Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Paris.

7e Itinéraire — 120 fr. » — 100 fr. »
Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.—Fécamp.—LeHavre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan.—Rennes.—Laval.—LeMans.—Chartres.—Paris.

8e Itinéraire — 1re Classe 120 fr. » — 2e Classe 100 fr. »
Paris.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan.—St-Brieuc.—Lannion.—Morlaix.—Roscoff.—Brest—Rennes.—Le Mans.—Paris

9e Itinéraire — 130 fr. » — 110 fr. »
Paris.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé,—Dinan.—St-Brieuc.—Lannion.—Morlaix. Roscoff.—Brest.—Rennes.—Vitré.—Laval.—Le Mans.—Chartres.—Paris.

10e Itinéraire — 110 fr. » — 90 fr. »
Le Mans.—Alençon.—Argentan.—Caen.—Cherbourg.—Granville.—Avranches.—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo-St-Servan. Paramé.—Dinan. St-Brieuc,—Lannion.—Morlaix.—Roscoff.—Brest.—Rennes.—Vitré.—Laval—Le Mans.

11e Itinéraire — 110 fr. » — 90 fr. »
Rouen.—Dieppe—St-Valery-en-Caux Cany.—Fecamp—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.—Cherbourg.—Coutances.—Granville.—Avranches—Mont-St-Michel.—Dol.—St-Malo.—St-Servan.—Paramé.—Dinan.—Rennes.—Vitre.—Laval.—Le Mans—Alençon.—Argentan.—Lisieux.—Rouen.

NOTA.— Les prix ci-dessus comprennent les parcours en bateaux et en voitures publiques indiqués dans les Itinéraires.

Les Billets sont délivrés à Paris, aux Gares St-Lazare et Montparnasse et aux Bureaux de Ville de la Compagnie pour les neuf premiers itinéraires seulement.

(1) La durée de ces Billets peut être prolongée d'un mois, moyennant la perception d'un supplément de 10 0/0, si la prolongation est demandée, aux principales gares dénommées aux itinéraires, pour un billet non périmé.

Bulletin bibliographique.

Annuaire des spécialités médicales et pharmaceutiques (septième année) pour 1886. 1 vol. in-16, 470 pages. Cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Georges Carré, éditeur, 112, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

@BIU Santé

Sommaire

I. R Longuet : L'origine tellurique de l'ictère catarrhal. — II. Bibliothèque : Notes cliniques sur quelques maladies des enfants. — Etude clinique sur la période de réaction du choléra. — III. Revue des Journaux : Un cas de cachexie strumiprive. — Contribution à l'étude de la rubéole. — Otorrhagie menstruelle. — La disparition du goître dans le Derbyshire. — La phthisie des chapeliers. — IV. Sociétés médicales des départements : Société de médecine d'Angers (1er sem. 1886). — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Bulletin bibliographique

L'origine tellurique de l'ictère catarrhal.

I

L'ictère catarrhal a été récemment l'objet de travaux qui sont de nature à amener une transformation complète dans les idées ayant cours sur sa nature et ses causes.

On doit convenir que ni l'un ni l'autre de ces points de vue n'avaient reçu des données classiques une solution bien satisfaisante pour l'esprit. Le bouchon muqueux résultant d'une phlegmasie propagée du duodénum aux voies biliaires, cette fameuse virole épithéliale, admise sur la foi de Virchow, retrouvée par de rares et privilégiés observateurs, est une de ces explications faciles dont le succès s'explique en pathologie, mais qui trouvent difficilement créance auprès des cliniciens sérieux. Du reste, la tendance était à substituer à cette notion si aventurée, un mécanisme pathogénique plus vraisemblable et plus physiologique, le spasme des voies biliaires, démontré expérimentalement (R. Lépine), et dont on conçoit immédiatement l'influence sur la circulation de la sécrétion spécifique.

Mais il est moins question ici de la cause prochaine de l'ictère, de son déterminisme immédiat, que de sa nature et de son origine ; il s'agit moins de pathogénie que d'étiologie. Il y a là deux problèmes indépendants, et nous n'avons pas à nous préoccuper de savoir si la solution introduite aujourd hui pour l'un d'eux ne devient pas pour l'autre une source de nouvelles difficultés.

M. A. Chauffard a démontré que l'ictère est une maladie cyclique, présentant, sous l'apparente insignifiance des phénomènes généraux, les caractères cliniques d'une affection aiguë, *totius substantiæ*, accusée notamment par les particularités de la sécrétion urinaire. M. Kelsch était depuis longtemps parvenu au même résultat et avait parfaitement vu, dans une épidémie d'ictère observée à Constantine en 1878, que les urines et l'urée, réduits à un chiffre de beaucoup inférieur à la normale, au début, se relevaient brusquement vers le onzième jour, pour revenir ensuite, avec ou sans oscillation, à la moyenne normale.

Prenant en outre en considération l'albuminurie, la prostration des forces, l'endolorissement de certaines masses musculaires, l'épistaxis, l'amaigrissement, la lenteur de la convalescence, qui se rencontrent dans des cas particuliers, M. Kelsch n'hésitait pas, dans son enseignement du Val-de-Grâce, à émettre l'opinion que « l'ictère est une maladie spécifique dont la vraie nature est dissimulée à la fois par l'exiguité des troubles généraux et par l'éclat d'un symptôme unique, la décoloration anormale de la peau ».

Ces arguments cliniques se renforcent aujourd'hui de considérations empruntées aux caractères épidémiologiques de la maladie et de la démonstration de l'origine ectogène de l'agent infectieux ; ce faisceau de preuves

©BIU Santé

édifie d'une façon définitive la notion de l'*ictère catarrhal infectieux, spécifique, d'origine tellurique* (1).

II

L'ictère règne dans l'armée à l état sporadique et sous forme de petites épidémies ; maladie saisonnière, on l'observe surtout à la fin de l'hiver et au commencement du printemps. En Allemagne, on évalue sa fréquence à 2 ou 3 cas pour 1,000 hommes présents. Les hommes atteints sont presque toujours de jeunes soldats, les premiers, comme on sait, à payer leur tribut à toutes les maladies zymotiques.

Très fréquemment la garnison est seule atteinte au milieu d'une population urbaine restée indemne ; bien plus, dans cette garnison, c'est telle caserne qui est plus particulièrement touchée, tel pavillon dans cette caserne, et dans ce pavillon, telle chambrée ou telle fraction de corps de troupe (2). Il est toujours possible de reconnaître l'existence d'un foyer primitivement circonscrit, d'où la maladie, prenant son essor, semble s'être est diffusée dans des directions diverses.

Il en va bien ainsi, on le sait encore, et peut-être même avec un caractère moins étroit de limitation, de la plupart des maladies infectieuses qui sévissent dans l'armée, de la fièvre typhoïde, par exemple, pour ne pas parler de maladies à contage intensif, dans l'expansion desquelles intervient un élément qui modifie notablement les conditions de la propagation épidémique, et qu'il ne saurait être question d'attribuer à l'ictère.

« La circonscription de l'affection est un témoignage certain de la limitation de la cause » dit excellemment M. Kelsch ; et cette constatation permet d'exclure de l'étiologie, au moins en tant que causes efficientes, les influences météoriques, les vicissitudes atmosphériques, le froid, la chaleur, l'humidité, modificateurs généraux dont l'action combinée ou l'intervention isolée, est incompatible avec une localisation d'exception.

Est-on autorisé à rejeter également de cette étiologie les facteurs particuliers à la vie du soldat, le surmenage qui accompagne l'entraînement militaire, une nourriture grossière et indigeste, la possibilité d'une intoxication alimentaire, etc. ?

La question est opportune : M. Chauffard est porté à faire de l'ictère une autoinfection causée par la résorption de poisons putrides formés dans l'intestin. Il serait possible assurément que sous l'influence de conditions anti-hygiéniques de toute nature subies en commun par une collectivité, il se développât dans l'organisme sous forme d'une leucomaïne, les éléments d'une infection spécifique dont l'ictère ne serait qu'une manifestation.

Mais ici, et pour aller droit au fait, l'histoire des épidémies d'ictère des armées signale une relation si constante avec des circonstances de fait extérieur, matérielles et tangibles, qu'on a aucun motif pour aller chercher ailleurs, sinon la nature intime, du moins l'origine évidente du poison ictérogène.

(1) De la nature de l'ictère catarrhal, par Kelsch, professeur au Val-de-Grâce. (*Revue de médecine*, août 1886.

(2) Comme épidémie de *maisons*, voir la récente relation de L. d'Astros (*Marseille médical* et *Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, 1886, 8. — Comme exemple d'épidémie généralisée, on peut citer celle de Paris, 1871, qui s'étendit à la banlieue et atteignit également l'élément civil et militaire. (E. Decaisne, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1871, II, p. 1486.)

III

A Arras, en décembre 1864, on venait d'effectuer, pour la première fois depuis dix ans, le curage du fossé des fortifications alimenté par le Crinchon, petit ruisseau qui traverse la ville. La vase déposée à l'extrémité du bassin curé avait été recouverte d'une hauteur de terre de 30 centimètres. Quelques semaines après, en février 1865, se développait, parmi les militaires logés dans un bâtiment parallèle à ce bassin, une épidémie d'ictère sans gravité dont le reste de la garnison fut absolument exempt.

De plus, le Crinchon ayant été également curé dans l'intérieur de la ville, 9 cas d'ictère furent signalés parmi les habitants, des femmes et des enfants notamment, dont les maisons avoisinaient les travaux; l'une de ces maisons se trouvait en face d'un égout collecteur; 3 cas appartenaient à une rue où convergeait le réseau de ces canaux et où la déclivité amoncelait un maximum de dépôts vaseux.

Les travaux sont continués l'année suivante : 6 nouveaux cas d'une forme d'ictère plus sévère que dans la première épidémie se manifestent, dans les mêmes bâtiments militaires, sur des hommes qui n'avaient pas été atteints précédemment.

Deux ans plus tard, à la suite de nouveaux travaux dans le lit du Crinchon, un des terrassiers est encore pris d'ictère; et, incident significatif, un officier désœuvré, qui avait suivi pendant quelques heures cette opération, est atteint à son tour, quatre jours plus tard, d'un ictère général avec fièvre intermittente et éruption (1).

L'enchaînement de ces faits si nets a été suivi, avec autant de patience que de perspicacité, par le médecin-major Rizet. A Saint-Dié, en 1880, le médecin-major Eudes observe, sur les hommes du 10e bataillon de chasseurs, une épidémie développée dans des circonstances analogues (2).

On procédait à l'installation d'un égout et à la réfection de quelques planchers dans une caserne baraquée située en dehors de la ville sur un terrain d'alluvions. Une fosse provisoire, destinée à recevoir les eaux ménagères et pluviales, était devenue une véritable mare qui se desséchait par les temps chauds et laissait à découvert une couche noirâtre de matières en décomposition qui, par le vent du Nord, incommodaient les baraquements d'émanations insupportables.

Une autre source d'infection provenait de la mise à découvert, après l'enlèvement des planchers, d'un épais terreau formant hourdage, saturé de matières organiques de toute provenance, et qui, rejeté au dehors des baraques, n'était pas toujours enlevé sur-le-champ.

C'est dans ces conditions qu'apparaissaient en peu de temps, dans le Bataillon, 22 cas d'ictère dont la plupart étaient fournis par la Compagnie la plus rapprochée des sources d'infection signalées.

De semblables faits ont été relevés à l'étranger : en Russie, par Seeland, à propos des ictères assez fréquents observés en Sibérie, dans le district d'Amur; à Neuf-Brisach, où le médecin-major Helfer incrimine un fossé où se déversent les égouts de la ville et du canal de Vauban, d'une pente insuffisante, comme cause d'une épidémie d'ictère qui atteignit particulièrement les hommes casernés dans leur voisinage immédiat.

(1) *Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, 1867. XIX.
(2) *Archives de méd. et de pharm. milit.*, 1883. I.

©BIU Santé

Si l'on ajoute que, dans toutes ces épidémies, la fièvre intermittente était observée en coïncidence avec l'ictère, chez les mêmes malades ou chez des sujets différents, on aura fourni un dernier et décisif argument en faveur de l'origine tellurique de la maladie.

De curieuses observations faites sur la garnison de Magdebourg mettent en évidence le rôle identique des eaux souillées de matières organiques, véhicule et peut-être même milieu de culture de l'agent pathogène de l'ictère.

De 1873 à 1875, de nombreux cas d'ictère apparurent chaque année, à l'époque des baignades, parmi les militaires fréquentant une école de natation installée sur l'Elbe, en aval de la ville, au-dessous de l'abouchement des égouts, qui avaient abandonné sur les rives, pendant les basses eaux de l'été de 1874, une boue noirâtre et infecte. Le médecin-major Torges admet que les hommes exercés à nager et à plonger avalaient involontairement des gorgées d'une eau saturée de matières organiques de cette provenance. Dans ce cas, l'infection se serait donc produite par les voies digestives.

Le fait garde toute sa portée, qu'on accepte ou non cette interprétation. Les autres corps de troupe, en effet, dont les exercices de baignade se passaient ailleurs, dans un autre bras de l'Elbe, n'avaient point d'ictériques, pas plus, du reste, que la population civile de Magdebourg; et, en 1876 et 1877, l'école de natation ayant été transportée en amont de la ville, l'ictère ne se traduisit plus dans la garnison que par un chiffre insignifiant.

Il est à remarquer que les corps où s'était montré l'ictère présentèrent en même temps un plus grand nombre de fièvres typhoïdes qu'aucun autre de la garnison. Cette coïncidence a été relevée ailleurs; bornons-nous à l'enregistrer pour le moment comme un fait d'observation.

De tous ces faits, M. Kelsch déduit avec une logique inattaquable les conclusions suivantes, transcrites textuellement :

L'ictère catarrhal sporadique ou épidémique est une maladie spécifique, infectieuse.

L'agent infectieux se développe en dehors de l'organisme.

Les foyers générateurs sont les mares, les vases, le sol riche en matières organiques de nature végétale ou animale, enfin les eaux tenant en suspension ces matières.

Ces foyers infectieux lui étant communs avec la malaria et la dothiénentérie, on s'explique la coïncidence signalée, dans certains cas, des épidémies d'ictère et de fièvre intermittente ou typhoïde.

IV

La notion introduite par M. Kelsch n'offre pas seulement l'avantage de substituer une donnée ferme, positive, dont on entrevoit immédiatement l'application à la médecine préventive, à des lieux communs étiologiques absolument vains pour la prophylaxie; elle resserre, entre l'ictère catarrhal et l'ictère grave, des liens déjà cimentés par les affinités cliniques et épidémiologiques, mais laissant intacte la question de *nature*, ramenée aujourd'hui à une question de *degré*.

L'ictère catarrhal et l'ictère grave peuvent régner simultanément; l'ictère simple se rencontre dans les épidémies d'ictère grave, et l'ictère grave se signale par cas isolés dans le cours des épidémies d'ictère catarrhal; il y a

des formes bénignes d'ictère grave; il y a des formes graves d'ictère simple, et, dans une même épidémie, des formes de transition établissent de l'un à l'autre un passage gradué et insensible.

« Il s'agit donc, au fond, d'un seul et même processus; l'ictère simple n'est que la forme abortive de l'ictère grave, comme la fièvre gastrique n'est que l'expression atténuée de la fièvre typhoïde. »

Etiologiquement, que relève-t-on de plus net et de plus constant dans l'origine des épidémies d'ictère grave?

Dans l'épidémie qui sévit au mois de mai 1865 sur la garnison de Saint-Cloud et qualifiée de *fièvre bilieuse grave à cachet typhique prononcé*, Worms et Froppot incriminèrent l'usage d'eaux malsaines provenant d'un réservoir mal construit, qui n'avait pas été curé depuis cinq ans, et dont le fond contenait une épaisse couche de vase formée de détritus animaux et végétaux (1).

Dans l'épidémie de Lourcine, bien étudiée par Laveran, — *fièvre rémittente bilieuse*, — on invoqua simultanément le voisinage de la Bièvre, ce cloaque, et le réservoir mal entretenu d'eau d'alimentation où on alla jusqu'à retrouver des cadavres de rats (2). Il est vrai que cette découverte a fait émettre des doutes rétrospectifs sur la véritable nature des accidents observés, rapportés à un empoisonnement phospho é dont les rats auraient été les agents. La même objection a été soulevée à propos de l'épidémie de Saint-Cloud ; mais le rapprochement avec les observations rapportées plus haut, rétablit définitivement les faits sous leur véritable jour. La nocuité de la Bièvre est d'ailleurs bien connue; Lancereaux n'hésite pas à rapporter à ses émanations proverbiales quelques cas d'ictère développés chez un tanneur, au même titre que, dans un autre exemple, un égoutier était atteint d'un ictère qu'on peut bien chez lui considérer comme une maladie professionnelle (3).

Dans une épidémie d'ictère grave observée sur la garnison de Lille, en juin 1877, J. Arnould et Coyne ne parviennent, il est vrai, à relever aucune cause d'insalubrité provenant du sol ou des eaux; cependant, lorsqu'on considère que les dix malades atteints appartenaient tous à deux pavillons contigus d une caserne Vauban où la maladie resta strictement localisée, et que sur ces dix malades, cinq avaient des occupations sédentaires, on se défend difficilement de penser que ces malades ont contracté de quelque vice ignoré du casernement le germe de leur affection (4).

Plus récemment, en juin 1885, sévissait sur la garnison de la caserne de la Nouvelle-France, à Paris, une épidémie mixte de fièvre typhoïde et d'ictère grave qu on put rattacher avec précision à l'altération de l'eau potable mise en distribution dans cette caserne (5). Cette eau vient, en effet, du canal de l'Ourcq; c'est déjà l'eau de Paris la plus chargée de matières organiques. Traversant deux filtres et captée dans un réservoir primitif qui n'avait pas été nettoyé, comme les filtres d'ailleurs, depuis plusieurs mois, cette eau avait fini par acquérir une saveur désagréable et provoqué de nombreuses plaintes. Un premier curage sommaire de

(1) *Gaz. hebdom.*, 1865, p. 519 et 532, et *Rec. de mém. de méd. et de chir. milit.* 1865, XIV.

(2) *Rec. de mém. de méd. et de thérap. milit.*, 1866, XVI

(3) *Revue de médecine*, 1882, II, 5, p. 609.

(4) *Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 114 et suivantes.

(5) Thèse de Rouffignac, Paris 1885.

©BIU Santé

la cuve n'avait abouti qu'à faire arriver aux bornes fontaines une eau plus mauvaise que jamais. Le casernier descend de nouveau dans la cuve où il opère un nettoyage plus complet; l'opération se prolonge un certain temps; cet homme est pris de symptômes d'ictère grave auxquels il succombe huit jours après. C'est le seul décès qui ait été observé.

On a fait remarquer, en outre, que de tous les sous-officiers de la caserne de la Nouvelle-France, vivant à la cantine, buvant peu ou pas d'eau, ou ayant les moyens de la corriger, un seul fut atteint; puni de prison, il en était réduit, comme les soldats, à l'eau de distribution.

Tous ces faits démontrent surabondamment que c'est bien l'eau qui est l'intermédiaire de cette intoxication spéciale, le véhicule du poison ictérogène intensif « analogue à celui qui fait la fièvre typhoïde », disait déjà Trousseau qui, sans pousser plus loin l'analyse étiologique, en attribuait la genèse aux vices de l'hygiène et à l'insalubrité de certaines habitations (1).

Ils établissent une relation de plus entre l'ictère catarrhal et l'ictère grave, compris désormais dans le ressort des mêmes moyens prophylactiques.

R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

NOTES CLINIQUES SUR QUELQUES MALADIES DES ENFANTS, par le docteur Eugène REVILLIOD, ancien interne des hôpitaux de Paris ; 1886. — G. Steinheil, éditeur.

La dissertation inaugurale de notre excellent collègue contient sous un titre un peu vague et trop modeste d'excellentes choses. Ce volume de plus de 200 pages est composé de mémoires fort intéressants sur quelques-uns des sujets qui se présentent le plus souvent à l'observation du médecin d'enfants, la broncho-pneumonie, la pneumonie franche et la congestion pulmonaire, la tuberculose, la méningite, la fièvre typhoïde, les tumeurs cérébrales, les néphrites, etc. Ayant pendant un an recueilli des faits sous la haute direction de son maître, M. Cadet de Gassicourt, M. Revilliod a pensé faire œuvre utile en les classant, en les comparant, pour mettre ensuite en lumière ce que chacun de ces faits offre de digne des réflexions des cliniciens.

A propos de la fièvre typhoïde, M. E. Revilliod nous dit que l'œdème du scrotum, la lenteur et les irrégularités du pouls sont deux phénomènes fréquents chez les enfants, qu'ils peuvent précéder de quelques jours le déclin de la température, l'accompagner ou faire leur apparition dans le cours de la convalescence. Dans le premier cas, ils peuvent servir à prédire l'époque prochaine de la défervescence. — A propos des rechutes, l'auteur admet, comme on tend de plus en plus à le faire, que la fièvre typhoïde à rechute est une forme particulière, séparée seulement par des nuances de la forme prolongée et de la forme lente à dépression moyenne (C. de Gassicourt), sans que les causes banales, telles que les écarts de régime, jouent probablement aucun rôle dans l'étiologie de la rechute.

A propos de la pneumonie franche, elle siège, d'après les observations de Revilliod, plus souvent au sommet chez l'enfant que chez l'adulte ; l'herpès n'est pas un phénomène critique ; la coexistence d'un épanchement pleurétique n'est pas rare. Lorsque la pneumonie se résout lentement et survient plusieurs fois chez le même sujet au même point du poumon, on doit soupçonner la tuberculose, et on peut être certain de l'existence de celle-ci, s'il vient s'ajouter d'autres manifestations tuberculeuses, telles que l'otite. La congestion pulmonaire peut apparaître sous forme de poussées au cours ou au déclin de la pneumonie même sans rapport de voisinage avec la lésion inflam-

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1865, III, 268.

matoire. Le diagnostic de la pneumonie avec la congestion pulmonaire peut être presque impossible quelquefois d'après les seuls signes physiques, et le mode de début peut se faire avec le même fracas pour la seconde ; mais on songera que celle-ci se distingue par la brièveté de son cycle fébrile, la mobilité de ses signes physiques, le peu de temps qu'elle met à se résoudre. Il ne sera quelquefois possible de se prononcer qu'après 24 ou 48 heures d'observation.

Signalons comme particulièrement digne d'être lu le chapitre dans lequel l'auteur établit un intéressant parallèle entre les broncho-pneumonies qui surviennent dans la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde et la diphthérie.

Le travail de M. Revilliod se termine par une statistique qui donne une idée de l'activité d'un service de maladies d'enfants. M. Revilliod fait mention d'un certain nombre de maladies contagieuses contractées dans les salles par des enfants entrés pour des affections d'une autre nature. Il insiste avec raison sur l'urgence qui s'impose d'isoler non seulement la diphthérie, mais aussi les fièvres éruptives, et en outre de créer des salles d'attente pour les cas où le diagnostic est difficile à faire dès l'arrivée. Nous nous associons de grand cœur à ce vœu, et nous envoyons tous nos souhaits de réussite à notre collègue qui, après avoir fait de si solides études à Paris, ne peut manquer d'en recueillir bientôt à Genève les plus heureux fruits, sous les auspices de son oncle le professeur Revilliod. — P. Le Gendre.

Etude clinique sur la période de réaction du choléra, par M. Constantin Oddo. Paris, 1886. Lecrosnier.

Écho des épidémies déjà un peu oubliées de 1884 et de 1885, cette thèse a été écrite au moyen d'observations personnelles recueillies par l'auteur pendant le choléra marseillais. Cette brochure est donc un travail de clinique pure ayant pour but de faire connaître ce que notre confrère a vu, et non pas de donner des considérations théoriques souvent plus brillantes que durables.

A ce point de vue, la période de réaction du choléra offre un champ assez vaste à l'observateur. En effet, tandis que les premières phases de la maladie se développent avec une monotonie et une rapidité désespérantes, celle-ci emprunte ses caractères à l'individualité propre du malade. De là des formes diverses dont il serait aisé de multiplier le nombre et que M. Oddo groupe dans trois classes : 1° les réactions régulières ; 2° les réactions insuffisantes ; 3° les réactions excessives.

Les premières sont celles où, selon l'expression de M. Mesnet, « toutes les fonctions « se rétablissent parallèlement et sans précipitation », et dans lesquelles, ajoute l'auteur, « la rapidité de la réaction est proportionnelle au degré d'altération que les fonc- « tions ont subie dans la première période ». Muni de ce terme de comparaison, il considère comme incomplètes les réactions caractérisées « par la persistance ou la « réapparition de certains symptômes de la période algide, et comme excessives les réactions trop brusques ou trop intenses.

Il étudie chacune de ces réactions dans les divers systèmes : tube digestif, appareils circulatoire, respiratoire, sécrétoire, système nerveux, etc., etc. ; — arrive ainsi à discuter la valeur clinique des formes de réaction irrégulière : formes cérébrales avec leurs variétés comateuse, délirante ou ataxo-adynamique ; forme pulmonaire et forme gastro-intestinale, — et termine par la description des accidents divers de la période réactionnelle : éruptions, érysipèle facial, parotidite, tétanie, ictère et gangrène.

Dans le chapitre du pronostic, il constate que les réactions normales s'observent dans la moitié des cas. Tel est, du moins, le résultat des statistiques de l'épidémie marseillaise de 1884 et 1885. Les réactions insuffisantes de forme asphyxique sont les plus fréquentes ; viennent ensuite les réactions cérébrales à forme comateuse, les réactions ataxo-adynamiques, les réactions gastro-intestinales et, au dernier rang, les réactions fébriles et excessives.

Le nombre total des décès a été de 131 sur 466 malades entrés en réaction ; dans une série de 135 guérisons, on a compté 104 cas compliqués d'accidents.

Parmi les résultats thérapeutiques, les plus satisfaisants, bien que la méthode ait été employée dans un petit nombre de cas, ont été obtenus par l'application sur la colonne

vertébrale des sacs à glace de Chapmann. On sait d'ailleurs qu'elle a procuré des succès entre les mains de M. Peter. Les essais entrepris à l'hôpital du Pharo confirment donc ceux du savant médecin de l'hôpital de la Charité.

Par cette analyse, fort abrégée d'ailleurs, on peut juger de la richesse du mémoire de M. Oddo en documents cliniques. Nous pensons qu'il obtiendra, auprès du lecteur curieux d'explorer l'histoire encore imparfaite du mal indien, un succès plus grand qu'un simple succès d'estime. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de cachexie strumiprive, par Hans Schmid. — Les premiers faits de cette nature ont été relevés en Suisse, en Autriche et dans l'Allemagne du Sud; ils sont dus à Kocher, Reverdin, Julliard, Baumgærtner, Grundler, Pietrzikowski, Mikulicz, Crédé, Mayer et Rotter. Sur les 25 opérations de thyroïdectomie dues à Kuster, on trouve 6 extirpations totales, 17 partielles, et deux dernières, également complètes, pour des tumeurs malignes. De ces deux derniers opérés, l'un est mort à la suite d'accidents septiques; l'autre, plus tard, après métastase. Les malades auxquels il a été fait une ablation partielle ont tous survécu, ou du moins quatre ans après, on en avait de bonnes nouvelles, — sauf pour deux d'entre eux qui n'ont pu être retrouvés; — aucun trouble ne s'était manifesté du côté du larynx, des nerfs ou du cerveau. — Les résultats sont tout différents en ce qui concerne les ablations totales. Deux sont morts d'hémorrhagie après l'opération; le troisième, qu'on avait revu bien portant un an après l'opération, était, peu après, mort de diphthérie; le quatrième, une jeune fille, gardait toutes les apparences d'une santé florissante au bout de plusieurs années; le cinquième avait dû subir la trachéotomie six mois après l'opération pour une paralysie des dilatateurs de la glotte, dont il existait, il est vrai, quelques signes dès avant l'opération. Le sixième est un des beaux exemples connus de cachexie strumiprive, et son observation mérite d'être rapportée.

Le sujet, garçon de 14 ans, arrivait, en juillet 1883, à l'hôpital Augusta, porteur d'un goître énorme. Il habite la frontière polonaise, région peu montagneuse où le goître est inconnu. Ses parents en sont indemnes, mais son frère, plus jeune de deux ans, présente également un goître non congénital qui ne donne lieu à aucune gêne appréciable. La tumeur, congénitale aussi chez notre sujet, a d'abord été stationnaire, puis, dans ces derniers temps, a crû rapidement, origine d'une profonde dyspnée dans le décubitus horizontal, à la suite d'une marche un peu rapide, à l'occasion d'un catarrhe pulmonaire, etc. L'état général est mauvais. Le goître, colossal, se compose de deux tumeurs symétriques de chaque côté de la trachée qu'on ne sent pas. On se décide à une extirpation totale dont on ne connaissait pas alors les dangers. Opération faite en deux fois; trachéotomie, perte de sang considérable; on trouve la trachée déformée en lame de sabre, déjetée, ramollie; pansement iodoformé, suture partielle, etc. Au bout de six semaines, ce garçon quittait l'hôpital guéri, absolument transformé au physique et au moral.

Près de trois ans après l'opération, tout récemment par conséquent, comme on avait demandé au père des nouvelles de l'opéré, on apprenait qu'il s'était d'abord très bien porté pendant un certain temps, puis qu'il avait commencé à décliner pour en arriver au point où on le trouve aujourd'hui. A la maison, il demeure oisif, immobile dans un coin, quand il ne dort pas profondément; il n'est pas capable de faire la moindre besogne et ne peut jamais achever ce qu'on lui a commandé. Il ne se mêle pas aux camarades, reste toujours seul, la physionomie indifférente ou maussade, ne rit pas, ne joue pas, ne prend d'intérêt à rien. On l'amène à la Clinique. Il a aujourd'hui 17 ans; il n'a pas grandi depuis trois ans; la croissance est complètement arrêtée, les muscles sont mous, le panicule adipeux très réduit, la peau flasque; le teint pâle; le dos de la main est œdémateux. Les muqueuses sont décolorées; le pénis a ses dimensions normales, les testicules sont petits; aucun poil dans la région; ventre tendu; pas de tumé-

faction de la rate. On constate que la trachée, rejetée sur le côté, est réduite et amincie; pas de trace de thyroïde. Les bruits du cœur, le pouls sont normaux. Pas de catarrhe pulmonaire. La tête, volumineuse, est disproportionnée avec le reste du corps, les cheveux rares, secs, plats, après avoir été bouclés. La voix est normale, mais le langage lent, traînant. La physionomie est sans aucune expression, ou même stupide. Il répond aux questions assez justement et a encore quelque spontanéité dans la conception. Il a oublié tout ce qu'il avait appris autrefois, et n'a rien retenu depuis.

L'hypothèse la plus plausible pour expliquer ces graves désordres est celle qu'a soulevée Kocher : la ligature des artères thyroïdiennes inférieures compromet la nutrition de la trachée, qui n'atteint point son développement normal et ne permet point l'apport aux poumons de l'oxygène nécessaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 1886. 31.) — R. L.

Contribution à l'étude de la rubéole, par Reginald J. Ryle. — L'existence indépendante de cette fièvre éruptive est assez contestée encore pour qu'on accueille avec intérêt les faits de nature à jeter quelque lumière sur la question. On doit convenir d'ailleurs que les auteurs sont en divergence sur bien des points; que Trousseau, Thomas et Vogel ont émis sur la durée de l'incubation, les caractères de l'éruption, des opinions toutes contradictoires. Les deux faits observés par l'auteur sont les suivants : Jeune femme ayant eu la rougeole quelques années auparavant; elle n'a éprouvé ni céphalée, ni angine, ni coryza, ni aucun malaise avant une éruption qui est la plus apparente aux joues, un peu moins au front, et disparaît à l'origine des cheveux. Elle consiste en petites taches légèrement proéminentes et aérolées, nulle part confluentes, d'une couleur rose pâle, séparées par une peau normale ou légèrement congestionnée; les paupières n'étaient pas gonflées et il n'y avait rien, en général, de la bouffissure de la rougeole. Abondante sur le cou et les épaules, l'éruption était beaucoup plus discrète sur les bras. Rougeur diffuse de la gorge, peu ou pas d'amygdalite, mais une glande légèrement développée à l'angle de la mâchoire de chaque côté; les ganglions du triangle postérieur et occipitaux sont également pris. Pouls à 80; température, 37°. Après deux ou trois jours sans fièvre et sans malaise particulier, la gorge devient douloureuse et il y a une petite toux sèche, fréquente; ces symptômes durent quelques jours, les ganglions du cou, moins durs, disparaissent dans les dix jours; pas de desquamation.

La sœur de la précédente malade n'a pas eu la rougeole; quinze jours après l'éruption de celle-ci, elle ressent un peu de malaise, de l'angine, de la céphalée; quelques ganglions cervicaux apparaissent, et deux jours après se montre une éruption en tout semblable à la précédente. A ce moment, plus de coryza, d'angine, de céphalée; aucun malaise. Dans les cinq ou six jours qui suivent, les glandes se ramollissent; la peau est le siège de démangeaisons; il y a une petite toux sèche; puis l'angine augmente; il y a un peu de fièvre; léger degré de stomatite; des glandes de l'aisselle se prennent; desquamation; puis nouvelle éruption sur le cou, la poitrine et les épaules; fièvre, etc. Les caractères de la nouvelle éruption auraient pu donner le change pour la scarlatine; il y a eu un peu de pleurésie par la suite.

Le diagnostic de rubéole est posé, à l'exclusion de la rougeole, par la précocité et les caractères de l'éruption, les adénites de siège spécial et symétrique, l'apparition tardive de l'angine.

Ces deux faits se rapprochent de ceux qui ont été observés, au nombre de 156 cas, par Tonge Smith, à l'hôpital des fiévreux de Londres; mais, outre qu'ils diffèrent légèrement entre eux, ils ne sont pas complètement conformes à la description de Fogge. (*The British med. Journ.*, 1886. 1334.) — R. L.

Otorrhagie menstruelle, par Stephenoff. — Ce cas est celui d'une jeune fille de 16 ans qui éprouvait des troubles nerveux aux approches de la période menstruelle. Une hémorrhagie vicariante survenait alors par les deux oreilles ou par une seule et durait pendant un jour ou deux. En même temps, elle était atteinte de palpitations et d'une vive douleur dans la région cardiaque. Il n'existait aucune lésion de l'oreille; cependant l'acuité auditive diminuait pendant la durée de l'otorrhagie. (*The N.-Y. med. Record*, 5 juin 1886. — C. L. D.

La disparition du goître dans le Derbyshire, par William Webb. — D'après cet observateur le goître est une affection destinée à disparaître avec l'accroissement des améliorations sociales et le progrès de la civilisation. Le goître, dit-il, aurait pour cause une augmentation des fonctions du corps thyroïde aboutissant à l'hypertrophie de ses éléments anatomiques. Il fonde cette opinion sur le rôle de suppléance qu'exercerait le corps thyroïde dans le cas où la respiration est gênée : pendant le sommeil, la grossesse, etc., etc. Les ouvrières des districts cotonniers du Derbyshire, y sont sujettes et M. Webb attribue cette prédisposition à l'excès de fatigue et à la mauvaise hygiène. Le goître est surtout commun parmi celles qui sont privées d'aliments substantiels et sa fréquence n'est pas en rapport avec la qualité des eaux.

Par contre, elle diminue dans les familles où l'hygiène s'améliore et où l'aisance s'accroît. On peut donc prévoir le jour où cette maladie aura disparu de la pathologie du Derbyshire. (*The N.-Y. medical Record*, 29 mai 1886, p. 629.) — C. L. D.

La phthisie des chapeliers, par Stockler. — Parmi les maladies professionnelles, les affections des voies respiratoires sont les plus fréquentes chez les ouvriers en chapeaux. Et, au nombre de ces derniers, la phthisie pulmonaire tient le premier rang. C'est surtout sur les *finisseurs* qu'elle exerce ses ravages qu'on attribue aux poussières répandues dans l'atmosphère de l'atelier. L'exposition aux vapeurs chaudes et acides qui se dégagent pendant les premières opérations de la fabrication est une autre cause de la fréquence des maladies des organes respiratoires. On peut la prévenir par la ventilation des chambres et l'aspiration des vapeurs.

La mortalité de ces ouvriers atteint son maximum entre la vingtième et la trentième année et la morbidité est d'autant plus grande que les ouvriers sont surmenés par un travail plus excessif. Les victimes sont donc relativement plus nombreuses parmi ceux de 18 à 25 ans qu'à une phase plus avancée de la vie. Néanmoins, la phthisie des chapeliers s'observe encore à un âge avancé. (*N.-Y. med. Journal*, 29 mai 1886, p. 601.)

C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

La doctrine antiseptique entraîne partout des convictions. M. Dezanneau est du nombre de ceux qui croient parce qu'ils ont vu ; en conséquence, il a voulu démontrer à ses collègues « l'efficacité et la nécessité » de la grande révolution chirurgicale contemporaine par ses *Remarques sur l'antisepsie chirurgicale*.

Après avoir longtemps suivi les prescriptions listériennes, notre confrère les a modifiées de la manière suivante. Il emploie deux solutions antiseptiques : 1° celle de Lucas-Championnière ; 2° la solution pour un litre d'eau distillée d'un mélange par parties égales de 50 centigrammes de bi-iodure de mercure, d'iodure de potassium et de carbonate de potasse.

L'iodure de mercure est plus antiseptique que l'acide phénique, celui-ci est plus irritant et plus coagulant que le premier. En outre, l'iodure altère moins les instruments ; M. Dezanneau réserve donc sa solution pour le lavage des mains et celui de la région opératoire, parce qu'elle est énergiquement microbicide, qu'elle n'irrite pas la peau, et que, par son alcalinité, elle dissout bien les matières grasses.

Il préfère encore cette solution pour le pansement des plaies parce qu'elle est plus stable et moins irritante que l'acide phénique ; cependant il pratique le lavage de la plaie après l'opération avec ce dernier, parce qu'il est hémostatique. Il applique le bi-iodure au moyen d'ouate salicylique dans obtenir l'occlusion de la plaie.

L'*empyème* a été le sujet de deux communications : l'une de M. Moreau, l'autre de M. Guichard. L'enfant opérée par M. Moreau était atteinte de pleurésie purulente et

fut guérie grâce à l'antisepsie et aux larges incisions intercostales dont notre confrère proclame la supériorité sur le siphon ou le tube à drainage étroit.

Dans les deux observations de M. Guichard, la pleurésie purulente siégeait à droite; la thoracentèse fut pratiquée, mais fut insuffisante. L'empyème permit de vider la cavité pleurale circonscrite par des adhérences chez le premier malade et amena la guérison. Chez la seconde malade, il existait un pneumothorax et un épanchement sus-diaphragmatique. La terminaison fut fatale, mais le siège de l'épanchement explique l'impossibilité du recollement.

Une autre communication de M. Moreau, sur un cas d'*insertion vicieuse du placenta*, a motivé un débat parmi les membres de la Société. Pendant l'accouchement, et avant le dégagement du tronc, notre confrère entendit des vagissements comparables, dit-il, « aux cris d'un enfant qu'on étoufferait sous des couvertures ». Les *vagissements intra-utérins* s'observent rarement, et notre confrère explique ce phénomène : 1° par le décollement prématuré du placenta et l'arrêt de la circulation placentaire; 2° la pénétration de bulles d'air dans la cavité utérine après l'écoulement des eaux de l'amnios, pénétration facilitée par les manœuvres obstétricales.

Le même observateur a encore entretenu ses collègues d'une opération de *résection des os de la jambe* pour une fracture comminutive, opération dont l'intérêt consiste surtout dans l'époque tardive où elle fut pratiquee. Enfin, M. Motais a lu une observation d'*énucléation de l'œil pour une irido-cyclite aiguë*, et M. Gripat celle d'une *plaie scrotale pénétrant à travers la paroi abdominale* jusqu'à l'ombilic et ayant été causée par une chute sur le manche d'une fourchette piquée en terre. L'habileté chirurgicale de notre confrère et l'antisepsie triomphèrent heureusement de ce traumatisme. — Ch. E.

FORMULAIRE

Potion hypnotique. — V. Audhoui.

Paraldéhyde		2 grammes.
Hydrolat de menthe poivrée	ââ	60 —
Hydrolat de fleurs d'oranger		
Sirop de gomme		25 —

F. s. a. une potion, à prendre en une ou deux fois, dans l'espace d'un quart d'heure, au moment où l'on veut provoquer le sommeil.

La dose peut être abaissée à 1 gramme, ou portée à 3 ou 4 grammes, suivant l'intensité de l'effet que l'on veut obtenir. — A la dose de 2 grammes, la paraldéhyde agit à peu près comme une dose semblable d'hydrate de chloral. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés pour trois ans :

1° *Chef de clinique médicale.* — M. le docteur Sarda, en remplacement de M. Brousse, dont le temps d'exercice est expiré.

2° *Chef de clinique des maladies des vieillards.* — M. le docteur Diffre, en remplacement de M. Sarda, appelé à d'autres fonctions.

3° *Chef de clinique des maladies des enfants.* — M. le docteur Breton, en remplacement de M. Hortoles, dont le temps d'exercice est expiré.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Hamilton (de New-York), décédé à l'âge de 73 ans.

©BIU Santé

Bulletin bibliographique.

La pratique des maladies vénériennes, par P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, 1 vol. in-8° de 560 pages. — Prix : 6 fr.

Coxotuberculose. Leçons faites à la Faculté de médecine par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, recueillies par le docteur Menard, chef de clinique de la Faculté. 1 vol. in-8° avec 35 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 fr.

Du sommeil non naturel. Ses diverses formes, par le docteur H. Barth, médecin des hôpitaux. Grand in-8° de 190 pages. — Prix : 4 fr.

De la médication abortive, par le docteur De Beurmann, médecin des hôpitaux. Grand in-8° de 260 pages. — Prix : 4 fr. 50.

Des paralysies toxiques, par le docteur E. Brissaud, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des crises dans les maladies, par le docteur A. Chauffard, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 130 pages. — Prix : 3 fr. 50.

De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, par le docteur J. Déjerine, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 308 pages, avec 70 tableaux généalogiques, dont 5 hors texte. — Prix : 7 fr.

Des pyrexies abortives, par le docteur Maurice Letulle, médecin des hôpitaux. Grand in-8° de 210 pages, avec 18 tracés. — Prix : 4 fr. 50.

Des parentés morbides, par le docteur Bonnet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8° avec nombreux tableaux. — Prix : 5 fr.

Ces neuf ouvrages se trouvent chez Asselin et Houzeau, librairie de la Faculté de médecine, place de l'École de-médecine, Paris.

Leçon sur l'accouchement comparé dans les races humaines professées à l'École pratique de la Faculté de médecine, par le docteur E. Verrier. 1 vol. grand in-8° de 212 pages avec 36 gravures dans le texte. — Prix : 4 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie F. Savy, 77, boulevard Saint-Germain, Paris.

Thèses d'agrégation de médecine (Concours de 1886) :

Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie, par le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50.

Pathogénie des atrophies musculaires, par le docteur Parisot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr.

De l'antisepsie médicale, par le docteur Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Des fractures spontanées, par le docteur Simon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr.

Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, par le docteur Chuffart, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr.

Ces cinq ouvrages se trouvent à la librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Chassagny (de Lyon) : Du cathétérisme dans l'œsophagisme. — Modifications des cathéters. — II. Intérêts professionnels : La Société de médecine de l'arrondissement de Cambrai. — III. Bibliothèque : De l'utilité d'un dispensaire à Lisieux. — Nouvelles contributions à la vaccine. — IV. Revue des Journaux : De quelques modalités du bruit de galop dans l'hypertrophie du cœur d'origine rénale. — De la nature de l'ictère catarrhal. — Du chloroforme comme hémostatique local. — Soixante cas de névralgie sciatique traités par le galvanisme. — De l'influence des hautes altitudes sur les cardiopathies. — Sur la transmission, l'incubation et la prophylaxie de la rougeole. — V. Sociétés médicales des départements : Société centrale de médecine du Nord (2e trim. 1886). — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique.

Du cathétérisme dans l'œsophagisme, — Modifications des cathéters.

Par le docteur Chassagny, de Lyon.

Dans un mémoire publié en 1877, j'ai théoriquement établi et démontré expérimentalement et cliniquement qu'avec les olives cylindro-coniques généralement employées pour le cathétérisme de l'œsophage, il était impossible d'obtenir le maximum de dilatation dont cet organe est susceptible. Cette impossibilité résulte des rapports anatomiques de l'œsophage et du larynx ; en effet, ce dernier ne peut se porter en avant, ce mouvement est empêché par les muscles stylo-hyoïdien, omoplat-hyoïdien et surtout par l'aponévrose cervicale. Il résulte de cette disposition qu'il ne reste qu'un espace très restreint entre sa paroi postérieure et la paroi antérieure de la colonne vertébrale. L'œsophage qui occupe cet espace est dans l'impossibilité absolue de se dilater dans le sens antéro-postérieur, tandis que rien ne s'oppose à sa dilatation dans le sens traversal.

J'ai, par une expérience des plus simples, démontré la réalité du phénomène en même temps que j'en fournissais l'explication.

Pour prouver que j'étais dans le vrai en affirmant que le larynx ne pouvait se porter en avant, j'ai passé avec une aiguille courbe un fil traversant son ventricule, et j'ai pu m'assurer qu'en tirant fortement sur ce fil dans une direction perpendiculaire au cou, il était absolument impossible d'entraîner l'organe en avant.

Ce premier point établi, j'ai pratiqué le cathétérisme avec une olive cylindro-conique ordinaire de 23 millimètres de diamètre, et j'ai constaté qu'au niveau du cartilage cricoïde et de la partie supérieure de la trachée j'éprouvais une résistance assez considérable, qui cessait brusquement lorsque j'avais franchi l'obstacle. Que s'était-il passé? Comment un corps de 23 millimètres avait-il pu passer dans un espace qui est bien loin d'avoir ces dimensions? Engageant de nouveau cette olive dans l'obstacle, j'arrivais sur elle avec la pointe d'un bistouri, et je constatais qu'elle se portait à gauche du larynx, tandis que celui-ci déviait légèrement à droite.

Je complétais l'expérience en plaçant de chaque côté du larynx une longue pointe de Paris implantée dans la colonne vertébrale; en m'opposant ainsi à la déviation latérale de l'œsophage, je rendais absolument impossible le passage de l'olive cylindrique, tandis que je faisais passer sans difficulté un corps aplati n'ayant dans son diamètre antéro-postérieur que 16 millimètres, ayant au contraire un diamètre transversal de 34 millimètres, et, par conséquent, une circonférence d'un quart plus considérable que celle de l'olive cylindrique.

C'est ainsi que j'ai obtenu la preuve d'un fait dont l'intuition m'avait conduit à modifier la forme des olives habituellement employées pour le

©BIU Santé

cathétérisme de l'œsophage, et à substituer des cathéters aplatis aux olives classiques.

L'idée de cette modification m'avait été inspirée par une malade, Mme P..., atteinte d'un œsophagisme *chronique*, affection niée par quelques auteurs, mais dont la nature essentiellement nerveuse ne pourrait être contestée, puisqu'elle existait encore en 1872, après avoir brusquement débuté le 20 mars 1870, et qu'elle disparut presque aussi rapidement, lorsqu'un traitement plus rationnel lui fut opposé.

Pendant longtemps la malade avait été soulagée par l'introduction d'olives progressivement grossies, mais elle avait fini par voir le cathétérisme augmenter les accidents plutôt que les diminuer. Cette aggravation se produisit surtout lorsque j'arrivai à exagérer au delà de certaines limites les dimensions des olives. C'est alors que je commençai à soupçonner la véritable nature de l'obstacle que j'avais à franchir, et à comprendre que cet obstacle n'était pas créé par l'œsophage lui-même, mais bien par ses relations de voisinage. L'effort violent que j'étais obligé de faire avait pour résultat, non pas de dilater le conduit, mais seulement de modifier ses rapports avec les organes voisins en tiraillant fortement le tissu cellulaire qui unit sa face antérieure avec la face postérieure du cartilage cricoïde et du premier anneau de la trachée.

Malgré l'insuffisance de son alimentation, l'état général de Mme P. . était relativement bon, l'amaigrissement avait fait peu de progrès; en dehors de l'œsophagisme, il n'existait aucun trouble nerveux, le teint était bon; tout semblait exclure l'idée d'une affection organique.

Pour moi, le problème se réduisait à briser la résistance des fibres musculaires de l'œsophage, en les amenant à leur summum d'extensibilité. Or, la modification de la forme des olives pouvait seule me permettre d'obtenir ce résultat.

Le succès dépassa mes espérances; par le fait seul de cette modification, j'obtins d'emblée une introduction plus facile pour moi, et moins pénible pour la malade, une dilatation beaucoup plus considérable, et enfin un soulagement plus marqué et surtout d'une durée moins éphémère.

Dans l'emploi des olives cylindriques, j'avais dû m'arrêter lorsque j'atteignis un diamètre de 23 millimètres, soit une circonférence de 69 millimètres. Un cathéter aplati d'un volume plus considérable put immédiatement franchir l'obstacle sans qu'aucune résistance fût opposée, et sans percevoir cette sensation de résistance vaincue qui se produisait toujours au niveau du larynx. Enhardi par ce premier succès, je ne tardai pas à en augmenter notablement les proportions et bientôt je pus faire passer le cathéter dont je me suis servi pour l'expérience citée plus haut, cathéter présentant une circonférence d'un quart plus considérable que l'olive cylindrique à laquelle j'avais dû m'arrêter.

Pendant deux ans, le cathétérisme avec les olives cylindriques avait dû être répété tous les cinq ou six jours; ce n'était qu'à ce prix que Mme P... pouvait avaler un peu de bouillon avec quelques aliments demi-liquides, et encore à la condition de procéder avec les plus grandes précautions, dans le calme et le silence le plus absolu, et surtout loin de tout témoin.

Le cathétérisme avec les olives aplaties me permit d'obtenir rapidement une amélioration complète; après quelques séances, la malade put se mettre à table en compagnie, vivre de la vie commune et, sans trop tenir compte du choix de ses aliments, opérer sans peine la déglutition de bols

alimentaires assez volumineux. Cette guérison ne s'est jamais démentie jusqu'à la mort de la malade, qui a succombé neuf ans plus tard à une attaque d'apoplexie.

Une nouvelle méthode était ainsi créée; mais, comme il est généralement impossible de diagnostiquer, *à priori*, la nature d'un rétrécissement de l'œsophage, pour ne pas m'exposer à engager d'emblée dans un rétrécissement organique un cathéter trop volumineux, j'ai dû faire construire trois modèles de dimensions progressivement croissantes. Tous avaient un diamètre antéro-postérieur de 16 millimètres; le premier, que je ne faisais intervenir qu'après l'avoir fait précéder par des olives cylindriques ordinaires de petite dimension, avait un diamètre transversal de 22 millimètres; dans le second, ce diamètre atteignait 0,030; dans le troisième, enfin, il arrivait jusqu'à 0,034, représentant ainsi une circonférence de 87 millimètres.

Pendant plus de deux ans, j'ai eu à traiter plusieurs rétrécissements de l'œsophage, et je crois pouvoir affirmer que, toutes les fois qu'il s'agissait seulement d'œsophagisme, le succès m'a toujours paru infiniment plus prompt, et surtout plus durable avec l'emploi des olives aplaties. En obtenant rapidement la cessation du symptôme principal le plus pénible et le plus inquiétant, je favorisais le traitement de l'affection générale, tandis qu'avec les olives classiques, la dysphagie n'étant toujours que très légèrement modifiée, on ne pouvait espérer la guérison complète qu'après un long traitement de l'état névropathique.

Cependant, quelque rapides que fussent les résultats obtenus, la méthode ne me paraissait pas encore tenir toutes les promesses faites par la théorie; les nouveaux cathéters laissaient encore beaucoup à désirer; il y avait une grande lacune à combler. En effet, pour qu'ils pussent facilement franchir l'angle formé par la réunion de la bouche et du pharynx, je n'avais pu leur donner qu'une longueur très restreinte, qui ne dépassait pas 0,024; de là l'impossibilité de les maintenir dans le rétrécissement; aussitôt que leur partie moyenne était engagée, ils le franchissaient malgré tous les efforts; ils n'agissaient ainsi qu'un instant, pendant l'introduction et au moment où on les retirait. On opérait, il est vrai, une distension considérable des fibres musculaires de l'œsophage, mais cette distension était trop passagère; elle n'avait pas une durée assez longue pour lasser les muscles et en briser définitivement la résistance.

J'ai dû, en conséquence, modifier encore la forme de mes cathéters et augmenter leur longueur dans la partie non conique comprise entre les deux extrémités; mais, pour cela, cette partie moyenne devait devenir flexible, afin de s'adapter à la forme curviligne de la région. J'ai obtenu cette flexibilité au moyen d'un fil métallique roulé en spirale sur un mandrin aplati de la forme et des dimensions correspondantes aux cathéters d'ivoire courts et rigides primitivement adoptés. On constitua ainsi un tube flexible aux extrémités duquel on fixa par une soudure les parties coniques qui doivent faciliter l'entrée et la sortie.

C'est d'après ces indications que l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Collin, exécuta un jeu de cathéters composé de quatre numéros: le premier a 30 millimètres de circonférence, le dernier en a 85; la longueur est d'environ 8 centimètres.

A volume égal, l'introduction de ces nouveaux cathéters est beaucoup plus facile que celle des olives rigides de même forme, les malades peuvent

©BIU Santé

en supporter la présence pendant plusieurs minutes. On obtient ainsi un résultat beaucoup plus prompt dans les rétrécissements spasmodiques. On pourra, de plus, le faire intervenir comme un précieux auxiliaire dans le traitement de certains rétrécissements organiques, et faire bénéficier les malades des avantages résultant de la modification de la forme en se conformant aux préceptes si bien posés par le professeur Bouchard pour prolonger la durée de la tolérance.

Les avantages de cette nouvelle modification des cathéters seront parfaitement démontrés par l'exposé succinct de l'observation d'un cas d'œsophagisme qui, après avoir résisté longtemps au cathétérisme ordinaire, fut considérablement amélioré dès la première séance et radicalement guéri à la troisième.

Mme C..., habitant un village voisin de Lyon, fut, à la suite de profonds chagrins, atteinte d'accidents hystériques qui s'accompagnèrent bientôt d'œsophagisme. Cette complication fit des progrès rapides malgré les soins prodigués à la malade par le docteur Hygonin fils. Pendant un certain temps, le cathétérisme pratiqué avec les olives classiques amenait un peu de soulagement et permettait le passage de quelques aliments; mais bientôt ce moyen devint absolument impuissant; l'état de Mme C... s'était considérablement aggravé, la faiblesse était extrême, la voix éteinte, le pouls petit et misérable, la déglutition de tout aliment solide ou liquide était absolument impossible. C'est dans ces conditions que notre honorable confrère réclama mon concours.

Dans la pensée du docteur Hygonin, il n'y avait d'autres ressources que de tenter de nourrir la malade avec la sonde œsophagienne; mais, en lui exposant mes idées sur l'œsophagisme, et en lui citant plusieurs faits qui en démontraient la justesse, je n'eus pas de peine à lui faire partager mes convictions et mes espérances.

Prévenu par la lettre de M. Hygonin de la nature de la maladie de Mme C..., j'avais apporté mes cathéters. Nous procédâmes de suite à leur introduction. Nous arrivâmes sans peine au plus gros numéro, que nous pûmes laisser en place quelques instants au siège de l'obstacle, c'est-à-dire au point de réunion du pharynx et de l'œsophage.

Cette première opération amena immédiatement une amélioration considérable; la malade put prendre un bouillon qui passa sans aucune difficulté, et entre cette première séance et notre seconde visite, qui eut lieu le surlendemain, elle put continuer de s'alimenter avec des bouillons rendus plus épais par l'addition de fécules. Le second cathétérisme se fit avec la même facilité, nous procédâmes d'emblée à l'introduction du plus gros numéro, qui put être toléré pendant près de deux minutes; les résultats ne furent pas moins satisfaisants. A notre troisième visite, nous trouvâmes la malade tranformée; elle avait pu manger des potages au pain, des œufs à la coque, du poulet; le cathétérisme que nous pratiquâmes n'était plus qu'une opération de précaution, le spasme était définitivement vaincu; et, chose remarquable, la disparition de l'œsophagisme, qui était le dernier symptôme en date mais le premier par son importance, amena rapidement celle de tous les autres accidents; en moins de quinze jours, le retour à la santé était complet. Mme C..., que des revers de fortune devaient forcer à demander au travail ses moyens d'existence, a pu remplir des emplois très pénibles.

Elle a eu, depuis, un nouvel enfant; son accouchement a été très heureux, et depuis plus de neuf ans, sa santé n'a cessé d'être absolument satisfaisante.

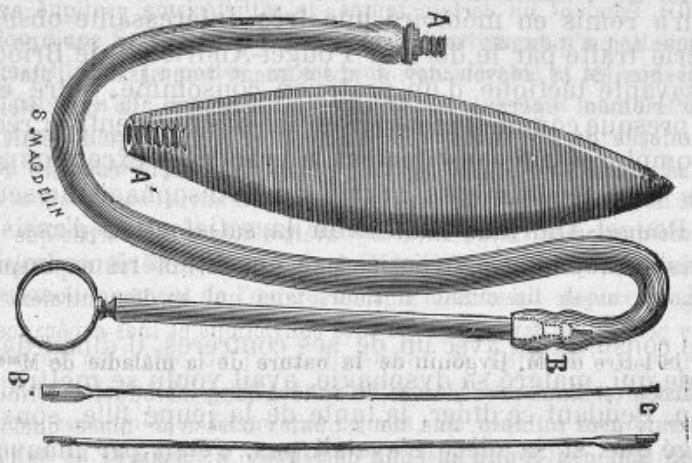
Dernière modification des cathéters. — En théorie, la question était complètement résolue; en pratique elle avait fait un pas considérable. En ne tenant compte que des résultats obtenus, on pouvait les considérer comme absolument irréprochables, mais cependant l'appareil instrumental avait encore de très graves défauts. Malgré tous les soins apportés à la fabrication de ces nouveaux cathéters, les spirales métalliques qui les formaient se faussaient, le nettoiement en était difficile; ils étaient, en outre, d'un

prix trop élevé pour pouvoir facilement entrer dans la pratique courante. Aussi, plusieurs confrères qui me les avaient fait demander, pour en faire exécuter de semblables, ont-ils été rebutés par les défauts que je viens de signaler et n'ont-ils pu se décider à en faire la commande.

J'ai dû me résoudre à une dernière modification, que j'ai réalisée en remplaçant les spirales métalliques par le caoutchouc.

Pour obtenir ces nouveaux modèles dans des conditions absolument satisfaisantes, j'ai eu la bonne fortune de m'adresser à M. Potier, l'habile continuateur de la maison Lasserre, qui, mettant à ma disposition sa grande compétence et une bonne volonté sans limites, a parfaitement compris les idées nouvelles que je lui soumettais et les a mises à exécution d'une façon tout à fait magistrale.

Ces instruments sont exécutés en caoutchouc moulé ; ils sont souples, lisses, glissant comme les sondes de Nélaton, et combinés de manière à favoriser dans toutes les limites du possible la tolérance de l'appareil.



Pour obtenir cet important résultat, un écrou métallique A' est fixé à une des extrémités du cathéter dans la substance duquel il est solidement incorporé au moment de la fusion ; la vis A, qui se raccorde avec cet écrou, n'est pas la terminaison de la tige qui dans les appareils ordinaires sert à pousser l'olive dans l'œsophage, cette vis est solidement attachée à un tube de caoutchouc souple mais non extensible AB de 7 millimètres de diamètre. C'est dans la cavité de ce tube que joue la tige propulsive, dont l'extrémité bute contre la vis A sans avoir avec elle aucune adhérence ; de telle façon qu'après l'introduction, on peut la retirer et ne laisser dans la bouche du malade que le tube AB par lequel on opère le retrait de l'appareil et qui, en raison de son petit volume et de sa flexibilité, ne lui occasionne qu'une gêne presque insignifiante. L'opérateur est en outre complètement rassuré contre les chances de rupture de cette tige, rupture toujours possible, surtout depuis qu'on a pris l'habitude de remplacer la baleine par l'acier.

Pour diminuer le volume de l'appareil, cette tige est divisée en trois tronçons : le premier, qui constitue l'extrémité manuelle, se termine d'un côté par un anneau, de l'autre il s'adapte au tube AB, dont il se sépare après l'introduction. L'extrémité qui pénètre dans ce tube est terminée par une vis à laquelle s'adapte le tronçon BC, terminé aussi par une vis à laquelle s'adapte à son tour l'écrou C du tronçon terminal. Ces deux derniers tronçons sont formés par du fil d'acier d'un millimètre de diamètre.

L'appareil est ainsi rendu très portatif ; le tube et les trois fragments de

©BIU Santé

la tige sont renfermés dans une boîte rectangulaire de 16 centimètres de longueur et de 5 centimètres de côté. Cette boîte contient les trois numéros de cathéters exécutés par M. Potier; ces numéros ont tous une longueur égale de 13 centimètres, ils ont tous le même diamètre antéro-postérieur de 12 millimètres; ils ne diffèrent que par leur diamètre transversal qui, pour le premier, est de 21 millimètres, de 30 millimètres pour le second et de 57 millimètres pour le dernier, dont la circonférence atteint ainsi 89 millimètres.

Je n'ai encore employé qu'une fois ces nouveaux cathéters dans un cas d'œsophagisme, chez une hystérique. L'introduction successive des trois numéros, convenablement lubrifiés avec la glycérine fut faite avec la plus grande facilité, le glissement était tel qu'on sentait que le muscle œsophagien ne pouvait opposer aucune résistance. Le spasme fut immédiatement supprimé, et, comme chez Mme C..., l'amélioration de ce symptôme fut bientôt suivie d'une détente considérable des autres accidents.

Ce fait m'a remis en mémoire une très intéressante observation d'un cas d'hystérie traité par le docteur Pouget-Andrieux (de Brioude). Avec la longue et savante tactique d'un praticien consommé, notre éminent confrère avait presque complètement triomphé des accidents si redoutables, si variés, si complexes qui constituaient la grande et exceptionnelle névrose dont il nous a retracé le saisissant tableau. L'œsophagisme seul persistait. Le docteur Pouget-Andrieux allait avoir la satisfactiou d'assister à sa disparition, instantanément provoquée par un cathétérisme improvisé par le hasard.

Appelé en consultation avec un de ses confrères, il dînait dans la famille de sa malade qui, malgré sa dysphagie, avait voulu se mettre à table avec son médecin. Pendant ce dîner, la tante de la jeune fille, sous la pression de ce préjugé que, si sa nièce n'avalait pas, c'était par mauvaise volonté, enfonça moitié riant, moitié se fâchant, un gros morceau de viande dans son gosier. Le morceau s'engagea, il y eut menace de suffocation, et alors la nécesité, le péril arrachèrent tout d'un coup à cette volonté affaiblie l'incitation qu'avaient vainement sollicitée les ordres et les prières, un violent effort se produisit, le morceau passa; le spasme était vaincu et ne devait plus se reproduire.

M. Pouget-Andrieux fait suivre ce fait si extraordinaire de quelques judicieuses réflexions que je transcris textuellement : « Quelle instruction « pourrions-nous tirer de ce fait et jusqu'à quel point pourrions-nous imiter « cette conduite? On pourrait, évidemment, tenter de vaincre un spasme « analogue par l'introduction quelque peu forcée d'une sonde à olive; il « semblerait même logique de débuter par l'olive la plus grosse; mais s'il « n'y a pas eu d'inconvénient à ce que le morceau de viande de Mlle X... « ait été trop gros, il n'en serait probablement pas de même pour l'instru- « ment dont je parle. Une fois le morceau de viande passée, l'estomac se « charge de le préparer et de le mettre à même de franchir de nouveaux « dédales trop étroits pour lui. Mais la boule en ivoire, elle, doit être ra- « menée, et si par aventure le spasme n'a pas cédé à son premier passage, « les dispositions anatomiques de l'œsophage nous interdisent de tenter, « pour la retirer, une effort aussi considérable que celui qui nous a été per- « mis pour pénétrer jusqu'à l'estomac. Aussi serait-il prudent, à mon avis, « de commencer comme pour les rétrécissements par les olives les plus

« petites. On aurait seulement ici l'avantage de pouvoir tenter de tout ter-
« miner en une seule séance. »

Je suis heureux de voir les idées que j'ai émises sur le cathétérisme œsophagien si bien justifiées par le hasard, dont les leçons peuvent souvent nous être si profitables. J'espère que notre savant confrère, si compétent en semblable matière, estimera que ma méthode donne complète satisfaction aux desiderata qu'il a si judicieusement exprimés, et qu'elle n'est en définitive que la mise en pratique méthodique et réglée du procédé empirique si heureusement mis en œuvre par la tante de sa malade, procédé dont elle exclut tous les aléas et tous les dangers.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE L'ARRONDISSEMENT DE CAMBRAI.

La création d'une Société médicale dans un département n'a pas seulement la valeur d'un événement local. La portée en est plus considérable et les conséquences en sont heureuses, parce qu'elle témoigne de l'entente d'un certain nombre de confrères, de leur esprit d'initiative et de leur confiance dans une sage décentralisation.

Ce sont là des motifs pour lesquels on saluera avec sympathie la fondation de la Société des médecins de l'arrondissement de Cambrai. Le 12 juillet, M. Millot-Carpentier, le distingué correspondant de l'*Union médicale*, en posait les premières assises auprès de l'administration ; le 31 juillet, il en présidait l'inauguration, et, aujourd'hui, il peut annoncer le fonctionnement de l'œuvre dont il nourrissait depuis longtemps la généreuse idée.

La Société de médecine de l'arrondissement de Cambrai « a pour objet de sauve-
« garder, de défendre et de protéger les intérêts professionnels, scientifiques, moraux
« et matériels, sous quelque forme que ce soit, de tous les membres de l'Association ;
« de travailler en commun à constituer une statistique générale des cas traités par
« chaque membre, en se plaçant exclusivement au point de vue pratique, laquelle
« pourra être utilisée par tous ses membres, qui devront communiquer à la Société les
« faits scientifiques » intéressants dont ils sont témoins.

Ce programme trouve des adhérents, et, à l'heure actuelle, la jeune Société possède tout son personnel. Sans nul doute, le nombre de ses membres augmentera rapidement. Une disposition statutaire contribuera encore à grouper tous les confrères de la région ; je veux parler de l'article 6 qui permet d'exclure de la Société ceux qui sont coupables de faits « entachant l'honneur de l'homme ou compromettant la dignité de la profession. »

Nos confrères du Nord, nous n'en doutons pas, seront les auxiliaires dévoués de l'Association générale, qui, elle aussi, poursuit le même but. C'est là, entre autres, un motif des félicitations que nous adressons à MM. Millot-Charpentier, Capon, Capelle, Malaval, Cachera, Fontaine, Ronnaux (de Cambrai) ; à MM. Fontaine, Lenoir, Coursier-Passet, Falfer, Morret, Lonbry, Claisse, Marin-Tardieu, qui exercent avec honneur dans l'arrondissement dont cette ville est la sous-préfecture. — Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

De l'utilité d'un dispensaire a Lisieux, par M. le docteur Colombe.
Rouen, 1886. Deshays.

C'est une cause presque gagnée que plaide notre honorable confrère. L'utilité des dispensaires est universellement admise ; mais cette adhésion à ces institutions est un peu

©BIU Santé

trop théorique. On se contente de proclamer les services que rendent les dispensaires et, vraiment, on encourage avec beaucoup de lenteur leur établissement.

M. Colombe cite les exemples du Havre, de Rouen, de Clermont-Ferrand, de Mulhouse, de Paris, et invoque même, par de là l'Océan, celui de Rio-Janeiro. Il expose les bienfaits que l'humanité en peut attendre; mais, argument de nature à convaincre les administrateurs de la Cité, il calcule aussi l'économie qui en résulte pour le budget de l'Assistance publique. M. Colombe écrit en habile avocat, et son chaleureux plaidoyer fera fléchir les résistances et, espérons-le aussi, déterminera les hésitants. Sa brochure est donc une œuvre d'utilité sociale; à ce titre, elle trouvera peut-être quelques échos auprès de l'Administration de la ville où il habite. — Ch. E.

Nouvelles contributions a la vaccine, par MM. Warlomont et Hugues. Bruxelles, 1886. Manceaux.

Cette brochure a pour origine des expériences sur les animaux de l'espèce bovine et de l'espèce chevaline, expériences qui avaient pour but de chercher si la variole, le horse-pox et le cow-pox sont identiques. Or, MM. Warlomont et Hugues, voulant vérifier et compléter les travaux de l'Ecole lyonnaise, constatent que l'organisme du cheval n'est pas favorable à la culture du vaccin, mais que, chez les bovidés, l'immunité de la vaccine s'obtient par l'absorption intra-veineuse ou intra-lymphatique, mais ne s'accompagne pas de manifestations extérieures; elle s'obtient aussi par l'injection du tissu cellulaire sous-cutané.

Les auteurs admettent, enfin, que le vaccin n'est autre qu'une variole atténuée par son passage dans l'organisme du cheval ou du bœuf, et que cette atténuation est moindre chez le premier que chez le second de ces animaux. Dès lors, le cow-pox serait plus éloigné de la variole que le horse-pox. On le voit, nos confrères belges témoignent en faveur de la théorie de l'unicité. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

De quelques modalités du bruit de galop dans l'hypertrophie du cœur d'origine rénale, par MM. Cuffer et L. Guinon. — On sait que le bruit de galop, tel que l'a décrit M. le professeur Potain, est formé par les deux bruits normaux du cœur et par un bruit surajouté, sourd, placé immédiatement avant le premier bruit. Cependant déjà M. le professeur Potain avait remarqué que, « dans quelques circonstances, le bruit anormal précède tellement le premier bruit et recule à tel point dans le grand silence, qu'il s'approche du second bruit notablement plus que de l'autre. » Il y avait donc plusieurs modalités.

Les observations publiées par MM. Cuffer et L. Guinon reproduisent ces différentes modalités; elles montrent aussi combien le diagnostic est parfois difficile. En effet, devant un dédoublement constant du second bruit, on peut penser à un rétrécissement mitral; de même lorsque le bruit surajouté au premier bruit normal est associé à un dédoublement du second bruit, d'origine quelconque, ni la tonalité du bruit surajouté, ni la sensation tactile du rythme ne peuvent éclairer le diagnostic.

D'ailleurs, pour MM. Cuffer et L. Guinon, la forme du bruit de galop peut servir à distinguer la variété d'hypertrophie cardiaque : s'agit-il d'un bruit de galop simulant un dédoublement du second bruit du cœur, on est en présence d'une hypertrophie concentrique ; au contraire, « dans l'hypertrophie avec dilatation, le bruit surajouté se rapprochera beaucoup plus du premier bruit de cœur, en même temps que pourra apparaître un souffle systolique d'insuffisance mitrale, souffle passager, indice certain de la dilatation elle-même. »

On conçoit facilement combien est importante la connaissance de ces faits au point de vue du pronostic, la terminaison fatale étant en général plus proche dans les cas d'hypertrophie avec dilatation du cœur. (*Revue de médecine*, juillet 1886.) — Dr E. Deschamps.

De la nature de l'ictère catarrhal, par M. Kelsch. — On considère en général l'ictère catarrhal comme une phlegmasie superficielle propagée des premières voies aux canaux biliaires, et on la rattache, avec le catarrhe gastro-intestinal, aux influences météoriques ou aux défectuosités du régime.

Cependant, dans un travail récent publié dans le *Revue de médecine*, A. Chauffard le regarde comme une maladie générale, se basant surtout, pour formuler cette opinion, sur les troubles de la sécrétion rénale, sur l'évolution cyclique et parallèle de la sécrétion de l'urine et de l'excrétion de l'urée.

Dans une petite épidémie d'ictère observée à Constantine en 1878, l'albuminurie, la prostration des forces, l'endolorissement de certaine masses musculaires, l'épistaxis, l'amaigrissement, la lenteur de la convalescence ont également conduit le docteur Kelsch à admettre l'ictère comme maladie spécifique.

Mais, tandis que M. Chauffard lui assigne pour cause la présence de poisons putrides formés dans l'intestin, c'est-à-dire une origine interne, le docteur Kelsch le considère comme une maladie infectieuse dont il faut rechercher le point de départ en dehors de l'organisme.

L'histoire de plusieurs épidémies observées particulièrement par les médecins militaires semble lui en fournir la preuve. Nous n'en rappellerons qu'une seule dont la relation est due à Rizet. A la fin de décembre 1864, à Arras, on effectua le curage d'un fossé alimenté par un petit ruisseau le Crinchon ; au mois de février suivant, à la suite d'une élévation brusque de température, éclate une petite épidémie d'ictère sans gravité parmi des militaires logés dans un bâtiment parallèle à la pièce d'eau nettoyée. D'autre part, le Crinchon ayant été curé à ce moment même (février 1865) dans une autre partie de la ville, 9 cas d'ictère sont signalés dans les bâtiments civils, situés sur le parcours des travaux.

C'est encore à la suite de terrassements que survint l'épidémie observée par le docteur Eudes, et cela sur les soldats les plus rapprochés des foyers d'infection. De pareils faits sont également signalés dans la littérature étrangère. Il semble même y avoir une relation étroite entre l'ictère grave et l'ictère simple que le docteur Kelsch considère comme une forme abortive du premier, de même que la fièvre gastrique ne serait que l'expression atténuée de la fièvre typhoïde.

Aussi le docteur Kelsch conclut-il de l'enquête à laquelle il s'est livré :

« 1° Que l'ictère catarrhal sporadique ou épidémique est une maladie spécifique, infectieuse ;

« 2° Que l'agent infectieux se développe hors de l'organisme ;

« 3° Que, ses foyers générateurs sont les mares, les vases, le sol riche en matières organiques de nature végétale ou animale, enfin les eaux tenant en suspension ces matières ;

« 4° Que, ces foyers infectieux lui étant communs avec la malaria et la dothiénentérie, on s'explique la coïncidence signalée dans certains cas des épidémies d'ictère et de fièvre intermittente ou typhoïde. » (*Revue de médecine*, août 1886.)

Dr E. Deschamps.

Du chloroforme comme hémostatique local, par Betz. (*The London medical Record*, 15 juin 1886.) — D'après le docteur Betz, les accoucheurs posséderaient dans le chloroforme un agent hémostatique précieux dont ils pourraient faire usage, le cas échéant, dans certaines hémorrhagies post-partum, de préférence peut-être à l'éponge vinaigrée et en tous cas concurremment avec les autres moyens utilisés en pareille occurrence.

Dans deux cas d'hémorrhagies utérines, le docteur Betz s'en serait servi avec le plus grand succès. Dans une première circonstance chez une jeune femme robuste qu'il venait d'accoucher avec le forceps et qui, une fois délivrée du placenta, fut prise d'une hémorrhagie par inertie véritablement effrayante. L'auteur la combattit rapidement en introduisant dans le vagin une éponge imbibée de chloroforme.

L'hémorrhagie s'arrêta presque aussitôt et la matrice se contracta puissamment du même coup.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme très délicate, âgée de 23 ans, qui, après l'expulsion du fœtus et du placenta, fut prise pareillement d'une hémorrhagie abondante d'autant plus redoutable qu'aucun des moyens employés n'avait réussi à l'arrêter jusqu'à ce que l'auteur eût introduit dans le vagin un gros tampon d'ouate trempé d'un mélange d'éther et de chloroforme. Le chloroforme n'arrêterait pas le sang en en déterminant la coagulation comme tous les astringents, mais en provoquant la contraction des fibres musculaires de l'utérus et par suite le rétrécissement et la fermeture des sinus utérins béants dans la cavité. — L. Dn.

Soixante cas de névralgie sciatique traités par le galvanisme, par Steavenson. — Cette statistique donne les résultats de l'expérience personnelle de cet observateur. Parmi les malades, 37 guérirent complètement et de façon durable, 1 seul récidiva, 11 furent améliorés et 15 autres n'obtinrent que des effets thérapeutiques douteux ou incomplets par l'électrothérapie.

Parmi les cas rebelles à ce traitement : l'un était un cas de nécrose ischiatique, un autre consistait dans un déplacement utérin. En tout cas, ces faits témoignent en faveur de la médication de la névralgie sciatique par l'électricité et des conclusions récemment formulées par un compatriote de l'auteur, M. Stone, dans les « Lumleian Lectures », (*The Lancet*, 17 juillet 1886.) — C. L. D.

De l'influence des hautes altitudes sur les cardiopathies, par Loomis. — Cet observateur attribue à la dilatation cardiaque le danger du séjour des cardiopathes dans les pays élevés. Cette dilatation relève de deux causes : la raréfection de l'atmosphère et les troubles vasculaires; la première aurait pour conséquence un trouble dans l'innervation du pneumogastrique et indirectement l'arythmie et l'excès de travail du cœur. En même temps l'oxygénation du sang se modifierait et la pression augmenterait dans les vaisseaux périphériques. Finalement le cœur s'épuiserait, et, toute compensation cessant, la dilatation s'établirait.

Cette théorie expliquerait, d'après M. Loomis, le danger pour les cardiopathes d'un passage trop rapide d'un pays de faible altitude dans une contrée montagneuse. Ce danger peut même être immédiat quand l'asystolie est établie. (*The New York Medical Record*, 22 mai 1886, p. 605) — C. L. D.

Sur la transmission, l'incubation et la prophylaxie de la rougeole, par M. Geschwind. — Ce très important mémoire a pour origine une épidémie de rougeole qui a sévi sur le 13e régiment de ligne. Notre confrère a constaté : 1° que la transmission est fréquente avant toute éruption, c'est-à dire pendant le stade d'invasion; 2° que l'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé depuis la contamination jusqu'aux premières manifestations, varie de dix à treize jours.

Parmi les moyens prophylactiques, le meilleur est l'isolement. Malheureusement, on ne peut guère l'employer que tardivement après l'apparition de l'exanthème. Quant à l'évacuation des locaux contaminés, elle présente également des difficultés pratiques. Reste donc la désinfection des chambres, des vêtements et de la literie par l'acide sulfureux. M. Geschwind la regarde comme impraticable. Il propose donc l'abstention et la mise en libre pratique du convalescent dès le dixième jour. (*Arch. de méd. et de chir. milit.*, p. 226, 30 mars 1886.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Bien que la médecine opératoire fasse le plus habituellement le sujet des travaux de ce corps savant, il reste quelque place pour les questions de clinique interne dans les délibérations scientifiques de nos confrères lillois, témoin la communication de M. Castelain sur *trois cas d'ictère* survenus dans une même famille dans l'espace d'un mois.

Cette épidémie, d'après le récit du savant observateur, résultait probablement de changements dans le régime alimentaire, plutôt que d'une constitution médicale s'attaquant à tous les enfants d'une même maison. Quelle que soit l'interprétation de ce fait, il serait légitime de le comparer à ces épidémies d'ictère catarrhal signalées dans ces derniers temps par les journaux étranger.

M. Baudry a fait connaître les *accidents consécutifs à l'application du suc d'euphorbe sur un cancroïde de la paupière*. Le topique consistait dans un cataplasme de tiges et de feuille d'euphorbe vulgaire. Au bout de deux heures, la vivacité des douleurs obligea le malade à cesser ce remède empirique. Le lendemain, il existait une conjonctivite intense, et, huit jours plus tard, une ulcération occupait le tiers inférieur de la cornée. Le cancroïde ne fût pas modifié, mais M. Baudry dut enrayer la marche envahissante de l'ulcère en pratiquant l'opération de Sœmisch.

Sous le titre de *kyste hydatique du foie traité par l'acupuncture multiple*, M. Lecerf a donné communication du succès qu'il a obtenu au moyen de cette méthode fort rarement employée. Le kyste était énorme et l'opérateur le circonscrivit par l'application de six aiguilles enfoncées dans le creux épigastrique jusqu'à faire disparaître la presque totalité du chas. Une péritonite circonscrite survint les jours suivants. On retira les aiguilles cinq jours après; par le trou de l'une d'elles, il s'écoula du liquide kystique, et on put extraire des débris de la membrane germinative et un grand nombre de vésicules. Le kyste entier se vida par cette piqûre et la guérison fut définitive, car elle persiste encore aujourd'hui après treize années.

La même observateur a rapporté l'histoire d'un traumatisme traité avec succès. Il s'agissait d'un *coup de feu de la paume de la main avec hémorrhagie rebelle aux tamponnements*. M. Lecerf dut pratiquer la ligature de la radiale et de la cubitale.

MM. Paquet et Dubar estiment que cette opération est rarement légitime dans les cas semblables. Le premier de ces chirurgiens admet que la compression directe et à distance, jointe à l'élévation du membre, suffit le plus souvent pour arrêter l'écoulement sanguin. Le second préfère le procédé en usage dans le service de M. Gosselin; il consiste à fixer la main blessée dans l'élévation sur un coussin, à comprimer la radiale et la cubitale par des compresses graduées et à exercer ainsi une compression modérée sur le trajet des vaisseaux.

Les présentations de pièces anatomiques ont été nombreuses : M. Hallez a présenté un *hématome de la dure-mère* possédant tous les caractères classiques de cette lésion; M. Hoquet a exposé devant ses collègues l'histoire de *tumeurs adénoïdes du pharynx*; M. Coppens, celle d'un *épithélioma lingual*, et M. Paquet leur a montré les préparations d'un énorme *angio-sarcome de la capsule du rein gauche*. Anatomo-pathologie, ophthalmologie, clinique médicale et clinique chirurgicale, toutes les branches de la médecine pratique sont donc explorées attentivement et heureusement par la Société centrale de médecine du Nord. — Ch. L.

FORMULAIRE

Traitement de la dilatation de l'estomac. — Brochin.

Parmi les moyens proposés pour combattre la dilatation de l'estomac, on peut citer les poudres absorbantes, les eupeptiques, la strychnine, l'hydrothérapie et l'électricité. Mais le plus efficace de tous est le cathétérisme de l'estomac. Il agit, en effet, en évacuant les matières solides, liquides ou gazeuses, accumulées dans cet organe distendu, et qui contribuent à en irriter la muqueuse, par la fermentation plus ou moins putride qu'ils subissent. De plus, l'eau de Vichy, qui est le plus habituellement employée aux lavages de l'estomac, le déterge de son enduit muqueux morbide, excite la sécrétion d'un suc gastrique de bonne nature, et réveille les contractions péristaltiques des tuniques musculeuses. — Le lavage doit être secondé par un régime sévère approprié à la cause et à la nature de la dilatation. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour deux ans :

1° *Chef de clinique médicale.* — MM. les docteurs Bourcy et Sapelier, en remplacement de MM. Petit et Netter, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale. — MM. les docteurs Duflocq et OEttinger.

2° *Chefs de clinique chirurgicale.* — MM. les docteurs Barette, Castex et Guinard, en remplacement de MM. Picqué, Verchère et Marchand, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique chirurgicale. — M. le docteur Hache.

3° *Chef de clinique des maladies des enfants.* — M. le docteur Queyrat, en remplacement de M. Variot, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique des maladies des enfants. — M. le docteur Le Gendre.

4° *Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le docteur Morel-Lavallée, en remplacement de M. Bruchet, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le docteur Feulard.

5° *Chef de clinique d'accouchements.* — M. le docteur Loviot, en remplacement de M. Stapfer.

Chef adjoint de clinique d'accouchements. — M. le docteur Boissard.

6° *Chef de clinique ophthalmologique.* — M. le docteur Valude, en remplacement de M. de Lapersonne, dont la délégation est expirée.

7° *Chef de clinique des maladies mentales.* — M. le docteur Pichon, en remplacement de M. Gilson, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique des maladies mentales. — M. le docteur Rouillard.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur James Goodchild Wakley, éditeur du journal *The Lancet* depuis la mort de son père, en 1862 ; de M. le docteur Charles Ewans, à Bakewell, et de M. le docteur Ch. Chadwich, à Londres.

SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le ministre de la guerre, se fondant sur ce que les étudiants en médecine, qui servaient au titre d'infirmiers, étaient promus peu de temps après au grade de médecin aide-major de réserve, et que par suite il y avait autant d'infirmiers de réserve en moins, vient de décider que, désormais, les étudiants en médecine feraient leur volontariat dans les régiments et ne seraient plus incorporés dans les sections d'infirmiers. Toutes facilités seront laissées aux étudiants en médecine pour continuer et terminer leurs études. (*Gaz. hebdom.*)

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*.

Bulletin bibliographique.

Des migraines, par le docteur SARDA. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Les modifications de la voix humaine, obtenues par les inhalations à l'accordeur du larynx, par le docteur SANDRAS. In-4°. — Prix : 50 centimes.

Traité complet d'ophthalmologie, par les docteurs DE WECKER et LANDOLT. Tome II, 3e fascicule : Maladies du cristallin, par L. DE WECKER. 1 vol. in-8°. (Gratis pour les souscripteurs). Tome II complet. 1 fort volume in-8°, avec 217 figures dans le texte. — Prix : 17 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Ch. Éloy : Brightisme et albuminurie. — II. Bibliothèque : Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique. — Pathologie des ovaires. — III. Revue des Journaux : Du traitement de la chorée au point de vue de l'utilité et de l'administration de l'arsenic. — De la glycosurie. — Du traitement des fibromes utérins par l'hydrastis canadensis. — Purpura hémorrhagique avec œdèmes mobiles et crises gastro-intestinales. — De l'hématurie dans la malaria. — Des résultats obtenus par les injections intra-veineuses de solutions salines. — Les propriétés du gymnocladus canadensis. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés : Le bulletin et le bureau de statistique démographique de Rio-Janeiro. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Brightisme et albuminurie.

Diagnostic des néphrites brightiques sans albuminurie.

I. Les albuminuries, leurs variétés. — Différence entre l'albuminurique et le brightique.
II. Du mal de Bright sans urines albumineuses. — Faits et statistiques.
III. Albuminuries brightiques transitoires. Leurs rapports avec les lésions rénales. — Diagnostic du brightisme sans albuminurie. — Pollakiurie. — Cryesthésie. — Bruit de galop. — Troubles vaso-moteurs et sensoriels. — Le coefficient de toxicité urinaire comme moyen expérimental de diagnostic. — Importance des formes diverses du brightisme : type cérébral, respiratoire, cardio-artériel, gastro-intestinal, etc., etc. — Pseudo-gastralgie, pseudo-hépatalgie et pseudo-néphralgie brightiques. — Brightiques névrosiques. — Valeur diagnostique de l'absence d'albumine pour distinguer le mal de Bright des autres affections rénales.

Depuis l'année 1827, où, dans ses *Reports of medical diseases,* Richard Bright insistait sur les relations de l'albuminurie avec les néphrites, la valeur diagnostique de ce symptôme a été universellement admise. On l'a considérée comme absolue et on a regardé les urines albumineuses comme pathognomoniques du mal auquel le médecin anglais donna son nom.

L'autorité de Rayer, le législateur de la pathologie rénale, contribua beaucoup à la généralisation de cette opinion. Les mots albuminurie chronique et néphrite albumineuse furent employés l'un pour l'autre, et nombre de cliniciens, encore aujourd'hui, accordent une égale signification aux deux termes albuminurie et mal de Bright.

Les recherches modernes justifient-elles ces habitudes de langage? Non, répondent quelques auteurs qui, sans ambitionner le titre de novateurs, diminuent l'importance de l'albuminurie dans le diagnostic de la maladie de Bright. Ont-ils raison ou professent-ils une erreur? C'est aux faits de répondre.

I.

Il ne fallait pas un grand effort d'attention pour reconnaître la différence qui sépare l'albuminurie du brightisme. L'établir de nouveau serait, ce me semble, enfoncer une porte ouverte; car, si l'une est le symptôme commun d'états morbides très divers, l'autre constitue un processus pathologique nettement caractérisé, un ensemble clinique bien défini, dont les manifestations se rattachent le plus habituellement, sinon toujours, à l'artériosclérose.

En outre, l'albuminurie n'a d'autre valeur physiologique que celle d'un phénomène parfois compatible avec la plénitude de la santé. A côté d'*albuminuries* pour ainsi dire *physiologiques*, dans lesquelles, pendant des années, un individu élimine quotidiennement de l'albumine sans éprouver d'accidents, n'existe-t-il pas des *albuminuries par occasion, par intermittence,* des *albuminuries transitoires*, pendant la nuit, durant le jour, après

©BIU Santé

les repas; albuminuries disparaissant et revenant à des intervalles plus ou moins réguliers, en raison de modifications temporaires dans la crase sanguine, la tension artérielle ou la vitesse de la circulation. Chez ces individus, les altérations anatomiques du rein ne peuvent logiquement être mises en cause; pour le clinicien, ce ne sont pas des albuminuriques.

D'autre part, voici les *albuminuriques par lésions du filtre rénal :* chez eux, les glomérules ou les tubuli sont altérés; le rein a subi des modifications structurales. Les brightiques ont ici leur place; car, si l'on observe des albuminuriques sans modification anatomique de l'organe de la sécrétion urinaire, on ne saurait admettre l'existence de brightiques qui ne soient pas des rénaux.

Au reste, il est inutile de discourir plus longtemps sur la pathogénie de l'albuminurie. Disons seulement que l'albuminurie pathologique est la plus fréquente, mais que les exemples d'albuminurie physiologique sont cependant assez nombreux pour justifier la statistique des soldats de Leube, les conclusions du récent mémoire de M. Maguire, l'opinion formulée par Senator, et pour les considérer autrement que de simples curiosités scientifiques (1).

Albuminurie et brightisme ne sont donc pas synonymes, et cette première distinction est favorable aux écrivains qui ne comptent pas l'albuminurie parmi les signes diagnostiques nécessaires de la néphrite chronique. Voyons si l'observation des faits confirme leur manière de voir.

II

Le 11 juin dernier, — je ne citerai que des faits récents, — M. Dieulafoy communiquait à la *Société médicale des hôpitaux* plusieurs observations de mal de Bright sans albuminurie. De ces cas j'en retiens deux, terminés par la mort et anatomiquement reconnus par l'autopsie. Les accidents du premier pouvaient faire croire à un ulcère de l'estomac. C'eût été une erreur, car les lésions rénales étaient celles d'une néphrite interstitielle, et la malade une brightique à forme gastrique sans albuminurie.

Dans le second cas, la dyspnée et l'*angor pectoris* dominaient la scène. Cette femme avait, l'autopsie en fait foi, de l'aortite et de la néphrite interstitielle; cependant l'examen répété des urines avait toujours été négatif. Brightique, et probablement artério-scléreuse, cette seconde malade appartient au groupe des angineux avec artério-sclérose généralisée, dont M. Henri Huchard parle dans ses leçons sur les angines de poitrine. C'était une brightique cardio-artérielle.

La sanction de l'autopsie manque dans les autres cas. Dans l'un, une femme atteinte de semblables accidents meurt d'apoplexie cérébrale. Elle présentait les symptômes du brightisme sans en avoir les urines albumineuses. Chez une autre, la manie accompagne des troubles qu'on peut attribuer aux lésions rénales, mais ses urines sont exemptes de toute trace d'albumine. Elle était brightique du type cérébral.

N'est-il pas permis de soupçonner chez ces malades le rôle pathogénique de l'artério-sclérose? Comment ne pas en tenir compte pour le diagnostic de cette néphrite sans albuminurie?

Avant ces observations tout actuelles, avant une thèse plus actuelle

(1) Senator : *Die Albuminurie ein gesunden und kranken Zustand*, 1883. — Maguire : De l'albuminurie sans lésions organiques des reins. (*The medical chronicle*, juillet 1886.)

encore (1), M. Delespierre avait rapporté dans son mémoire inaugural des faits semblabes recueillis dans le service de M. Desplats. Un clinicien dont les travaux ont éclairé vivement la pathologie rénale, M. Lancereaux; un savant non moins autorisé, M. Strauss; d'autres, comme MM. Bardinel (2), Moutard-Martin, Doyen et Barral, Maurice Raynaud, ont noté aussi l'absence de l'albuminurie dans la néphrite interstitielle, Fungel et Mahomed, dans la sclérose rénale. Vingt et une fois, dans une série de soixante et un rénaux non albuminuriques, ce dernier observateur a pratiqué l'autopsie et a constaté la sclérose rénale. Des quarante malades qui ne succombèrent pas, un certain nombre traversait sans doute la période dite préalbuminurique du mal de Bright, ou bien une des phases transitoires pendant lesquelles l'albuminurie fait défaut. Il y a quelque vraisemblance à le croire, à défaut d'autopsie, mais il y aurait exagération à donner trop de valeur à cette objection. En tous cas, elle ne suffit pas pour invalider les statistiques.

On oppose à ces dernières, il est vrai, la déclaration de Bartels, qui dans sa pratique ne vit qu'un seul brightique sans urines albumineuses, ou bien l'aveu de Wagner tombant une fois, dit-il, dans cette erreur, parce l'urine avait été analysée trop rarement.

En présence de ces affirmations discordantes, il est permis d'hésiter. Ou plutôt n'y a-t-il pas lieu d'adopter pour les besoins de la clinique une conclusion moins radicale? On la trouve, ce me semble, en deçà de l'absolutisme des cliniciens qui élèvent l'albuminurie associée à l'œdème au rang de signe capital du mal de Bright, et au delà des opinions formulées par leurs adversaires, trop disposés à réduire ce symptôme à un rôle secondaire.

Cette conclusion revient à dire que le brightisme sans albuminurie est rare, et qu'en présence de cas aussi exceptionnels on ne doit jamais se fatiguer de répéter l'examen des urines, alors même que les premières analyses auraient été négatives.

III

Dans quelles circonstances l'albuminurie fait-elle défaut chez les brightiques?

L'absence permanente d'albumine dans l'urine de ces malades est exceptionnelle, on vient de le voir. Par contre, ses variations quantitatives ne sont rien moins que rares, et à côté des *néphrites brightiques sans albuminurie* on observe, surtout au début de la maladie, des interruptions passagères dans la sécrétion de l'albumine. Telles sont les *albuminuries brightiques transitoires*, *cycliques* et *intermittentes*, avec leurs variations diurnes, nocturnes, quotidiennes, horaires, hebdomadaires ou même mensuelles; variations jusqu'à un certain point comparables aux albuminuries physiologiques, et en rapport aussi avec les changements de tension et de vitesse circulatoire ou avec les modifications de la crase sanguine. Ce sont des phénomènes

(1) Carpentier : Du diagnostic des néphrites interstitielles sans albuminurie. (Thèse de Paris, juillet 1886.) — Delespierre : Des néphrites sans albuminurie. (Thèse de Paris, 1884.)— Snyers : Contribution à l'étude du mal de Bright sans albuminurie. (*Annales Soc. méd. chir. de Liège*, p. 317, juillet 1886.)

(2) Bardinel : Société anatomique, 27 mars 1877. — Moutard-Martin : *Progrès méd.*, 1875. — Maurice Raynaud : *Revue de médecine*, t. VI.

©BIU Santé

dont l'expérimentation n'a pas encore bien rendu compte, malgré les interprétations théoriques plus ou moins heureuses qui en ont été données.

Et puis, d'après les travaux de Litten et de Strauss, ces variations ne corespondent-elles pas à l'intensité des lésions glomérulaires, les glomérules partiellement altérés laissant seuls passer l'albumine, comme l'écrivait Henoch, les glomérules sains s'y opposant, et les glomérules étouffés par la gangue interstitielle devenant impuissants à sa filtration?

Le diagnostic de la néphrite brightique à ses diverses périodes ne saurait donc se fonder sur un symptôme dont la constance n'est pas absolue. Entre les observateurs qui veulent établir l'existence de néphrites brightiques sans albuminurie et les affirmations des cliniciens tout disposés à réunir sous le nom de mal de Bright la plupart des affections rénales caractérisées par les hydropisies et l'albuminurie, un fait est définitivement acquis : l'absence d'urines albumineuses à certains moments de la maladie. Quant aux autres éléments du diagnostic, on doit les prendre ailleurs.

On les a trouvés et on les recherche avec raison dans les troubles fonctionnels des divers appareils. Les auteurs insistent sur les changements de l'excrétion rénale, la répétition de la miction sans accroissement quantitatif de l'urine, c'est-à-dire la *pollakiurie*. Ils constatent une augmentation de la sensibilité au froid, localisée plus spécialement à la jambe et au pied, en d'autres termes, la *cryesthésie* de M. Dieulafoy; ils interrogent le système circulatoire, perçoivent le bruit de galop et notent des troubles de la vaso-motilité, la sensation du doigt mort, la syncope locale allant jusqu'à la gangrène de la phalange. Ils tiennent compte des altérations de la sensibilité générale et de la motilité, de la céphalée, des démangeaisons cutanées, des crampes du mollet, des changements dans les fonctions sensorielles (troubles oculaires, sifflements, bourdonnements d'oreilles ou hémorrhagies tympaniques). Enfin, les phénomènes bien connus de dyspnée, d'oppression, d'épistaxis et de vomissements arrêtent encore leur attention.

Considérés isolément, ces signes ne possèdent qu'une valeur secondaire. Après en avoir fait l'analyse, il est urgent de les synthétiser. C'est seulement, en effet, par leur association qu'ils acquièrent assez d'importance pour faire la lumière dans les cas douteux.

Cependant, constater l'insuffisance rénale ne suffit pas toujours, et, pour lever les dernières hésitations, on a conseillé d'en appeler à l'expérimentation. C'est ainsi qu'en s'appuyant sur les travaux de MM. Feltz et Ritter et sur les recherches plus récentes de M. Bouchard, on propose d'assurer le diagnostic par la détermination sur le lapin du coefficient de toxicité urinaire du brightique. L'intoxication de l'animal deviendrait ainsi le critérium de l'empoisonnement urinaire de l'homme malade!

Cette exploration révélera sans doute l'urémie et l'auto-infection par rétention des poisons urinaires. Suppléera-t-elle en partie à l'analyse chimique dans les cas d'albuminurie absente ou latente? Et puis, est-ce un moyen de diagnostic à la portée des praticiens, hors des hôpitaux munis de laboratoires, ou en proportion avec les modestes ressources de la clinique rurale? Il s'en faut, d'ailleurs, que ces essais expérimentaux soient nécessaires : à preuve ces brightiques non albuminuriques dont les auteurs publient les observations, et dont ils ont su reconnaître l'affection sans autre guide que leur propre sagacité.

©BIU Santé

Par cela même qu'elle appartient à la catégorie des manifestations de l'artério-sclérose généralisée, la néphrite interstitielle n'est pas une dans ses formes. Au même titre que les autres artério-scléreux, les brightiques ne sauraient être représentés par un type unique et invariable : les faits cliniques sont là qui le prouvent; est-il donc besoin d'insister sur ce point? Avec ou sans albuminurie, le type brightique varie suivant les localisations de l'artério-sclérose et en raison des troubles qu'elle provoque.

Ici l'hypertrophie du cœur, le bruit de galop, l'œdème malléolaire, la dyspnée donnent au brightique la physionomie d'un cardiopathe. Avec ou sans albuminurie, ce *brightique* est un *cardio-artériel.*

Cet autre frappe l'attention par sa débilité, son amaigrissement, sa pâleur ; il a de l'œdème et des hémorrhagies, en l'absence de cachexie cancéreuse, de tuberculose, de lésions organiques du foie ou de la rate, et de leucocytose. Est-il chloro-anémique ou brightique? La présence de l'albumine dans les urines ferait disparaître toute hésitation ; mais l'exploration des urines est négative. On examine le cœur, on note les troubles circulatoires et les souffles vasculaires ; le doute s'atténue : ce débilité, ce chloro-anémique est du cadre des *brightiques dyscrasiques.*

Ailleurs, ce sont des changements dans le caractère : de l'apathie, de l'inaptitude au travail, de la lourdeur de tête, du coma. Il est survenu des névralgies rebelles, des altérations visuelles, des troubles auditifs; ou bien ces accidents sont plus aigus et ont pris la forme délirante; l'empoisonnement urémique existe : ce malade est *brightique* à forme *cérébrale* et en puissance d'urémie. L'albumine manque cependant dans les urines; les symptômes secondaires servent seuls de base au diagnostic.

Il en est de même de ces *brightiques du type gastro-intestinal*, avec leurs accès de pseudo-gastralgie, de pseudo-hépatalgie, de pseudo-néphralgie. Chez eux l'albuminurie peut aussi être absente ; l'urée a diminué dans les urines, mais les vomissement en contiennent, et le brightisme n'est pas douteux.

De même encore, dans les cas où les troubles respiratoires ont pu en imposer parfois pour l'emphysème, quand il s'agissait de *brightisme du type dyspnéique ;* de même, enfin, dans le *brightisme névrosique*, où les troubles de la vue conduisent le malade chez l'oculiste, les troubles de l'ouïe chez l'auriste et les troubles cutanés chez le dermatologiste. En vain il frappe à toutes les portes, l'albumine manque dans ses urines; l'association des troubles secondaires permet seule d'éviter une erreur de diagnostic, à laquelle on serait conduit en les considérant isolément.

Ainsi, à défaut d'œdème, à défaut d'albuminurie, le diagnostic du brightisme n'est pas impossible ; l'association des troubles secondaires permet de l'établir. L'étude contemporaine des néphrites sans albuminurie n'a pas été inféconde au point de vue de la clinique.

En résumé, les brightiques ne sont pas fatalement albuminuriques. Dans l'immense majorité des cas, leurs urines présentent les réactions de l'albumine ; mais celle-ci manque parfois ou n'existe qu'à son heure et à son temps. Quand elle existe, elle constitue un signe clinique précieux sur lequel les auteurs classiques ont insisté ; quand elle manque, le diagnostic n'est pas impossible.

Douteuse dans la néphrite parenchymateuse, inconstante dans le cours de la dégénérescence amyloïde, comme le montrent les observations de Waldenburg, Senator, Lichtheim et Rosenstein, les travaux de MM. Le-

©BIU Santé

corché, Strauss et Lagrave, où l'étiologie des lésions viscérales antérieures permet d'établir la nature de l'affection, cette absence est un fait réel, mais plus rare dans la néphrite interstitielle. D'où cette conclusion que, malgré les cas de brightisme sans albuminurie, cette dernière conserve encore avec l'œdème le premier rang dans la hiérarchie des symptômes.

Dans cette question, comme ailleurs, l'exception ne saurait infirmer la règle. Ch. ELOY.

BIBLIOTHÈQUE

DU SULFATE DE SPARTÉINE COMME MÉDICAMENT CARDIAQUE ET DE L'INFUSION DE FLEURS DE GENÊT COMME DIURÉTIQUE, par C. LEGRIS.

Inspirée par M. Germain Sée, cette thèse donne un résumé des connaissances physiologiques et thérapeutiques qui ont été acquises pendant ces dernières années sur le genêt et son principe actif.

Les médecins du temps de Pline utilisaient déjà ses vertus diurétiques en rapport avec les modifications cardio-circulatoires qu'il provoque. L'œuvre des modernes expérimentateurs avait donc été devancée par les cliniciens de l'ancien temps et, dans ce siècle, par Rayer, par Bouchardat, en France, et par des observateurs étrangers. Il est vrai que le genêt contient un autre principe, la scoparine, dont les propriétés contribuent à un point de vue différent à son activité médicamenteuse.

Mitchell et Scroff furent les premiers à expérimenter la spartéine; plus tard, ils eurent pour émules M. Fick et M. de Rymon. Enfin, c'est à M. Laborde que l'on doit surtout la détermination des effets de la spartéine sur le fonctionnement du cœur. Ses travaux ont été le point de départ des applications thérapeutiques qui ont été faites depuis à l'Hôtel-Dieu.

En augmentant et en régularisant la contractilité et le rhythme cardiaques, une dose de 5 à 25 centigrammes de sulfate de spartéine peut, d'après M. G. Sée, rendre des services quand le myocarde a fléchi en raison des altérations de son tissu ou par impuissance à compenser les obstacles, et quand il existe de l'athérome des artères coronaires. Son indication thérapeutique serait donc formelle dans les attaques d'asystolie et supérieure à celle de la digitale, dont l'action est trop tardive.

M. Legris va plus loin encore et ne connaît pas d'autres indications à l'administration du médicament. En présence d'une substance active, n'est-ce pas s'avancer beaucoup? Les expériences du laboratoire de M. Vulpian et de M. Rymon n'établissaient-elles pas naguère la possibilité de provoquer des empoisonnements expérimentaux sur des animaux par l'administration de cet alcaloïde?

Comme diurétique, l'infusion de fleurs de genêt a paru rendre des services contre les hydropisies. Ces fleurs s'emploient à la dose de 20 à 25 grammes par litre d'eau. G. Sée les recommande comme diurétiques; c'est enregistrer les mérites vulgairement et anciennement connus, puisque Arnauld de Villeneuve affirmait que leur poudre guérissait les hydropisies. En thérapeutique, comme ailleurs, il est donc toujours vrai de dire : *Multa renascuntur quæ jam cecidere.* — C. E.

PATHOLOGIE DES OVAIRES, par M. le docteur GALLARD.

Dans la séance de l'Académie du 7 septembre, M. Gallard a offert un exemplaire de ses études sur la *Pathologie des ovaires*. Cet ouvrage se divise en deux parties. La première, qui été publiée il y a quelques mois déjà, est consacrée à la menstruation et à ses troubles.

Dans la seconde, qui vient de paraître ces jours-ci et qui est consacrée aux maladies propres à l'ovaires, l'auteur s'est plus spécialement occupé des altérations pathologiques de cet organe, au premier rang desquelles figurent les hémorrhagies et les inflammations (hématocèles et phlegmasies péri-utérines).

Il a réservé un chapitre aux états nerveux qui peuvent être considérés comme étant sous la dépendance de l'ovaire, et tracé une monographie, aussi complète que le permet l'état actuel de la science, des kystes et des autres tumeurs de l'ovaire, qui sont en ce moment l'objet de recherches dont tout le monde reconnaît l'importance et l'actualité.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la chorée au point de vue de l'utilité et de l'administration de l'arsenic, par CHEADLE. — De tous les médicaments en usage contre cette affection, l'auteur considère l'arsenic comme le plus efficace pour diminuer la durée de la maladie. Sous son influence, cette durée a été réduite, en moyenne, à trente jours chez 167 malades soumis au traitement arsenical. Les doses étaient graduellement croissantes, à condition d'en suspeudre l'administration si on observait des troubles gastriques. Parmi les accidents de ce traitement, M. Cheadle signale une coloration bronzée des téguments comparable à celle de la maladie d'Addison. Cette coloration a été notée dans quelques cas où elle a disparu après cinq ou six mois. Enfin, le traitement arsenical n'a pas dispensé de l'emploi des médicaments sédatifs. (*The Practitioner*. Février 1886.) — C. L. D.

De la glycosurie, par THOMAS. — Dans un mémoire sur le diabète, M. Thomas groupe les diverses causes de cette affection dans trois catégories : le diabète symptomatique d'autres affections, de la maladie de Bright ou de l'épilepsie, par exemple; le diabète de cause hépatique et le diabète de cause cérébrale.

Le diabète de cause hépatique est celui des gros mangeurs. Son traitement consiste dans les prescriptions diététiques : régime, exercices, emploi des alcalins et, au besoin, de l'opium. Le diabète d'origine cérébrale ou névropathique a souvent pour cause efficiente des ébranlements moraux. Il s'accompagne de dyspepsie, de phosphaturie ou d'oxalurie. Les bases de son traitement sont le repos physique et intellectuel, l'administration des bromures, et parfois de l'arsenic et de l'opium. Le régime doit être moins rigoureux, mais les exercices physiques sont ici encore très profitables. (*Brit. med. Journ.* Décembre 1885, p. 1053.) — C. L. D.

Du traitement des fibromes utérins par l'hydrastis canadensis, par WOLTERNIG. — C'est à titre de styptique que cet observateur a employé l'hydraste du Canada dans trois cas de fibro-myome de l'utérus. Sous son influence, ces tumeurs diminuèrent de volume et les métrorrhagies furent suspendues.

Il est vrai que l'extrait d'hydrastis était associé à l'extrait de seigle ergoté, et qu'il faut admettre, en bonne justice, l'action simultanée de ce dernier médicament. De plus, M. Wolternig prescrit de préférence l'extrait sec d'hydrastis obtenu par l'évaporation à chaud de l'extrait fluide et en fait continuer l'usage pendant plusieurs mois. Ses pilules sont ainsi formulées : R. Extrait sec d'hydrastis, 3 grammes; extrait d'ergot de seigle et fer réduit; âà : 1 gramme 1/2; pour 60 pilules dont on doit prendre 2 à 5 toutes les trois ou quatre heures pendant ou après les repas. (*Allgemeine Med. Centralz.*, n° 47, 1886.) — C. L. D.

Purpura hémorrhagique avec œdèmes mobiles et crises gastro-intestinales, par P. BINET. — Cette note avait pour sujet une femme arrivée à la ménopause, qui tout à coup présenta des œdèmes mobiles, de l'arthralgie et des poussées successives de purpura. Chaque soir, elle était atteinte de crises gastro-intestinales avec diarrhée et vomissement.

Des hémorrhagies survinrent quelque temps après et, nonobstant les efforts thérapeutiques, la malade succomba. M. Binet considère ces phénomènes morbides comme ceux d'un purpura infectieux, malgré leurs analogies avec les cas de purpura rhumatoïde, dont M. Mathieu a donné la description dans sa thèse inaugurale. L'âge critique et l'arthritisme de la malade créaient vraisemblablement un terrain favorable au processus hémorrhagique. Cette observation démontre que la question des purpuras, en général,

©BIU Santé

mérite revision malgré les travaux récents dont elle a été l'objet. (*Revue médicale de la Suisse romande*, p. 515, 15 août 1886.) — C. L. D.

De l'hématurie dans la malaria, par S.-H. Brown (de Memphis). — Cette hématurie s'observe en général après plusieurs accès de fièvre intermittente. Les malades ont le teint bilieux, éprouvent des nausées et des vomissements, et rejettent des matières jaunâtres ou grisâtres.

La coloration rouge des urines se montre après les accès; dans leur intervalle, elle disparaît. Dans quelques cas mortels, on observe parfois la suppression de l'urine. Ce liquide, quand il est coloré, présente des réactions albumineuses et contient des globules rouges et du pigment.

Dans une série de 6 cas, recueillis par Cockrane, la mortalité s'est élevée à 25 p. 100. Le pronostic de l'hématurie malarique est donc grave; d'ailleurs la quinine ne la diminue pas, le perchlorure de fer, l'ergotine et la pilocarpine sont inefficaces. Les indications thérapeutiques, d'après M. Brown, consistent surtout à favoriser les évacuations stomacales en provoquant des vomissements par l'ingestion d'eau tiède, et les évacuations intestinales par des lavements à l'eau froide. (*Miss. Walley Med. Month.*, janvier 1886.) — C. L. D.

Des résultats obtenus par les injections intra-veineuses de solutions salines, par M. Harrington. — Sous ce titre, l'auteur a exposé à la Société médicale d'observation de Boston, dans la séance du 5 avril, la statistique d'un certain nombre de cas dans lesquels on a pratiqué ces injections salines.

Trois fois dans l'empoisonnement par l'iodoforme et une fois dans celui par le gaz d'éclairage, elles ont procuré deux succès et deux échecs. Sous leur influence, l'amélioration fut passagère dans 2 cas de péritonite, 1 cas de septicémie, 1 cas de choc traumatique. Dans une série de 7 opérations de cancer utérin ou de néphrectomie, la mort survint plus ou moins longtemps après l'injection, soit par les progrès de la maladie, soit par hémorrhagie.

En résumé, dans une série de 15 cas, ce traitement procura seulement quatre guérisons. Dans une autre série de 14 cas, le résultat fut plus heureux chez 13 malades. Il s'agissait surtout de métrorrhagie ou d'anémie par perte de sang d'origine traumatique.

M. Harrington insiste sur le manuel opératoire de ces injections et recommande l'emploi de la solution contenant 1 gramme de chlorure de sodium et 1 gramme de bicarbonate de soude pour 1,000 grammes d'eau pure. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 mai 1886, p. 481.) — C. L. D.

Les propriétés du gymnocladus canadensis, par Bartholow. — La graine de ce végétal, désignée encore sous le nom de *Kentuky coffee bean*, à la réputation d'un toxique puissant comparable à la fève de Calabar avec laquelle il a des affinités botaniques.

L'extrait aqueux du gymnocladus modifie la sensibilité. Cinq minutes après une injection hypodermique de cette préparation, les grenouilles sont insensibles et ne répondent plus aux excitations. Cependant, si la dose est modérée, la sensibilité conjonctivale persiste encore. Quand on augmente cette dose, l'anesthésie devient complète; la perception des sensations est abolie. Les troubles de motilité consistent dans des convulsions généralisées, de la rigidité et une paralysie complète des muscles, que les irritations les plus vives ne peuvent vaincre. Ce phénomène est d'origine centrale, car si l'excitation porte sur le bout périphérique du nerf, on provoque encore des contractions musculaires.

Le gymnocladus diminue l'activité cardiaque en stimulant le pneumogastrique, et à une période plus avancée de l'intoxication, lui fait perdre la puissance de ses contractions probablement en inhibant les ganglions nerveux de l'organe. Le nombre de ses pulsations diminue de moitié. Enfin il abaisse la tension artérielle. (*The American Journal of Med. Science*, p. 582, avril 1886.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 septembre. — Présidence de M. Sappey.

M. Henri Roger présente : 1° de la part de M. le docteur Rotureau, l'article *Hammams* (eaux minérales d'Algérie et de Tunisie), extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; — 2° de la part de M. le docteur J. Jeannel, deux brochures intitulées, l'une : *Examen du droit au suicide;* l'autre : *La vie.*

— M. Caventou lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux.

— M. Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : *Sur la résection tibio-tarsienne.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Tillaux, Maurice Perrin.

— M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles des filles.

L'auteur fait cette communication dans le but de compléter celle que son collègue M. Lagneau a faite il y a quelque temps sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles de jeunes garçons.

Il fait remarquer que, dans les lycées de jeunes filles, le temps consacré aux récréations, et surtout aux exercices actifs, est notoirement insuffisant. La préparation aux concours pour l'obtention des divers brevets de capacité absorbe tout le temps de ces jeunes filles, qui prennent même sur leur sommeil des heures qu'elles consacrent à cette préparation, au détriment de leur santé. Elles ont à peine, dans la journée, une heure et demie de récréation, ce qui fait une grande différence avec les écoles d'Amérique, où la journée de vingt-quatre heures se partage en trois parties, dont huit heures pour le sommeil, huit pour le travail et huit pour la récréation.

Or, le surmenage intellectuel imposé en France aux jeunes filles se produit juste au moment de la période de formation; il s'adresse, en outre, à des enfants qui, appartenant généralement aux classes pauvres de la société, ont une nourriture presque toujours insuffisante.

De là pour ces jeunes élèves de nombreux états pathologiques parmi lesquels il faut noter la déformation du corps et la saillie de l'épaule droite due à l'attitude vicieuse de ce côté, la myopie provenant de la mauvaise disposition de l'éclairage, l'anémie, l'aménorrhée survenant ordinairement pendant les premiers mois de scolarité, enfin la surexcitabilité du système nerveux, produit de ce surmenage intellectuel et de la sédentarité.

L'anémie et l'état nerveux sont avantageusement combattus par l'hydrothérapie; mais il faudrait en outre s'attaquer à la cause première, c'est-à-dire diminuer les heures de travail et augmenter les heures de récréation et de sommeil.

M. Gaston Lagneau remercie M. Dujardin-Beaumetz d'avoir bien voulu prendre en considération la communication qu'il a faite en avril dernier sur le surmenage et la sédentarité dans les Ecoles. Il rappelle combien sont nombreux et fréquents les états morbides attribuables à cette cause. Il fait remarquer que M. Alphonse de Candolle, M. le comte de Schafterbury et tout récemment M. le docteur Whiters Moore, président du Congrès médical de Brighton, ont insisté sur la nocuité plus grande de la surcharge intellectuelle pour les jeunes filles, particulièrement pour les institutrices, que pour les jeunes hommes. Il répond ensuite à quelques-unes des objections qui, depuis, lui ont été faites. Tout en reconnaissant la nocuité de l'habitat urbain, et des mauvaises habitudes trop souvent prises par les élèves, cette nocuité lui paraît considérablement accrue et favorisée par l'immobilité à laquelle on astreint les jeunes gens au lieu de leur faire dépenser leur activité naturelle dans des exercices physiques, jeux, gymnastique, marches militaires, etc., il indique d'où vient la résistance aux réformes universitaires.

©BIU Santé

Beaucoup de professeurs attribuent une importance prépondérante aux études scientifiques, historiques ou littéraires auxquelles ils consacrent leur vie, tendent de plus en plus à étendre les programmes de classes et d'examens, et ne trouvent pas de meilleur moyen d'occuper les élèves que de les maintenir immobiles à la salle d'étude. Notre système universitaire suranné doit grandement être modifié. Sachons donner aux exercices physiques, aux promenades, une large part du temps actuellement donné aux travaux intellectuels. Le corps et l'intelligence se développeront simultanément, au grand avantage de tous deux.

Au lieu d'examens encyclopédiques, qui, placés à la fin des études, exigent un travail excessif et peu fructueux, pourquoi, en dehors du corps des professeurs, un corps d'examinateurs, chaque mois, ne ferait-il pas passer des examens partiels dans tous les lycées, collèges, pensions, institutions laïques ou religieuses? Déjà, dans certaines écoles spéciales, dans certaines classes supérieures des lycées, on fait ainsi passer les examens partiels et fréquents. Ces examens fréquents motiveraient un travail régulier, modéré, profitable. L'addition des points obtenus conférerait ou non le diplôme désiré.

Pourquoi les ministères autres que celui de l'instruction publique, exigent-ils les travaux les plus excessifs, trop souvent funestes pour la santé, des laborieux jeunes gens qui se préparent aux écoles spéciales, en particulier aux écoles polytechnique, militaire, navale? Cependant nos officiers ont grandement besoin de joindre les aptitudes physiques aux connaissances scientifiques.

M. Jules Rochard, dans une improvisation brillante et chaleureuse, a plaidé avec éloquence la cause des jeunes garçons et des jeunes filles élevés dans nos écoles. Il a montré que leur éducation était dirigée au rebours des lois de la nature. L'enfant est peu susceptible d'une longue attention et on lui inflige des heures d'études et de classes. Il n'est pas jusqu'à ses heures de récréation et à ses jeux qui ne soient soumis à une discipline absurde plus propre à inspirer l'ennui et le dégoût qu'à lui procurer un délassement réel. L'orateur demande une réforme complète de ce fâcheux état de choses.

M. Larrey pense que cette question pourrait utilement être portée devant les Congrès scientifiques internationaux où se réunissent, de toutes les parties du monde, des savants dont les lumières et l'autorité seraient de nature à imprimer un grand mouvement aux réformes de l'enseignement et de l'éducation scolaires, surtout en ce qui touche à l'hygiène et à la santé des élèves.

— La séance est levée à quatre heures vingt-cinq minutes.

VARIÉTÉS

LE BULLETIN ET LE BUREAU DE STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE DE RIO-JANEIRO.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler les progrès de l'hygiène publique au Brésil sous l'administration actuelle de M. de Mamoré. Un nouveau pas vient d'être fait dans cette voie par la création d'un bureau de statistique démographique et médicale à Rio-Janeiro et par l'adjonction de ce bureau à l'inspection générale de l'hygiène.

La direction a été confiée à notre éminent et savant confrère brésilien M. Joao Pires Farinha dont les publications sur l'hygiène ont été justement appréciées des deux côtés de l'Océan. Un *Bulletin mensuel* fait connaître les travaux de ce bureau et depuis le mois de janvier dernier établit des relations par voie d'échange entre la démographie brésilienne et celle des pays étrangers.

Remarquons que ce bulletin et cette organisation ne sont pas sans analogie avec les publications et l'administration du bureau démographique de Paris. L'œuvre et l'exemple de M. Bertillon seront donc aussi féconds à l'étranger qu'en France. On ne saurait trop le répéter et ni assez rendre hommage à des efforts dont les bénéfices humanitaires ne sont plus à démontrer.

Le *Bulletin démographique* de Rio-Janeiro contient des renseignements dont on doit remercier l'administration de M. de Mamoré. Je veux parler de la liste *par rue et par maison des cas et des décès de fièvre jaune* observés pendant le mois précédent. Etendu aux autres maladies contagieuses, ce dénombrement permettrait certainement d'approfondir les questions épidémiologiques et hygiéniques relatives à l'origine et à la pathogénie. Il serait à désirer qu'un dénombrement semblable fut appliqué à la démographie de nos villes européennes et surtout que les résultats en fussent périodiquement publiés. Les administrations européennes auraient donc parfois quelque avantage à imiter celles de pays plus jeunes dans l'histoire, mais non moins avides de progrès et de civilisation.

Ch. Eloy.

FORMULAIRE

Traitement de l'épistaxis. — Syredey.

On introduit dans les narines, aussi haut qu'on le peut, un fragment d'éponge fine taillée en cylindre, et qu'on a préalablement imbibée de jus de citron ou d'eau vinaigrée. Puis on recommande au malade de se tenir assez longtemps couché sur le ventre. — Ce moyen est particulièrement mis en œuvre pour arrêter les épistaxis des sujets atteints de fièvre typhoïde. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit :

Physique. — MM. Guebhard, chef des travaux; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux; Stef, préparateur adjoint (zoologie); Berger et Blondel, préparateurs adjoints (botanique).

Physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux; Gley et Rondeau, préparateurs; Martin et Pignol, aides-préparateurs.

Anatomie pathologique. — MM. Gombault, chef des travaux; Brault, Chantemesse et Durand-Fardel, préparateurs; Clado, Toupet et Vidal, moniteurs.

Chimie. — MM. Hanriot, chef des travaux; Monangé, préparateur; Bouveault, De Thierry et Grolous, préparateurs adjoints.

— Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique informe MM. les médecins du Ve arrondissement que, le mercredi 22 septembre 1886, il sera procédé à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Sang dans les races humaines. — Au Congrès de Nancy, M. le docteur Maurel a communiqué les résultats des recherches qu'il a entreprises sur le nombre des hématies et des leucocytes que contient le sang des diverses races humaines. Les différences observées se résument comme suit : la race noire paraît avoir le nombre d'hématies le plus considérable (5,112,256 les noirs de la Guadeloupe), puis viennent les Indo-Européens (5,000,000 les Européens et 5,008,222 les Hindous), ensuite les Jaunes (4,474,751 les Khmers, 4,334,861 les Chinois et 4,238,731 les Annamites); le chiffre des Khmers est intermédiaire aux deux peuples dont ils proviennent, les Hindous et les Jaunes, se rapprochant beaucoup plus de ces derniers par ce caractère comme par les autres; le même fait est encore plus marqué pour les leucocytes ; sous le rapport de cet élément, ce sont les Hindous qui ont les chiffres les plus élevés (5,549), puis viennent les Khmers (5,519), ensuite les Européens (5,000), après viennent les Jaunes (Chinois 4,611). Annamites 4,125), et en dernier lieu les Noirs (3,823). (*Gaz. hebdom.*)

Bières salicylées. — Le préfet de police et le procureur de la République ont décidé que les tribunaux auraient à statuer sur les procès-verbaux de constat dressés contre

©BIU Santé

les brasseurs prévenus d'avoir livré des bières salicylées. Jusqu'ici la vente des bières salicylées n'était considérée que comme une contravention à l'arrêté du préfet de police de 1881, et les coupables ne relevaient que du tribunal de simple police. Si les tribunaux jugent que la bière salicylée est malfaisante, le fait d'en avoir livré sera désormais considéré comme un délit. Il est juste de remarquer qu'en 1881 un arrêté interdisant la vente des bières salicylées n'avait été pris par le préfet de police qu'à la suite de trois délibérations du Comité consultatif d'hygiène établissant que l'introduction du salicylate dans la bière était nuisible à la santé. On avait d'abord pratiqué des saisies chez les débitants, il y eut même plusieurs condamnations prononcées ; ces industriels se plaignirent, disant que la faute revenait aux expéditeurs qui leur envoyaient la bière salicylée. Pour obvier à cet inconvénient, le préfet de police a donné l'ordre de faire retenir en gare certaines expéditions de bières et de prélever un certain nombre d'échantillons. Si la bière était reconnue salicylée, on en avisait le destinataire, qui restait libre de retirer sa marchandise à ses risques et périls, puisqu'il était prévenu. Si l'expéditeur était Français, le tribunal de simple police le condamnait ; si l'expéditeur était de nationalité étrangère, il n'y avait pas de procédure, puisqu'elle ne pouvait être suivie d'effet à l'étranger. (*Gaz. hebdom.*)

Bulletin bibliographique.

Des arthrites infectieuses, non tuberculeuses, par le docteur De Lapersonne. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Des luxations pathologiques, leur pathogénie, par les docteurs Fargue et Maubrac. 1 vol. in-8°

Etude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur Oddo. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par le docteur Martineau. 1 vol. in-18. avec 4 planches lithographiées. — Prix : 3 fr. 50.

Des pseudo-tabès, par le docteur Leval Picquechef. In-8°. — Prix : 3 fr.

Etude clinique sur la folie héréditaire (des dégénérés), par le docteur Saury. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr.

Etudes sur les méningo-myélites chroniques, par le docteur Béhier. In-8°. — Prix : 2 fr.

Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies, par le docteur Blanc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil, faites à la Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, par le professeur Panas. In-8°, avec 5 figures dans le texte. — Prix : 2 fr.

Le pouls puerpéral physiologique, grossesse, accouchement, couches normales, par le docteur Louge. In-8°, avec 112 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884, par le docteur Duflocq. In-8°. — Prix : 4 fr.

De l'involution sénile des modifications organiques et fonctionnelles dans la vieillesse, par le docteur Brousse. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Ces douze ouvrages se trouvent chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. P. Le Gendre : La spléno-pneumonie. — II. Revue des Journaux : Des propriétés de la résine de Kava. — Paraplégie survenue à la suite d'une rougeole. — De la tolérance des hydrophobes pour les médicaments. — De la détermination de la mort réelle par le caustique de Vienne. — De l'argyrisme. — De l'emploi de la cocaïne dans le lavage de l'estomac. — III. Courrier. — IV. Bulletin bibliographique. — V. Feuilleton : Pensées et maximes inédites sur la médecine et les médecins. — VI. Formulaire.

La spléno-pneumonie.

I

Il arrive de temps en temps qu'un médecin, croyant ponctionner une plèvre à moitié pleine de liquide, se trouve fort surpris de ne voir s'écouler du trocart que quelques bulles d'air et quelques gouttelettes de sérosité sanguinolente, alors qu'il avait constaté le groupe classique des signes physiques de la pleurésie : matité avec affaiblissement considérable des vibrations, souffle aigu, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone. Si l'erreur demeurait parfois excusable, la surprise ne l'était plus depuis les recherches de M. Grancher sur la spléno-pneumonie.

L'erreur même devra devenir de plus en plus rare, maintenant que notre collègue, M. Paul Bourdel, vient de publier un excellent exposé de cette question (1), dont les éléments étaient restés jusqu'ici dans des recueils scientifiques peu lus du grand public médical.

La question d'ailleurs n'a été soulevée que depuis bien peu de temps. C'est le 10 août 1883 que M. Grancher a décrit, à la Société médicale des hôpitaux, « un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, *qui simule une pleurésie avec épanchement moyen*, et qui mérite une description et une dénomination propres ». Au point de vue nosologique, notre maître

(1) De la spléno-pneumonie, par M. Paul Bourdel, ancien interne des hôpitaux de Paris ; 1886. G. Steinheil, éditeur.

FEUILLETON

PENSÉES ET MAXIMES INÉDITES SUR LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS (1).

Par le professeur J. Cloquet.

3439. — Quand un malade vient à succomber, ce n'est pas la maladie qu'on accuse, mais le médecin. Si le disciple d'Esculape n'a employé que des moyens que le vulgaire public juge insuffisants, il a laissé mourir le malade, et s'il a eu recours à un traitement énergique, il l'a tué.

3471. — Un médecin doit savoir sacrifier à chaque instant l'immense amour-propre qui règne au cœur de l'homme, aux plus minces intérêts de santé de la dernière créature de l'espèce humaine.

3772. — Le vulgaire se méprend d'une manière étrange, quand il pense qu'il est indispensable d'avoir le cœur dur pour pratiquer habilement les opérations de la chirurgie ; il prend sottement pour de la dureté le courage que donne la ferme volonté d'accomplir un devoir rigoureux, courage qui soutient et conduit la main du chirurgien en le rendant impassible et sourd en apparence aux cris de douleur du malade qui subit une opération. Le chirurgien doit avoir le calme et le sang-froid du général qui, sur un

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 juin et 4 septembre 1886.

©BIU Santé

plaçait cet état entre la congestion pulmonaire simple, individualisée comme type clinique par Woillez, et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie; il y attachait la dénomination de spléno-pneumonie, introduite pour la première fois dans le langage médical, en 1880, par M. Joffroy pour définir, au point de vue anatomo-pathologique, une des formes de broncho-pneumonies aiguës (1). M. Joffroy avait voulu indiquer, en formant ce néologisme, que dans cette forme se trouvent associées les lésions de la pneumonie épithéliale (splénisation) et celles de la pneumonie suppurative ou phlegmoneuse, et il avait particulièrement en vue la pathologie de l'enfance.

M. Grancher, frappé, dit M. Bourdel, de l'analogie symptomatique de certains faits observés à l'âge moyen de la vie avec la spléno-pneumonie infantile, étendit cette dénomination à la pathologie de l'adulte et l'appliqua, en y attachant un sens particulièrement clinique, à un état morbide du parenchyme pulmonaire, très capable de simuler la pleurésie, — pleuroïde, suivant l'expression de Bourdel. Depuis la communication de M. Grancher, un de ses élèves les plus distingués, notre collègue et ami L. Queyrat avait, dans une étude importante sur la congestion pulmonaire (2), consacré un article à la spléno-pneumonie, qu'il opposait sous le nom de congestion pulmonaire à forme de pleurésie à la congestion pulmonaire à forme de pneumonie (maladie de Woillez). Tout récemment, il publiait de nouveaux cas de spléno-pneumonie (3). Enfin, M. Bourdel apporte aussi des faits confirmatifs et rédige sous la forme didactique ce chapitre nouveau de pathologie pulmonaire, dont M. Grancher a enrichi la science. Suivons-le pas à pas dans sa description.

(1) Des différentes formes de la broncho-pneumonie. (Th. agrég. 1880.)

(2) Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire. (*Revue de médecine*, 1885.)

(3) *Revue de médecine*, mars 1886.

champ de bataille, entend sans sourciller siffler les balles et les boulets autour de lui. Il compatit aux angoisses du malheureux qui va subir une opération, mais il sait que la moindre émotion de sa part, le plus léger tremblement de sa main peuvent mettre en péril la vie qui lui est confiée et dont la responsabilité est suspendue sur sa tête; il doit donc par sa fermeté d'âme s'élever à la hauteur du ministère qu'il remplit et imposer silence à son cœur pendant qu'il opère. Le chirurgien qui serait dur et cruel, ne mériterait que le dégoût et le mépris: au lieu de remplir un saint ministère, il n'exercerait qu'un vil métier, celui d'un bourreau qui donne la question.

4154. — Le médecin, comme le prêtre, exerce un ministère et ne doit jamais oublier qu'il gagne en considération à mesure qu'il sait sacrifier le temporel au spirituel; s'il agit en sens contraire, il n'exerc plus qu'un vil métier dont les bénéfices sont calculés et fondés sur les douleurs, les misères et les infirmités de ses semblables.

4283. — Quatre médecins se trouvaient en consultation auprès d'un vieil avare qui ne se souciait pas plus de rendre ses derniers comptes aux hommes que d'en aller ouvrir de nouveaux avec Dieu. Un créancier du moribond qui s'était déjà présenté inutilement plusieurs fois ayant voulu pénétrer à leur suite jusqu'à lui, trouva encore porte close et fut congédié par un neveu qui tenait au repos de son oncle et ne quittait son chevet que pour renvoyer les gens. « Eh comment! s'écria dans son dépit l'impertinent créancier, depuis quand faut-il quatre ânes pour garder et enterrer un chien? »

4396. — Si les médecins homœopathes connaissent moins bien les maladies que les

II

Le début est, en général, brusque, quelquefois brutal et presque toujours manifestement précédé d'un refroidissement.

Quelques malades toussaient légèrement depuis peu de jours, lorsque l'invasion véritable de la maladie s'est annoncée par des frissons d'intensité modérée, mais réitérés pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours. Le frisson unique de la pneumonie franche n'a été noté que par exception, comme les vomissements.

Mais le point de côté n'a jamais manqué et il a souvent été d'une extrême acuité; il affecte le plus souvent la forme névralgique par son siège aux points d'émergence d'un nerf intercostal; il revêt d'autres fois l'apparence d'une douleur pleurodynique, siégeant dans les masses musculaires sous le mamelon, au niveau des attaches du diaphragme ou au niveau de l'omoplate. La douleur diminue généralement assez vite d'acuité pour disparaître après quelques jours, malgré la persistance de la fièvre et des autres symptômes. Dans un cas de rechute, on a vu le point de côté réapparaître avec la même violence qu'au début; aussi semble-t-il lié à la poussée congestive initiale.

La dyspnée peut présenter toutes les nuances, depuis une gêne peu marquée de la respiration jusqu'à l'orthopnée; dans ce cas, on observe un contraste frappant entre la moitié saine du thorax, qui subit 30 à 40 mouvements d'ampliation précipités par minute, et le côté affecté qui demeure dilaté et immobile dans l'inspiration forcée. La dyspnée, liée, comme le point de côté, à l'hyperémie du poumon, s'atténue comme lui au bout de deux ou trois jours pour disparaître vers la fin du premier septénaire.

La toux apparaît dès le début avec des caractères qui la rapprochent beaucoup de celle qu'on observe dans la pleurésie. Souvent peu fréquente, mais toujours pénible et quinteuse, avec paroxysmes provoqués par les changements de position du malade, elle reste quelquefois absolument sèche pendant toute la durée de la maladie; mais, d'ordinaire, elle s'accom-

---

allopathes, au moins connaissent-ils beaucoup mieux les faiblesses des hommes que ces derniers.

4478. — La folie n'est réellement le plus souvent qu'un rêve diurne prolongé pendant lequel les malades, à l'état de veille, obéissent aux hallucinations de leurs sens, de leur imagination et de leurs sentiments.

4496. — On n'a pas les songes que l'on voudrait avoir, et l'on est obligé de subir ceux dont on ne voudrait pas. Que de réalités! que d'événements dans la vie ressemblent aux songes sous ce rapport!

4757. — L'innervation, que l'on a désignée sous les noms d'agent, de fluide nerveux, d'action nerveuse, de système nerveux, n'est qu'une hypothèse que l'on a créée pour expliquer les phénomènes de la vie, comme on a créé l'attraction pour expliquer ceux de la gravitation des corps.

Les médecins ignorent complètement la nature intime de ce principe nerveux, qu'ils ont supposé dans le corps vivant, à l'état normal, et cependant ils se chargent de remédier à tous ses dérangements, qu'ils ne connaissent pas davantage, quand le corps devient malade. Ils ressemblent assez, ces médecins, à des horlogers qui se chargeraient de raccommoder les pendules sans en connaître le mécanisme; aussi le mot nerveux est le camp dans lequel ils se retranchent, quand ils sont mis au pied du mur pour s'expliquer sur la nature ou la cause d'une douleur ou d'une affection qu'ils ne connaissent pas. C'est nerveux, répondent-ils au malade, et celui-ci se contente de cette réponse et de la science de son docteur, persuadé qu'il est qu'on ne meurt pas d'une affection

©BIU Santé

pagne, au bout de quelques jours, de l'expulsion de crachats blancs, visqueux, se réunissant au fond du vase pour former une masse claire peu aérée, ressemblant à une solution de gomme, expectoration qui paraît en rapport avec le degré de l'hyperémie pulmonaire. En même temps que les troubles fonctionnels précédents apparaît une fièvre qui peut faire monter la température à 39° et 40°, quelquefois même plus haut.

III

Mais c'est par les signes physiques que la spléno-pneumonie présente tant d'intérêt C'est sur eux que nous devons nous appesantir. On peut les constater en général promptement avec toute l'accentuation et toute la netteté qu'ils doivent avoir et qu'ils conserveront longtemps avant de s'atténuer.

L'inspection, qui permet d'apprécier le degré de la dyspnée d'après la précipitation de la respiration et son rhythme, fait quelquefois constater une ampliation manifeste du côté affecté, soit qu'on examine le thorax par sa face postérieure, soit que, placé au pied du lit et baissé légèrement, on regarde horizontalement la partie antérieure de la poitrine du malade couché bien à plat sur le dos. On ne doit pas s'en laisser imposer par les déformations naturelles, professionnelles ou pathologiques et par la saillie légère que forme presque normalement le rebord costal droit soulevé par la masse hépatique.

Quand on constate une ampliation d'une moitié du thorax et qu'on hésite entre un épanchement pleural et une spléno-pneumonie, l'épreuve du cordeau indiquée par M. Pitres sera d'un utile secours. On détermine la situation du sternum par rapport à la ligne médiane du corps au moyen d'un cordon dirigé du milieu de la fourchette sternale au milieu de la symphyse du pubis. Dans tous les cas de pleurésie avec épanchement abondant la ligne menée du haut du sternum à sa base est fortement déviée de la ligne médiane vers le côté malade. Queyrat, n'ayant jamais rencontré la déviation du sternum dans la spléno-pneumonie, est porté

---

nerveuse. Mais en réalité, le mot nerveux n'est que trop souvent le grand capuchon avec lequel les docteurs cachent leurs oreilles d'âne pour se tirer d'embarras auprès de leurs malades (mars 1845).

4850. — J'ai vu le nain qu'on a surnommé le général *Tom Pouce*, comme on a appelé un singe le général Jacot. Il n'a excité chez moi qu'un sentiment pénible de commisération pour lui et d'humiliation pour notre pauvre espèce. Il ressemble à l'une de ces graines avortées que l'on trouve aux extrémités des siliques et qu'on rejette comme telles. Comme conclusion, *Tom Pouce* n'est qu'un petit animal qui fait rire de grosses bêtes.

4854. — L'homme orgueilleux est passablement humilié quand, vaincu par la douleur et la crainte, il se voit obligé d'ouvrir son livre au chapitre de ses misères et d'en faire à son docteur la lecture complète sans omettre ni points ni virgules. La maladie le force d'exhiber toutes ses infirmités physiques et morales et de passer sous les fourches caudines d'une humiliante confession.

4988. — Que de malades se plaindraient à bon droit, si la négligence de leur médecin égalait celle qu'ils mettent à reconnaître ses soins, quand ils sont guéris.

4989. — Comment un médecin pourrait-il voir les femmes comme les autres hommes? demandait une spirituelle dame à son docteur. — Mon enfant, lui dit le vieux disciple d'Esculape, quand le médecin est dans le cercle de ses fonctions, le sexe des femmes disparaît, parce que le sien s'efface, et cela par respect pour elles et pour lui-même. Mais, dès qu'il sort de ce cercle, le médecin redevient homme tout comme les autre

à considérer son absence comme une forte présomption en faveur de celle-ci.

La percussion révèle dans le tiers, la moitié ou les deux tiers inférieurs de la poitrine une matité complète, avec perte plus ou moins considérable de l'élasticité. La matité est limitée d'ordinaire assez peu nettement à la partie supérieure et se fond insensiblement en arrière avec une zone de submatité qui remonte plus ou moins haut. En avant, sous la clavicule, il existe presque constamment du tympanisme. Or M. Grancher nous a appris que, lorsque ce signe est dans cette région associé à l'exagération des vibrations vocales et à l'affaiblissement du murmure vésiculaire, il existe un état congestif du sommet du poumon. Ainsi la congestion s'étend généralement à tout le poumon dans la spléno-pneumonie.

La recherche de l'espace de Traube est précieuse quand la spléno-pneumonie siège à gauche, et il en est presque toujours ainsi, disait Queyrat. Bourdel a montré cependant qu'il existe plusieurs observations de spléno-pneumonie droite. La zone semi-lunaire, normale de sonorité, qui existe au niveau des fausses côtes du côté gauche, ne disparaît guère que dans les cas d'épanchemeut pleural abondant, sauf de très rares exceptions signalées par M. Jaccoud et concernant d'énormes pneumonies lobaires ou des adhérences du poumon, du péricarde et du diaphragme. Si donc on trouve à l'espace de Traube ses dimensions normales (4 travers de doigt environ), on pourra presque sûrement affirmer que c'est à une spléno-pneumonie que se rapportent les signes physiques d'apparence pleurétique.

Comment en effet ne pas songer tout d'abord à une pleurésie alors que, outre la matité, on constate une diminution très considérable et même souvent une abolition complète des vibrations vocales? Mais une palpation attentive permet à la main appliquée de plus en plus haut sur la poitrine de sentir les vibrations renaître insensiblement et augmenter graduellement, tandis que en cas de pleurésie les vibrations réapparaissent immédiatement, brusquement, au-dessus de la ligne d'épanchement; même il existe à ce niveau une zone où elles sont manifestement exagérées à

---

auprès de sa femme et de ses enfants; il se met à table avec eux et mange de la viande, en laissant de côté les souvenirs qui pourraient lui ôter l'appétit.

3624. — Souvent les discussions de trois amis qui passent pour savants embrouillent les questions les plus simples et dont la solution serait de prime abord donnée par un écolier de la spécialité. Cela prouve simplement que ces trois amis s'occupent d'une question qui leur est étrangère ou qu'ils passent pour être ce qu'ils ne sont pas réellement.

4047. — L'homme qui fait le savant se fait moquer de lui; celui qui fait l'ignorant se moque souvent de vous.

4116. — Tel renvoie les autres à l'école qui devrait bien, pour son compte, les y accompagner et de plus retourner au prône.

4292. — Si l'homme ne voit goutte dans la plupart des grands ou petits phénomènes de la nature et de l'intelligence, c'est que ces phénomènes sont liés les uns aux autres et correspondent entre eux par des télégraphes électriques dont notre ignorance ne nous permet pas de voir les fils.

4491. — Les concours aujourd'hui deviennent de plus en plus multipliés et le nombre des compétiteurs de plus en plus grand, et c'est en courant qu'il faut faire ses études et se préparer à leurs luttes. Aussi les concours épuisent-ils tellement les forces des concurrents, que ceux qui ont le bonheur de toucher au but y arrivent tout essoufflés, et qu'ils sont comme de jeunes chevaux surmenés qu'il faut mettre au vert et qui souvent ne seront plus que des rosses toute leur vie. (Février 1845.)

©BIU Santé

cause de l'état congestif de la portion de poumon sous-jacente et adjacente à la plèvre enflammée.

L'auscultation d'un malade atteint de spléno-pneumonie révèle toujours dans la zone de matité absolue un affaiblissement très considérable du murmure vésiculaire, très souvent même un silence respiratoire complet. Dans le premier cas, on peut entendre dans la région de la base des crépitations fines, plus ou moins discrètes, quelquefois fugaces et inconstantes, se montrant surtout, et quelquefois exclusivement, pendant les grandes inspirations et après la toux ; on comprend que l'existence de ces crépitations soit d'une certaine importance au point de vue du diagnostic. Quand elles ont fait défaut au début de maladie, elles apparaissent toujours au moment où la résolution commence pour devenir de plus en plus grosses, puis de moins en moins nombreuses, et disparaître enfin avant même que la respiration et la sonorité ne soient redevenues normales.

Au-dessus de la zone de silence respiratoire, c'est-à-dire, ordinairement vers la partie moyenne du poumon on entend d'une façon constante un souffle tubaire presque toujours expiratoire, quelquefois d'un timbre assez doux, le plus souvent d'un caractère aigu comme le souffle pleurétique ; parfois même dur et fort comme dans les grands épanchements.

D'une façon constante aussi existe au niveau du souffle une égophonie, souvent très nette et tout à fait typique, d'autres fois légère ; celle-ci, née en même temps que le souffle, s'atténue avec lui, dégénère plus tard en broncho-égophonie, puis en un simple bourdonnement lointain de la voix pour disparaître enfin.

Dans tous les cas sans exception on a noté, en même temps que l'égophonie, le phénomène de la pectoriloquie aphone ou transmission à l'oreille de la voix chuchotée. On sait déjà, depuis assez longtemps, que le signe de Baccelli n'est pathognomonique ni de la pleurésie, ni d'un épanchement séreux, puisqu'il peut se rencontrer dans la pneumonie, dans la tuberculose, lorsqu'il existe une induration pulmonaire capable de donner naissance à

4512. — L'arbre de la science est hétérophyle, puisqu'il est à la fois l'arbre du bien et du mal, de la vérité et de l'erreur. Les feuilles renferment, les unes un suc salutaire, les autres un poison subtil et délétère. Le tout est de bien distinguer ces feuilles les unes des autres et de choisir celles que l'on en détache pour s'en nourrir.

4964. — Les Académies littéraires ne sont que des parterres de fleurs doublées et embellies, mais rendues stériles par la culture. Ces superbes fleurs, orgueilleuses filles de l'art, oublient leur origine première, quand elles ne veulent pas souffrir près d'elles la fleur modeste des champs, fille de la nature, simple il est vrai, mais féconde.

4965. — Les hommes de génie et les savants ne se multiplient pas par graine, et quand eux-mêmes ils ensemencent leurs champs, s'ils attendent des lis ou des anémones, il leur pousse souvent des ronces ou des orties.

5033. — Un docteur ne sait pas plus ce qui se passe dans la tête d'un âne que celui-ci ne connaît ce qui se passe dans celle du docteur. Ils sont à deux de jeu. L'âne est aussi savant que le docteur à ce point de vue, et celui-ci aussi ignorant que l'âne. Ils sont donc au même niveau et peuvent se juger l'un comme l'autre ; l'âne peut mettre sa patte dans la main du docteur.

5094. — *Allocution d'un professeur à son chapeau.* — Un gros professeur, plus rempli d'amour-propre que de science, se trouvait seul dans son amphithéâtre, et n'avait pour auditeur que son chapeau, qu'il tenait bas par respect pour lui-même, et qu'il roulait entre ses mains. Il fit néanmoins un bout de leçon pour n'en point perdre l'habitude ; puis, s'adressant à son couvre-chef, il lui tint à peu près ce langage : « Gredin, que tu

un souffle, et qu'il peut faire défaut dans la pleurésie séreuse en l'absence de souffle comme dans la pleurésie hémorrhagique et purulente.

La spléno-pneumonie est toujours unilatérale, le poumon opposé restant absolument indemne ou ne présentant que quelques râles muqueux insignifiants. Queyrat ne l'avait jamais vue qu'à gauche, et en effet il en est presque toujours ainsi sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi. Queyrat a même signalé que la pointe du cœur cesse alors d'être appréciable à la palpation, fait qu'il a interprété en disant que le poumon gauche très congestionné refoule le cœur d'avant en arrière. Mais Bourdel a, le premier, rapporté trois cas où la spléno-pneumonie siégeait à droite.

Diagnostic. — Quand on réfléchit à l'ensemble des symptômes et des signes que nous avons énumérés comme constituant le tableau clinique de la spléno-pneumonie, on n'est pas étonné que celle-ci ait été si longtemps et soit encore souvent prise pour une pleurésie.

Pour établir le diagnostic différentiel, on peut s'appuyer, nous l'avons dit, sur les signes suivants : *expectoration gommeuse*, *schème de congestion sous-claviculaire, crépitations fines de la base, réapparition graduelle des vibrations au-dessus de la zone de matité, persistance de l'espace de Traube* et *absence de déviation sternale*. Aucun d'eux n'a de valeur absolue, leur réunion seule constitue une importante somme de probabilités en faveur de la spléno-pneumonie.

Il faut y joindre deux symptômes, malheureusement rares et passagers : l'existence de *frottements pleuraux* qui quelquefois peuvent être perçus pendant quelques jours à la base et, tant qu'ils existent, écartent l'hypothèse d'un épanchement pleural ; — le *décubitus sur le côté sain*, qui, lorsqu'on le constate, éloigne aussi l'idée d'une pleurésie.

Mais le seul critérium de l'existence d'une spléno-pneumonie réside dans les *ponctions capillaires exploratrices*, et, dans tous les cas, il est indiqué d'y avoir recours ; elles sont absolument inoffensives, à la condition qu'on ne s'écarte pas des précautions antiseptiques suivantes, minutieusement décrites par Bourdel : « Il faut laver l'aiguille de la seringue de Pravaz à

---

es heureux d'avoir entendu de si belles paroles et de pouvoir contenir, dans ta petite capacité, une tête comme la mienne qui renferme tant de choses. » Le cher professeur oubliait que le contenu ne peut être plus grand que le contenant, mais il était de ces gens qui n'y regardent pas de si près, et qui répètent depuis le lever jusqu'au coucher du soleil : « Allah! Allah! Dieu est grand, et je suis son prophète! »

Ouate iodoformée. — Neuber.

Iodoforme	25	grammes.
Ether sulfurique	125	cent. cubes.
Alcool	500	—
Ouate dégraissée	250	grammes.

F. s. a. Après l'évaporation suffisamment rapide de l'éther et de l'alcool, il reste une une préparation douée d'un pouvoir antiseptique généralement suffisant. — Par dessus la ouate iodoformée, on applique un morceau d'étoffe imperméable, pour empêcher l'odeur de l'iodoforme de se répandre. Les pansements ne doivent être renouvelés qu'en cas de nécessité absolue, l'asepsie étant assurée aussi longtemps que l'iodoforme n'a pas été entièrement éliminé. — N. G.

©BIU Santé

l'eau bouillante et nettoyer le corps de pompe et le piston avec une solution phéniquée au 1/20e, ou une solution de sublimé au 1/1000e; on flambe ensuite légèrement l'aiguille avant d'opérer. » Les recherches faites sur le cadavre par M. Grancher, et répétées par M. Bourdel, montrent qu'au niveau des sixième et septième espaces intercostaux, à l'angle postérieur, l'épaisseur de la paroi (peau, tissu cellulaire, muscles et plèvre costale) est de 6 à 10 millimètres. « Il faut avoir soin d'enfoncer l'aiguille lentement, progressivement, tout en faisant l'aspiration. Tant qu'on n'est pas arrivé sur le poumon, on voit la force du vide préétabli ramener le piston à son point de départ dès qu'on en lâche la tige. Dès que l'aiguille est arrivée au parenchyme pulmonaire, c'est-à-dire dès qu'elle a pénétré de 7 à 8 millimètres environ, la seringue se remplit de bulles d'air et de sang, ce qui prouve bien que c'est dans ce parenchyme qu'on a plongé et qu'il n'existe pas de lamelle liquide interposée, malgré les signes d'épanchement pleural. »

IV

La MARCHE de la spléno-pneumonie peut être résumée ainsi :

Pendant six à dix jours, les troubles fonctionnels accompagnent les signes physiques; c'est la phase trompeuse, pendant laquelle on doit faire le diagnostic avec la pleurésie séreuse simple ou compliquée de congestion. Puis se produit, en général, une détente des symptômes généraux, sans modification aucune des signes physiques.

Le type général de la fièvre, qui, nous l'avons vu, peut atteindre au début 40° et plus, est rémittent avec rémission matinale ordinairement assez marquée; la courbe présente souvent ces ascensions irrégulières qui, au cours de la broncho-pneumonie de l'enfance, dénoncent des poussées congestives. La défervescence de la fièvre est toujours graduelle et peut n'être complète quelquefois qu'au bout de plusieurs semaines.

Ce qui est tout à fait digne de remarque, c'est que la résolution de la lésion, c'est-à-dire la modification des signes physiques, est tardive par rapport à la défervescence et à l'amélioration de l'état général. Cette résolution se manifeste d'abord par l'apparition dans la zone de matité absolue des râles fins sous-crépitants qui existaient déjà à la base ou qu'on n'avait jamais perçus; puis ces râles deviennent plus gros et humides. Le murmure vésiculaire reparaît peu à peu; le souffle diminue, puis disparaît, en même temps que l'égophonie fait place à la broncho-égophonie, qui disparaît à son tour. Mais pendant longtemps, souvent pendant plusieurs mois, on voit persister une submatité à la base, une diminution des vibrations et de la respiration, avec un certain degré d'essoufflement dans la marche.

Ainsi, quelle que soit l'acuité des premières périodes, la résolution est toujours fort lente et demande des mois. A côté des formes aiguës et subaiguës, Bourdel admet une forme prolongée, chronique, qui peut faire croire à un hydrothorax.

Le PRONOSTIC immédiat est favorable, en ce sens que le malade a toujours guéri, sauf dans une observation de Queyrat où une spléno-pneumonie survenue chez un diabétique a été suivie de gangrène pulmonaire et de mort. Mais, de même qu'une pleurésie même guérie est souvent un fâcheux indice pour l'avenir, il semble que la spléno-pneumonie soit dans bien des cas d'un pronostic très sérieux pour une échéance indéterminée, étant un présage de tuberculose.

La spléno-pneumonie se montre avec une prédominance marquée chez les individus jeunes et les adultes (de 15 à 40 ans); on l'observe aussi, quoique moins nettement, chez l'enfant.

La prédilection pour le sexe masculin est assez singulière; on n'a encore publié aucun cas de spléno-pneumonie chez la femme.

Si on jugeait la fréquence de la spléno-pneumonie d'après le nombre des faits publiés, on la dirait rare. Bourdel n'en a recueilli que douze; mais l'on ne possède que depuis trois ans, ne l'oublions pas, la notion de son existence et les moyens de la diagnostiquer, il est donc probable que pour elle, comme pour beaucoup d'autres maladies longtemps réputées rares, on ne tardera pas à reconnaître qu'elle est assez fréquente.

La NATURE de la spléno-pneumonie, en tant que lésion anatomo-pathologique, n'est pas encore bien élucidée; la terminaison constamment favorable n'a pas permis les vérifications anatomiques. Lorsque par exception l'issue a été fatale, c'était par le fait de complications qui avaient dû dénaturer l'état anatomique primitif.

Queyrat paraît regarder simplement la spléno-pneumonie comme une forme de congestion pulmonaire; il oppose, comme nous le disions plus haut, à la maladie décrite par Woillez (congestion pulmonaire à forme de pneumonie), la maladie décrite par M. Grancher (congestion pulmonaire à forme de pleurésie), et semble n'admettre d'autre lésion qu'une congestion totalisée du poumon.

Bourdel, tout en reconnaissant qu'il y a une part très importante à attribuer à la congestion, pense avec M. Grancher, qu'il s'agit surtout d'une broncho-pneumonie, aiguë ou subaiguë suivant les cas, pouvant même passer à l'état chronique, et dont le substratum anatomique paraît être la splénisation, c'est-à-dire la pneumonie épithéliale.

La THÉPAPEUTIQUE indiquée par Bourdel consiste à lutter contre l'hyperémie pulmonaire du début par les ventouses répétées, par les vomitifs, la digitale. A la période d'état, il conseille les badigeonnages fréquents avec la teinture d'iode; — au moment où la résolution semble commencer, une gymnastique respiratoire méthodique et les inhalations d'air comprimé; — enfin, pendant tout le temps de la maladie, mais surtout vers la fin, les toniques : potion de Todd, vin ou extrait de quinquina, Bagnols et alimentation substantielle, afin de parer autant que possible à l'éventualité d'une tuberculose ultérieure qui serait favorisée par la déchéance de l'organisme

P. LE GENDRE.

REVUE DES JOURNAUX

Des propriétés de la résine de Kava, par RANDOLPH. — Cet observateur propose de donner à cette substance le nom de lewine en mémoire de Lewin qui l'a isolée. Sous la forme d'un corps semi-fluide, odorant et de saveur irritante, il lui reconnaît des propriétés anesthésiques, quand on l'applique sur les muqueuses. Pour prévenir la douleur quand on l'emploie en oculistique, il recommande de faire précéder son application par celle d'une solution de cocaïne dont il augmente et continue l'action anesthésique. Par contre, sa faible solubilité dans l'eau ne permet guère de l'employer en otologie et dans l'art dentaire, parce qu'il faudrait faire usage de la teinture alcoolique. A l'exemple de quelques observateurs européens, M. Randolph recommande cette résine contre la gonorrhée au même titre que la résine de copahu. (*The medical News*, 13 février 1886.)

C. L. D.

©BIU Santé

Paraplégie survenue à la suite d'une rougeole, par M. J. Ferry. — Les accidents paralytiques débutèrent vers le cinquième jour d'une rougeole et consistaient en paralysie vésicale, paralysie rectale et faiblesse musculaire des membres inférieurs. M. Ferry constatait l'absence de troubles de la sensibilité, la conservation des réflexes et l'intégrité de la contractilité électrique. Quatre jours plus tard, ces phénomènes s'atténuaient et plus tard la paraplégie s'améliora et la guérison fut complète.

M. Ferry considère ces troubles de la motilité comme le résultat d'une fluxion vasculaire spinale limitée aux cornes grises antérieures et localisée sur la région lombo-dorsale. Toutefois la paralysie vésicale et rectale ne permet pas de circonscrire seulement cette lésion aux cornes grises antérieures. (*Archives de méd. et de chirurgie militaires*, p. 55, juillet 1886.) — C. L. D.

De la tolérance des hydrophobes pour les médicaments, par Hale White. — Cet observateur a vu un cas de rage humaine, terminé par la mort. Dans l'espace de quarante-quatre heures, on administra 32 grammes d'hydrate de chloral par la voie rectale sans provoquer d'accidents chloraliques. 30 centigrammes de morphine en injections hypodermiques ne produisirent pas même la dilatation pupillaire et 5 grammes de quinine ne modifièrent pas la température. Ce fait ne peut s'expliquer que par une tolérance excessive des hydrophobes pour les médicaments et peut donner en partie raison de l'impuissance de leur action thérapeutique. (*The Lancet*, 3 avril 1886.)

C. L. D.

De la détermination de la mort réelle par le caustique de Vienne, par M. Peyraud. — Parmi les moyens de déterminer la mort réelle, notre confrère de Vichy préfère l'escharification de la peau par le caustique de Vienne. Sur l'homme vivant, cette eschare possède une coloration brunâtre ou rouge noire; sur l'homme mort, elle est jaune et transparente. Elle présente l'aspect des écorchures produites après la mort. M. Peyraud a entrepris des expériences d'après lesquelles il conclut que, si l'eschare tarde à se produire ou se colore en jaune, le sujet est mort, mais que, si elle est rouge brun ou noire, le sujet est vivant. (*Annales de médecine thermale*, 5 septembre 1886.)

C. L. D.

De l'argyrisme, par Krysinski. — Cet observateur a observé trois cas d'argyrisme chez l'homme et produit l'argyrisme expérimental des rats et des lapins. Il a constaté que les granulations grises des tissus sont constituées par un composé argentique, se déposant sur les parois des vaisseaux et, plus tard, dans la trame du tissu conjonctif, les cellules épithéliales, l'endothélium, les pyramides de Malpighi, le parenchyme rénal, les leucocytes et les racines de la veine porte hépatique. Ces dépôts se produisent dans l'espace de quarante-huit heures, quand l'empoisonnement est aigu, et sont chimiquement reconnaissables en traitant les tissus par l'hydrogène sulfuré qui les colore en noir.

M. Krysinski conclut de ces faits au danger de l'emploi de médicaments argentiques et déclare même qu'on doit les bannir de la thérapeutique. (*Vratch*, p. 471; 1886.)

C. L. D.

De l'emploi de la cocaïne dans le lavage de l'estomac, par Dixon Jones. — Cette application de la cocaïnisation a pour objet de diminuer la sensibilité de la muqueuse pharyngo-buccale et d'atténuer les réflexes pharyngés. Le procédé recommandé par l'auteur n'est donc pas nouveau dans son principe.

Il consiste à badigeonner le palais, son voile et les parois de l'isthme du gosier avec une solution à 4 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne et au moyen d'une éponge largement imbibée de ce liquide. Ce badigeonnage doit précéder de quinze minutes l'introduction du tube stomacal, qu'on a eu soin d'humecter avec une mixture d'huile d'olive, d'essence de wintergreen et de cocaïne. Depuis l'adoption de cette pratique, M. Dixon Jones déclare n'avoir plus observé ni nausées, ni efforts de vomissements. (*New-York med. Record*, 3 juillet 1886.) — C. L. D.

COURRIER

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le concours pour une place de pharmacien en chef vient de se terminer par la nomination de M. Thabuis, ancien interne des asiles.

Secours a domicile a Paris. — Les bureaux de bienfaisance sont, à Paris, chargés de faire parvenir les secours à domicile à une clientèle qui, d'après le recensement de 1883, ne comprend pas moins de 47,627 ménages, composés de 122,324 individus, soit 1 individu environ sur 200 habitants. La somme allouée à chaque arrondissement varie selon le nombre des indigents inscrits au bureau de bienfaisance ; elle a une partie fixe, celle qui concerne les frais d'administration des bureaux et qui est désignée sous le nom de subvention ordinaire ; une subvention dite extraordinaire complète l'autre au profit des bureaux de bienfaisance dont les recettes intérieures (dons, collectes, rentes) sont insuffisantes. Elles sont jugées telles quand elles n'atteignent pas pour chaque ménage indigent la somme moyenne de 30 fr. 76. Onze arrondissements sont dans ce cas ; il n'y en a que neuf qui aient à se contenter de la subvention ordinaire.

Les différences sont très considérables entre les bureaux de bienfaisance au point de vue de leurs ressources intérieures. Le IXe arrondissement, le mieux doté à ce point de vue, reçoit pour ses indigents plus de 100,000 francs chaque année ; la moyenne exacte, depuis trois ans, a été de 104,540 francs ; le XIVe, le moins favorisé, n'a reçu au contraire que 21,373 francs, et cette différence serait plus sensible encore si l'on tenait compte de la proportion numérique des indigents. Tandis que le IXe dispose pour chacun d'eux de 89 fr. 72, le XIVe n'a que 12 fr. 33, et le XIIIe moins encore, 9 fr. 64. Les quêtes sont naturellement moins fructueuses dans les arrondissements les plus pauvres, et la nécessité est évidente d'une subvention extraordinaire qui compense cette infériorité ; d'ailleurs, les quêtes ne cessent de donner un revenu de plus en plus faible et insuffisant ; en trois ans, de 1881 à 1883, elles ont baissé de 105,751 francs ; il y a eu, en 1884, une nouvelle baisse de 38,090 fr. 51. L'administration de l'Assistance publique met encore à la disposition des bureaux de bienfaisance d'autres sommes dont la destination est réglementairement fixée, et dont le chiffre est proportionnel au nombre des destinataires. Aux vieillards et aux infirmes sont attribués, pour la ville entière, 14,000 secours, dont 8,000 de 10 francs par mois, 4,000 de 20 francs, 2,000 de 30 francs, ces derniers étant considérés comme représentatifs du séjour à l'hospice, où la place fait défaut. La somme affectée à ces divers secours mensuels est de 2,668,800 francs par an. Aux malades à domicile, qui ne peuvent tous trouver place à l'hôpital, une somme de 1,168,700 francs est allouée : aux accouchées, 517,300 francs ; aux ménages chargés d'enfants et à divers secours individuels, 250,000 francs. Ajoutez 60,200 francs pour primes de vaccination et 125,000 francs, pris sur les revenus de la fondation Montyon, pour secours aux convalescents traités soit à l'hôpital, soit à domicile, pour les aider à vivre jusqu'à ce qu'ils aient trouvé du travail, et vous aurez le chiffre total des secours à domicile pour l'année courante, soit 7,171,650 francs.

Les arrondissements qui présentent le chiffre le plus élevé d'indigents inscrits sont : le XXe, qui en a 15,750 ; le XVIIIe, 13,453 ; le XIe, 12,269 ; le XIIIe, 11,353 ; le XIVe, 11,227 ; les nombres s'abaissent ensuite progressivement jusqu'aux Ier, VIIIe, IIe, qui n'en ont plus que 1,500. Malgré les efforts de l'Administration pour répartir également les ressources de l'Assistance, les arrondissements du centre subviennent plus abondamment aux besoins de leurs indigents. Dans le VIIIe, par exemple, la moyenne annuelle des secours par tête d'indigent est de 95 fr. 27, moyenne qui descend à 78 fr. 93 dans le IXe, à 68 fr. 41 dans le IIe, pour se réduire à 29 fr. 35, à 27 fr. 70, à 25 fr. 96 dans les XIe, XIIIe et XXe. Mais la différence provient, comme il a été expliqué, des libéralités des arrondissements eux-mêmes. (*France médicale.*)

Travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie. — D'un rapport officiel adressé à M. le Président de la République sur l'application de la loi du 19 mai 1874 pendant l'année 1885, il résulte que sur tout le territoite français 60,810 établissements ont été visités dans les 21 circonscriptions d'inspection du travail des enfants et

©BIU Santé

des filles mineures employés dans l'industrie. Le nombre des personnes protégées par cette loi tend à décroître ; l'emploi des enfants de dix à douze ans disparaît aussi de plus en plus, en raison des difficultés que présente l'organisation du travail de demi-temps et des perfectionnements introduits dans l'outillage ; la durée du travail, fixée à douze heures, n'est généralement pas dépassée ; de même, les conditions exceptionnelles du travail de nuit, des dimanches et jours fériés sont généralement observées. Par contre, il a fallu sévir contre de nombreux cas de surcharge et de travaux excédant les forces des enfants ; si les conditions d'hygiène des locaux où ils travaillent sont généralement assez satisfaisantes dans les grands établissements industriels, il n'en est pas de même dans les petits ateliers, surtout à Paris et dans les grandes villes. En outre, les conditions de sécurité pour le travail manquent souvent ; il y a eu, en 1885, 182 accidents d'enfants au-dessous de seize ans, dont plusieurs suivis de mort ; beaucoup d'autres ont dû avoir lieu que les industriels se sont efforcés de cacher. Quoi qu'il en soit, les résultats constatés en 1885 sont beaucoup plus favorables que pour les années précédentes ; ils témoignent des avantages que l'exécution de cette loi commence à permettre de recueillir. (*Gaz. hebdom.*)

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.

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.

Bulletin bibliographique.

Du traitement chirurgical des myomes utérins, par le docteur A. Vautrin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8° de 360 pages. — Prix : 6 fr.

Des tumeurs du larynx, par Ch.-Ed. Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 294 pages. — Prix : 6 fr.

De l'ostéoclasie, par le docteur A. Pousson, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Bordeaux (Prix Delord). 1 vol. grand in-8° de 262 pages avec figures. — Prix : 5 fr.

De la grossesse compliquée de kyste ovarique, par le docteur S. Remy, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Nancy. 1 vol. grand in-8° de 240 pages. — Prix : 5 fr.

La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance, par Eugène Alliot, médecin. In-18 de 86 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Des tumeurs adénoïdes du pharynx, par le docteur Henri Chatellier. Grand in-8° de 95 pages avec 5 photographies et 2 planches. — Prix : 3 fr.

Le somnambulisme provoqué. Etudes physiologiques et psychologiques par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-18 de 256 pages. — Prix : 3 fr.

Ces sept ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : Le coto et la cotoïne, leur valeur comme antidiarrhéiques et antiseptiques. — II. Guyot : Kyste suppuré du foie. Guérison après une seule ponction. — III. Recherches sur le mode d'action de la strychnine. — IV. Revue des Journaux : Importance du fer dans le traitement d'un certain stade de la coqueluche. — Des éruptions iodiques de forme bulleuse. — Du traitement de la sueur fétide des pieds au moyen du sous-nitrate de bismuth. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique.

Le coto et la cotoïne,
Leur valeur comme antidiarrhéiques et antiseptiques.

(*Travail du laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat*)

Par le docteur Ch. Eloy.

Il y a treize ans, sous le nom de *china-coto*, on importait en Europe l'écorce du Coto, végétal bolivien, de réputation populaire dans l'Amérique tropicale au titre d'agent antirhumatismal, antigoutteux et antidiarrhéique.

Von Gielt (de Munich) et Burkart (de Stuttgart) le mirent à l'essai; mais leurs tentatives ne trouvèrent pas d'imitateurs dans notre pays. C'est en vain qu'en 1883, M. Bricon leur consacrait un article dans le *Progrès médical*. Les thérapeutes français ne répondirent pas à son appel, et il faut venir jusqu'au 26 juillet dernier pour trouver une communication sur ce sujet dans les *Bulletins* de la Société de thérapeutique et sous la signature de M. Henri Huchard.

Le *Coto verum* et une espèce voisine, le Paracoto, appartiennent à la famille des Laurinées. Ils en ont les caractères botaniques que M. J. Laborde faisait récemment connaître; ils en ont aussi la saveur chaude et l'odeur aromatique. Deux chimistes J. Jobst (de Munich) et Hesse isolèrent les principes immédiats en 1875, et parmi eux la cotoïne, la paracotoïne, l'hydrocotoïne, la leucotine et l'oxyleucotine. De ces substances, les deux premières sont les plus actives et vraisemblablement les seules utilisables en thérapeutique.

La cotoïne ($C^{12}H^{18}O^6$) cristallise en aiguilles jaunâtres, fond vers 134, se dissout dans l'eau chaude, d'après les chimistes qui l'isolèrent, dans le sulfure de carbone, l'éther, le chloroforme et l'alcool. L'eau froide, le pétrole et la benzine la dissolvent faiblement.

Les échantillons qui ont servi à mes expériences au laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat avaient l'aspect d'une poudre grossière et jaunâtre, dont les caractères extérieurs n'étaient pas sans analogie avec ceux du tannin. Ils résistaient à l'action de l'eau à la température ordinaire, se dissolvaient incomplètement quand on portait ce liquide à l'ébullition, et donnaient alors une solution incolore et faiblement odorante. Cette odeur rappelait celle des substances résineuses.

La cotoïne est colorée en jaune clair par les alcalis, en brun par l'acide sulfurique et en rouge par l'acide azotique concontré. Cette dernière réaction permet d'en déceler la présence dans les humeurs.

La paracotoïne ($C^{19}H^{12}O^6$) possède une teinte bleuâtre, cristallise en masses moins bien définies, résiste aux dissolvants et n'est pas colorée en rouge par l'acide nitrique. Jusqu'ici peu employé, ce corps n'offre guère qu'un intérêt plus théorique que pratique.

©BIU Santé

Il en est autrement de l'*action physiologique de la cotoïne*. A petites doses, d'après Pibram, Albertoni et Burkart, elle stimulerait l'appétit, traverserait, sans s'y altérer, la cavité de l'estomac et se dissoudrait dans les liquides de l'intestin. Cette partie du tube digestif serait donc le théâtre de son action médicamenteuse.

A ces propriétés, la cotoïne réunit celle de prévenir les fermentations et de les arrêter. Dans les expériences *in vitro*, on l'a vu empêcher la putréfaction des infusions de tissu pancréatique.

Fronmuller lui concède encore des vertus antisialorrhéiques et antisudorifiques. Elle les partagerait avec le tannin, avec lequel la cotoïne possède, ce me semble, d'autres ressemblances physiques et physiologiques.

La cotoïne s'élimine par les urines dans l'espace de six à dix heures. Malgré son passage à travers le filtre rénal, elle conserve d'ailleurs une partie de ses caractères chimiques, puisque l'acide nitrique colore en rouge les urines chargées du principe actif du coto.

Les effets vaso-moteurs sont, de tous, les plus constants. Albertoni les signale et je les ai constatés sur les cobayes auxquels j'administrais quotidiennement pendant trois ou quatre jours, une dose de 1 à 2 grammes de cotoïne. L'administration était pratiquée par la voie buccale, en additionnant la cotoïne de sirop de sucre, mélange dont ces animaux sont avides. L'ouverture de l'abdomen m'a permis d'observer la congestion, la turgescence et les arborisations vasculaires de la muqueuse intestinale, et en particulier dans la première partie du gros intestin. Ce sont là des phénomènes de dilatation vaso-motrice dont l'interprétation reste à trouver.

La toxicité de la cotoïne est faible ; les lapins des expérimentateurs allemands recevaient sans inconvénients 1 à 2 grammes de cette substance. Les cobayes de petite taille sur lesquels j'opérais ingéraient 1 à 2 grammes de cotoïne, quantité, à coup sûr, énorme relativement au poids moyen de 2 à 300 grammes de ces animaux.

L'histoire physiologique du coto et de la cotoïne ne s'étend pas au delà de ces notions incomplètes. Leur *action thérapeutique* n'est pas établie relativement à leur emploi populaire et à leur efficacité dans la goutte et le rhumatisme; par contre, on connaît mieux leurs propriétés antidiarrhéiques. Von Gielt les vérifia le premier en prescrivant la poudre d'écorce de coto à la dose d'un demi-gramme et la teinture par quantités de 10 gouttes, réfractées de deux en deux heures.

Les observateurs, entre autres Fronmuller, Yeo, Parsons, Gasparini, Petrone à l'étranger et M. Henri Huchard reconnaissent unanimement l'efficacité de la cotoïne pour combattre les diarrhées des arthritiques, des tuberculeux, des typhiques, des pellagreux et même, d'après M. Baltz (de Tokio), celles des cholériques. Elle ne serait pas moins utile contre les diarrhées infantiles à cause de son maniement aisé et de son innocuité toxique.

La statistique de M. Henri Huchard confirme les chiffres des observateurs étrangers. Dans une série de 21 cas, dont 10 de diarrhée tuberculeuse, 8 de diarrhée catharrhale et 3 de diarrhée arthritique, il n'a enregistré que 2 insuccès chez des phthisiques avancés.

Fronmuller éprouva neuf échecs seulement dans 93 cas de diarrhée profuse des typhiques et M. Rohrer, cité par M. H. Huchard, n'a pas été moins heureux dans une série de 100 cas de diarrhées infantiles rebelles.

Le *mode d'administration du coto et de la cotoïne* est simple. Le coto

se prescrit en poudre, en teinture préparée par macération, en extrait et en vin. Ces préparations ont une saveur désagréable et, d'après Burkart, provoquent des nausées et des vomissements. On recommande de préférence la cotoïne que M. H. Huchard prescrit exclusivement sous forme de cachets de 20 centigrammes aux doses quotidiennes de 20 à 60 centigrammes. L'administration par la voie sous-cutanée est douloureuse, car on la pratique avec un éthérolé contenant 1 gramme de cotoïne pour 4 grammes d'éther acétique. M. Bricon recommande d'en injecter quotidiennement le contenu de 2 à 3 seringues de Pravaz..

En résumé, la cotoïne possède des vertus qui, d'une part, la rapproche du tannin ou des astringents et qui, d'autre part, la placerait au rang des antiputrides ou des antiseptiques. Faut-il attribuer à ces dernières son efficacité contre les catarrhes intestinaux des typhiques et contre les diarrhées cholériformes? Dans l'affirmative, la cotoïne aurait une qualité bien étonnane à coup sûr : celle d'être redoutable au microbe et inoffensive au malade.

Il y a beau temps qu'on cherche, sans pouvoir le trouver, cet agent rare de l'antisepsie intestinale.

Kyste suppuré du foie. Guérison après une seule ponction

Par M. le docteur Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon (1).

Observation. — Le nommé Z... (Alfred), sujet italien, trente-huit ans, journalier, entre le 12 janvier 1886 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, lit n° 26, dans le service de M. Guyot.

Z... a vécu en Italie jusqu'en 1876, toujours bien portant.

Puis il a habité l'Amérique de 1876 à 1885. Il n'a jamais eu de fièvre intermittente, mais a souffert de la dysenterie de 1877 à 1880. Au début de cette maladie, l'état fut assez aigu, les symptômes assez intenses pour nécessiter un séjour au lit de quelques semaines. Puis s'établit durant trois années une longue période de symptômes dysentériques chroniques, avec évacuations diarrhéiques et douloureuses. Les selles ne continrent du sang que tout à fait au début. Pendant cette longue maladie, état général mauvais, amaigrissement considérable, teint blême. Le malade fut soumis à un régime particulier, et traité par des lavements médicamenteux.

Santé complètement remise et excellente jusqu'en 1885. Arrivée à Paris en juin, et état satisfaisant pendant deux mois. En septembre 1885, douleurs d'estomac, mauvaises digestions, affaiblissement, amaigrissement, pâleur, sensation pénible dans le flanc droit. Pas de frissons, ni de sueurs. Le malade ne constate rien d'anormal du côté de son ventre. Ni diarrhée, ni vomissements. L'exagération de ces symptômes l'amène à l'hôpital le 12 janvier.

Ajoutons à cette histoire des antécédents que Z .. a vécu assez habituellement avec des chiens, soit en Italie, soit en Amérique, où il exerçait le métier de musicien ambulant. De plus, il faisait assez volontiers usage de viande de porc, surtout en Amérique.

État le 13 janvier. — Aspect cachectique. Teint cireux. Amaigrissement presque squelettique. Le malade a peine à marcher et à s'asseoir dans son lit. Peau habituellement moite, surtout le soir, sans accès fébrile caractérisé. T., 37°,6.

Douleurs intenses dans le côté droit sous les fausses côtes, spontanées, exagérées par les mouvements et les explorations, se propageant en arrière vers l'épine dorsale et au niveau de l'omoplate.

---

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1886, p. 368.

©BIU Santé

La douleur est continue et oppressive plutôt que lancinante.

Appétit diminué, mais cependant encore notable. Nausées assez fréquentes, pas de vomissements. Digestions laborieuses. Pas de diarrhée. Pas d'ictère. Pas d'éruptions d'aucune sorte.

Urines un peu colorées, peu abondantes, non albumineuses.

L'exploration du ventre permet de constater dans le côté droit une tuméfaction qui soulève les téguments de l'hypochondre et de l'épigastre, en formant une voussure générale un peu arrondie. Pas de changement particulier du côté de la peau. A la palpation, rénitence particulière, sensation d'obscure fluctuation propre aux poches liquides fortement tendues. Ces caractères se perçoivent dans toute l'étendue de la voussure.

A la percussion, matité complète, continue avec la matité hépatique.

La palpation et la percusison combinées permettent d'établir les limites de cette tuméfaction ; la limite inférieure de la matité correspond à droite à l'horizontale passant par l'ombilic, tandis qu'à gauche elle se relève rapidement vers la huitième côte.

Pas de frémissement hydatique.

Mobilité obscure dans les mouvements respiratoires. Pas de froissements. Pas de symptôme particulier de compression. Rien d'anormal du côté des appareils respiratoire et circulatoire.

Peu de sommeil, lourdeur de tête.

16 janvier. — Aucune modification dans l'état général ou local. Apyrexie.

Une ponction exploratrice et évacuatrice est décidée et antiseptiquement pratiquée, avec une aiguille moyenne, au centre de la voussure, à deux travers de doigt du rebord costal, un peu en dehors du droit antérieur de l'abdomen.

Issue de 1,500 grammes de pus assez faiblement consistant, de couleur grisâtre, sans grumeaux, ni débris membraneux.

On décide par avance que si la saillie, comme cela est probable, se reproduit, on ouvrira largement suivant la méthode de Récamier.

L'exploration, pratiquée modérément ensuite, montre que la tuméfaction est à peu près complètement disparue. Pas d'accident immédiat. Le même jour le malade se sent mieux, mange de meilleur appétit, dort bien. Apyrexie.

18. — Apyrexie. Pas de douleur locale. La saillie ne s'est plus reproduite. Faciès meilleur ; l'état général s'améliore sensiblement.

25. — Les forces et l'embonpoint reviennent progressivement. La collection ne se reforme pas.

Février. — Retour progressif à une santé générale très bonne. L'examen local, pratiqué tous les quatre ou cinq jours, montre que l'hypochondre droit est libre ; pas de saillie, ni de matité.

Mars. — La santé peut être considérée comme parfaitement rétablie. Rien qui indique que la collection a tendance à se reformer.

Avril. — Guérison définitive et absolue. État général excellent.

24 mai. — La guérison paraît définitive et absolue.

13 août. — Le malade va aussi bien que possible. Rien ne peut faire supposer une rechute.

Recherches sur le mode d'action de la strychnine

Par Denys (1).

Des expériences de Burckhardt (de Basel en Allemagne) il semble résulter comme très probable que, parmi les causes de la mort par la strychnine, figure au premier rang, par l'importance de son rôle, une paralysie précoce du système vasculaire (théorie des vaso-dilatateurs).

(1) *The medical Chronicle* (mai 1886) et *Archiv für experimentale Pathologie und Pharmacologie*, B. XX, p. 3 et 4.

Denys a récemment entrepris pour élucider ce point une série d'expériences ayant pour objectif de déterminer avec précision quel est l'état du système nerveux vaso-moteur et vasculaire dans les différents stades de l'empoisonnement par la strychnine, et quel est son rôle dans la terminaison fatale qui en résulte. Déjà Richter avait constaté que, dans le tétanos strychnique, une élévation de la pression artérielle se produit jusqu'à porter celle-ci au double de ce qu'elle est normalement. Cette élévation de la pression serait liée au spasme de la tunique musculaire des artères. Mayer, expérimentant sur des animaux curarisés, s'assura que la cause première de cette élévation de pression devait être cherchée dans une excitation extrêmement intense produite par le poison sur les centres vaso-moteurs encéphaliques. La thébaïne, la brucine et les autres poisons agiraient de même. A l'égard des effets de la strychnine et des autres poisons sur le cœur, Mayer observa qu'un ralentissement du pouls dépendant de l'irritation des nerfs vagues se combinait avec une élévation de pression, mais que le cœur n'était influencé ni dans son rythme ni dans l'intensité de ses contractions. Les recherches expérimentales de l'auteur ont porté sur la détermination de la marche et de la durée de l'exagération de pression sanguine chez les animaux curarisés et non curarisés et sur la part qui revient au clonus strychnique dans les modifications subies par cette tension sanguine.

Les expériences ont été faites avec l'azotate de strychnine sur des chiens, des chats et des lapins.

La pression a été évaluée dans la carotide selon la méthode ordinaire, et, quand il était nécessaire, on a employé l'appareil d'Ewald pour entretenir la respiration artificielle. Chez les animaux non curarisés, la solution de strychnine a été injectée dans la veine jugulaire externe ou dans la saphène externe et dans ce dernier vaisseau seulement chez les animaux curarisés.

Les expériences relatées avec détail ont montré que chez les lapins non curarisés 1/4 ou 1/2 milligramme de strychnine déterminait une élévation immédiate de la pression variant de 70 à 100 millimètres de mercure, coïncidant exactement avec le début de l'attaque de clonus strychnique. Toutefois l'élévation de pression était extrêmement passagère, celle-ci revenant à son taux normal de 1 à 4 minutes après le début des convulsions. L'attaque de tétanisme déterminait généralement un arrêt complet des mouvements respiratoires, et l'animal, une fois l'attaque passée, restait incapable de toute réaction. Si à ce moment on commençait à pratiquer la respiration artificielle, on voyait la pression sanguine continuer à s'abaisser et descendre même notablement au-dessous de la normale (dans cinq expériences l'abaissement atteignit de 44 à 66 millimètres de mercure) jusqu'à ce que l'animal eût recouvré la liberté de ses mouvements respiratoires ; alors la pression sanguine remontait presque à son taux normal pour redescendre ensuite à chaque nouvelle attaque de convulsions.

Dans un cas, il fallut continuer à pratiquer la respiration artificielle pendant 14 minutes avant que s'effectuassent le retour de la sensibilité générale et le rétablissement de la respiration naturelle.

Les expériences sur les animaux curarisés, chez lesquels par conséquent l'attaque tétanique ne pouvait se produire, ont permis de noter une élévation bien plus grande de la pression sanguine et d'une durée plus longue (19 et 49 minutes dans deux expériences), en même temps la chute subséquente au-dessous de la tension normale se montrant par contre moins prononcée.

Les expériences sur les chiens donnèrent des résultats différents. Chez le chien comme chez le lapin, l'élévation de la pression est également considérable, mais son allure est totalement différente. Chez les chiens non curarisés, la pression sanguine excessive tomba à la normale en moins de 20 secondes et l'abaissement de pression qui succéda à cette élévation se montra beaucoup plus prononcée. Chez les chiens curarisés, l'élévation de pression coïncidant avec le début de l'attaque convulsive a une durée beaucoup plus longue, et, quand elle cesse, la chute au-dessous de la tension normale ne s'observe pas. Chez ces animaux curarisés, les centres vaso-moteurs ne répondent à aucune excitation, tant que dure l'élévation de la pression déterminée pas la strychnine.

©BIU Santé

Les excitations n'ont d'effet que lorsque la pression est redescendue à la normale, mais alors ces excitations vasculaires produisent des élévations considérables de la tension.

Les chats réagissent sous la strychnine exactement comme les chiens. Il ressort de ces expériences que l'excitation ou, selon l'auteur que nous citons, la paralysie du système vaso-moteur joue un rôle presque prépondérant dans la terminaison fatale des cas d'empoisonnement par la strychnine. Trois expériences ont été faites en vue de rechercher si ce sont les centres vaso-moteurs spinaux ou la moelle dans son ensemble qui sont les premiers affectés.

Les résultats observés ont conduit à cette conclusion, que l'action de la strychnine sur les centres vaso-moteurs et l'élévation de pression qui en résulte ne commence à apparaître que lorsque les premiers symptômes d'augmentation de l'excitabilité réflexe de la moelle se manifestent et ont déjà atteint un certain degré d'intensité. Aussitôt que se montrent les premiers signes de l'empoisonnement sous forme de légères secousses tétaniques, on voit la tension sanguine monter pour redescendre ensuite quand le tétanos strychnique est complet.

L'auteur insiste sur la nécessité de recourir de bonne heure à la respiration artificielle et sur sa valeur comme ressource contre l'empoisonnement strychnique.

Nous avons récemment fait connaître, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un moyen pratique de faire la respiration artificielle qui se substituera avec grand avantage dans le cas d'empoisonnement par des poisons tétanisants, à la manœuvre ordinaire, laquelle n'est que difficilement applicable dans ces cas.

Rossbach nie l'utilité de la respiration artificielle, mais cet auteur a employé des doses massives de poison, et il n'est pas étonnant que la respiration artificielle seule soit restée insuffisante à combattre les phénomènes toxiques.

Quant au traitement des accidents, lorsque l'on a lieu de supposer que l'emploi des évacuants est devenu inutile par suite de l'absorption du poison, c'est le lieu de rappeler ici qu'on pourra utilement avoir recours, si le trismus n'est pas trop accentué, au tannin (1 gramme), au café, à l'iodure (iodure de potassium), au chloral, à la solution de Jeannel (1) (sulfate de fer 40, 100, dissous dans 80 grammes d'eau, ajoutez magnésie 60, charbon animal lavé 40). Mais quand le trismus est déjà prononcé, quand les secousses musculaires ont déjà paru, quand l'empoisonnement a fait des progrès assez grands pour que toutes les manœuvres ou secours sus-dits soient devenus inutiles, impraticables, ou qu'ils déterminent la reprise discontinue des secousses du tétanisme strychnique, c'est alors qu'on songera aux inhalations de chloroforme et surtout à l'uréthane, si on en a sous la main.

Les recherches du professeur Coze (de Nancy) ont, en effet, établi d'une façon indubitable qu'il existe un antagonisme fonctionnel très marqué entre la strychnine et l'uréthane. Le professeur Coze, en présence des effets hypnotiques et de la résolution musculaire que détermine l'uréthane, ayant eu la pensée d'examiner l'action de cette substance sur un animal strychnisé, constate l'antagonisme curieux des deux poisons l'un sur l'autre, de la strychnine vis-à-vis de l'uréthane, et de l'uréthane vis-à-vis de la strychnique (2).

Si donc on peut se procurer ce médicament assez rapidement, on ne négligera pas d'en faire usage sous forme d'une solution qu'on injectera sous la peau. On pourra alors pousser de suite la dose d'uréthane à 3, 4 et 5 grammes ou plus. Le carbamate d'éthyle, étant extrêmement soluble dans l'eau et ses injections hypodermiques ne produisant aucune irritation locale, est d'un très facile emploi.

On pourrait peut-être trouver dans l'action qu'exerce l'uréthane sur le système nerveux central et les centres vaso-moteurs une explication rationnelle de cet antagonisme toxique qu'il présente à l'égard de la strychnine.

Lucien Deniau.

(1) Contre-poison officinal Jeannel.

(2) Voir *Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1886.

REVUE DES JOURNAUX

Importance du fer dans le traitement d'un certain stade de la coqueluche. (*The British med. Journal*, 4 sept. 1886.) — Un praticien, très avantageusement connu en Angleterre, le docteur Illingwoth, s'exprime comme suit à ce sujet : « S'il est un médicament quelconque digne d'être considéré à un certain moment de la coqueluche comme un véritable *spécifique*, c'est le fer.

« Cinq années d'expérience m'ont permis de me former, sur ce point de traitement, une opinion décisive.

« J'accorde que les petites doses d'acide phénique, par l'action légèrement anesthésique qu'elles exercent sur la muqueuse pharyngée et gastrique (et aussi comme antiputride ou antifermentescible), peuvent rendre d'efficaces services en s'opposant aux vomissements, en diminuant les quintes de toux et en permettant aux forces vitales de se manifester avec énergie. Mais, dans les cas de coqueluche grave, où l'irritation, quelles que soient sa nature et sa cause prochaine, a envahi tout l'arbre bronchique, et va jusqu'à produire les ulcérations buccales et cutanées (manifestations liées probablement à une véritable injection organique générale), un médicament s'impose.

« A ce moment, il faut se rappeler que le sang a subi des altérations profondes, que les globules rouges ont en partie perdu leur hémoglobine, et que la proportion de la fibrine a diminué dans le sérum. A cette période de la coqueluche, grave *per se*, les téguments présentent une pâleur d'albâtre, les masses musculaires sont flasques et molles, les chairs ont perdu leur volume et leur plénitude physiologiques, par une conséquence immédiate des troubles profonds que subit la nutrition générale, manifestée encore par les éruptions aphtheuses de la bouche et du pharynx. Dès lors, l'urgence d'un traitement radical de cet état inquiétant s'impose, et ce traitement radical, c'est l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur.

« Dans la coqueluche, dans la diphthérie et toutes les fièvres éruptives, on voit apparaître plus ou moins tôt un état prononcé d'anémie qui constitue une indication précoce de l'emploi du perchlorure de fer.

« Dans le traitement de la coqueluche, je donne une demi-goutte ou une goutte de fer toutes les deux, trois ou quatre heures avec la même dose d'acide phénique dans un véhicule sucré, un sirop ou la glycérine. Si l'indication d'un sédatif se pose, je donne le chloral.

« Dans les complications méningitiques, les meilleurs résultats m'ont été fournis par la solution suivante :

Solution de sublimé de la pharmacopée britannique..	15 grammes.
Iodure de potassium.....	1 gramme.
Sirop.....	15 grammes.
Eau.....	60 —

« Une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures. »

Nous ignorons quelle est la véritable valeur spéciale du perchlorure de fer dans le traitement de la coqueluche, mais nous devons rappeler qu'en ce qui concerne l'emploi de cet agent dans la diphthérie, M. Jules Simon s'en déclare un partisan convaincu. Il n'hésite pas à affirmer, sans tenter d'en donner la raison, que le perchlorure de fer est un médicament de premier ordre dans le traitement de la diphthérie chez les enfants, à titre d'adjuvant naturellement. Dans quelques cas de notre pratique, nous avons été à même de vérifier tout ce que cette proposition a de vrai.

A un certain moment de la maladie, dans ses formes de gravité moyenne, l'emploi du perchlorure de fer à la dose de 10 à 30 gouttes par jour chez les adultes, paraît avoir une action décisive et marquée sur la tournure favorable que prennent les choses.

Le chlorure ferreux est, comme l'a bien montré M. Dujardin-Beaumetz, un des meilleurs toniques du cœur et de la circulation artérielle dont il augmente la pression. En qualité de ferrugineux, il augmente la richesse du plasma sanguin. Sa valeur à titre d'adjuvant, dans le traitement de la coqueluche, reste à déterminer.

©BIU Santé

L'intérêt de cette constatation n'échappera à personne, il nous semble encore rehaussé par les analogies qu'on peut, dès à présent, établir entre la coqueluche et la diphthérie, toutes deux affections contagieuses, probablement microbiennes, portant leur action sur les mêmes systèmes organiques, et susceptibles de déterminer toutes deux une adynamio précoce et profonde. — L. Dn.

Des éruptions iodiques de forme bulleuse, par P.-A. Morrow. — Dans ce mémoire, M. Morrow constate la rareté relative de cette éruption, son siège de prédilection sur la face, le cou, les avant-bras et les mains, sa rareté sur le tronc et les membres inférieurs. Il note aussi l'absence de rapport entre la quantité de médicament ingéré et la production de cet accident, car on peut l'observer après l'administration d'une quantité minime d'iodure et ne jamais constater sa présence chez des malades soumis au traitement ioduré pendant longtemps, et à doses élevées.

C'est donc à une idiosyncrasie qu'il faut attribuer ces éruptions fort obscures dans leur pathogénie. Elles semblent accompagner les perturbations rénales et cardiaques, mais on ne saurait dire s'il faut les considérer comme des phénomènes liés entre eux par des relations de cause à effet ou seulement par des rapports accidentels de coïncidence. (*Journal of cutaneous and venereal Diseases*, Mai 1886.) — C. L. D.

Du traitement de la sueur fétide des pieds au moyen du sous-nitrate de bismuth, par Vieusse. — Ce mémoire se termine par des conclusions qui, à coup sûr, contribueront à faire apprécier le mérite des recherches de notre confrère de l'armée. Que la sueur soit produite par une hypersécrétion simple ou accompagnée de vives douleurs, elle doit être traitée par des frictions avec la poudre de sous-nitrate de bismuth, qui, on le sait, possède des propriétés antiseptiques puissantes. Ici, de plus, il agit comme absorbant.

Contrairement à l'opinion vulgaire, la suppression de cette transpiration est exempte d'accidents, de sorte que les métastases observées antérieurement étaient la conséquence des méthodes employées, et non pas de cette suppression. D'ailleurs, d'après M. Vieusse, le sous-nitrate de bismuth agit seulement sur la peau et la rend plus résistante; sur les glandes sudoripares, en modifiant quantitativement leur sécrétion, et sur les glandes sébacées. Enfin, dans les cas rares où ce médicament ne supprime pas la sueur, il diminue cependant la fétidité et les douleurs rebelles qui souvent l'accompagnent. (*Revue médicale de Toulouse*, 1er sept. 1886, n° 16.) — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Mariano Semmola adresse une note intitulée : *De l'ataxie paralytique du cœur, d'origine bulbaire.*

« Il y a dix ans, en 1876, je publiais mes premières remarques cliniques (voir *Medicina vecchia e medicina nuova ;* Napoli, 1876), sur l'importance qu'il fallait accorder, dans la pathologie du cœur, au rôle du système nerveux, soit comme facteur aggravant les effets d'un vice organique quelconque, soit comme capable à lui seul de troubler les fonctions cardiaques, au point de produire des troubles analogues à ceux des maladies organiques du cœur les plus graves (dysystolies, dyspnée, hydropisies, stases veineuses, etc.), mais encore capables de guérison.

« En 1881, au Congrès international de médecine de Londres, je formulais plus nettement l'existence d'une cardiopathie produite lentement par des troubles de l'innervation bulbaire et des ganglions cardiaques, laquelle me semblait devoir mériter une étude spéciale, constituant un type clinique pouvant être appelé : *ataxie paralytique du cœur, d'origine bulbaire.*

« Les résultats de mes observations ultérieures sur ce sujet constituent le but de cette Communication, dans laquelle je me bornerai à résumer les points essentiels. Je

noterai avant tout que, pour rendre mes observations cliniques mieux démonstratives, j'ai fixé l'attention principalement sur les sujets chez lesquels il n'y avait pas eu de symptômes de vice rhumatismal ou goutteux ou syphilitique, etc., pour me mettre à l'abri de l'existence des processus artériels, quelquefois bien latents, capables de modifier l'appréciation des troubles fonctionnels.

» 1° Lorsque des causes épuisantes, et principalement les frayeurs et les excès vénériens, frappent l'organisme masculin d'une façon habituelle entre 45 et 60 ans, à part l'ébranlement général du système nerveux, on voit se développer une double série de troubles fonctionnels, les uns appartenant à l'estomac et les autres au cœur. Ce sont les premiers qui ouvrent la scène, avec des formes dyspeptiques rebelles, tantôt isolées, tantôt suivies de catarrhe gastrique. Les troubles du cœur suivent plus lentement et se bornent, au début, à un affaiblissement de la systole cardiaque, avec simple accélération des battements. Cette période, que j'appellerai *période prodromique*, peut durer très longtemps (même jusqu'à deux ou trois ans) avec des alternatives d'amélioration et de retour en rapport avec les causes ; elle démontre seulement l'insuffisance de réparation des centres nerveux, c'est-à-dire l'épuisement du vague et des ganglions nerveux qui président à la fonction du cœur.

Cette période prodromique est parfaitement susceptible de complète guérison, si l'individu écoute les conseils du médecin et consent à l'éloignement absolu des causes et au repos relatif le plus complet du cœur.

« 2° Si, au contraire, les causes persistent, la maladie entre dans sa période confirmée, mais encore guérissable dans plusieurs des cas, et les individus commencent à voir apparaître des troubles bien autrement graves, dans l'ordre suivant :

« A. Accès de palpitations, de dysystolie et de troubles respiratoires, succèdant immédiatement à chaque nouvelle cause, et de durée variable.

« B. Développement d'une coloration marbrée sur les mains, sur l'avant-bras, sur les jambes et surtout en correspondance avec les articulations des doigts et des genoux. Ce sont des stases névro-paralytiques qui n'ont aucun rapport avec les désordres mécaniques de la circulation centrale, c'est-à-dire avec les stases veineuses qui accompagnent certaines maladies organiques du cœur dans leur période non compensée. En effet, avec ces colorations marbrées cyanotiques, il n'existe pas le moindre œdème. Je considère ce symptôme comme caractéristique et différenciel. Il démontre que l'épuisement bulbaire ne se borne pas, dans ces cas, au noyau du pneumo-gastrique, mais s'exerce aussi sur le centre principal de l'innervation vaso-motrice.

« C. Une anxiété respiratoire qui se développe avec la plus grande facilité lorsque l'individu se fatigue, et même simplement lorsqu'il monte un escalier.

« L'auscultation de la poitrine montre l'existence de râles crépitants à la base des poumons, en rapport avec une stase qui paraît avoir la même origine névro-paralytique que les colorations cyanotiques marbrées.

« D. Accès de suffocation qui réveillent le malade à peine endormi et le forcent à s'asseoir en se plaignant d'une sorte de râle sifflant au gosier. Cette gêne se dissipe bientôt par la station assise, et la respiration redevient presque normale.

« Ce trouble se distingue facilement des accès d'étouffement qui surviennent pendant a nuit aux cardiaques pour vice organique, soit par l'absence d'une vraie dyspnée, soit par la durée très passagère, soit enfin principalement parce que la percussion et l'auscultation la plus rigoureuses ne permettent de reconnaître aucun changement appréciable du cœur. Cette espèce de trouble respiratoire serait causée, selon moi, par l'anémie qui suit le sommeil, sous l'influence de laquelle les centres bulbaires de la respiration, qui sont déjà épuisés, le deviennent davantage, de sorte que des effets paralytiques surviennent, en rapport avec le *récurrent*.

« E. Un œdème commence à se montrer aux pieds : il constitue l'ouverture de la période terrible de la maladie. La dysystolie devient permanente, et bientôt se développent tous les symptômes les plus graves des maladies organiques du cœur non compensées (hydropisie, stases veineuses, dyspnée, etc.)

« A cette époque et lorsque les faits de l'hydropisie ne sont pas encore très envahissants, l'ausculation du cœur révèle un petit changement dans ses tons ; dans plusieurs

©BIU Santé

cas, l'on peut constater un souffle au premier temps, sur le foyer de la nitrale ou de la tricuspide, que j'ai cru pouvoir rapporter à un défaut de contraction des muscles tenseurs des valvules. Ce ne sont certainement pas des bruits organiques ; car, si l'on parvient à faire disparaître l'hydropisie par un traitement énergique, le souffle disparaît complètement. »

M. Janssen présente une note de M. J.-J. Landerer *sur les courants telluriques*.

« Lorsque, par un ciel serein et une atmosphère tranquille, on observe les variations du potentiel électrique de la couche d'air qui enveloppe une ligne de peu d'étendue, voici ce qui arrive. Quand un cumulus ou cirro-cumulus vient à passer ou se forme au-dessus de la ligne, le potentiel s'élève (atteignant parfois plusieurs centaines de voltes) ; il s'abaisse à mesure que le nuage s'éloigne ou s'évanouit. Ni le sens ni l'intensité du courant tellurique ne s'en ressent d'une manière appréciable.

« Ces fluctuations sont aussi sans action sensible sur le téléphone. On est donc sûr de s'être affranchi de l'action que les décharges pourraient exercer sur la ligne. Celle du vent étant aussi éliminée, il en résulte que, dans ces circonstances, la seule cause mise en présence du courant tellurique, ce sont les variations, parfois considérables, potentiel des masses électriques situées le long du circuit. Or, cette cause n'y produisant pas d'effet appréciable, il en découle que le courant tellurique qui parcourt les lignes télégraphiques d'une contrée plus ou moins restreinte ne dérive pas d'un courant induit, né au sein du sol, sous l'action d'un inducteur situé au-dessus.

« Par extension, il est logique de conclure que le courant tellurique capable de maîtriser, sur la surface entière du globe, l'orientation de l'aiguille aimantée et de se plier aux changements qu'elle éprouve n'est pas un courant induit. Mais il y a encore, à l'appui de cette assertion, un argument d'un autre genre, dont la valeur ne saurait être contestée par personne : c'est l'impossibilité d'admettre un inducteur permanent d'une étendue invraisemblable (du moins tant qu'on n'en signale pas la raison efficiente) circulant dans les hautes régions de l'atmosphère.

« Il ne semble donc pas hasardé d'affirmer que la nature du courant tellurique est bien celle que j'ai signalée dans mon dernier travail. Bien plus, la théorie que j'y établis explique d'une manière fort simple pourquoi et comment le circuit se complète. En effet, en réfléchissant à ce que, quand le vent souffle avec force, le sens des potentiels positifs décroissants est le même que celui du vent, on conçoit que le sens des potentiels négatifs décroissants qui en résultent pour la terre, en vertu du frottement de l'air, doit aussi être le même, la faible capacité inductive spécifique du diélectrique aidant bien, du reste, à cet agencement. Le grand courant tellurique du globe tire donc son origine de la différence des potentiels négatifs ; la constance et l'ampleur des régimes des vents qui en sont la cause en assurent et la direction et la perpétuité. »

FORMULAIRE

Crayon contre les angelures.

Camphre	2 gr. 50 centig.
Iode	5 grammes.
Huile d'olives	50 —
Paraffine	45 —
Alcool	q. s.

On fait dissoudre le camphre dans l'huile d'olives, et l'iode dans la plus petite quantité possible d'alcool. On ajoute les liquides mélangés à la paraffine fondue, et on coule le tout dans des moules. Les crayons sont ensuite introduits dans des étuis en bois. On les rend plus ou moins consistants, en faisant varier la proportion de l'huile d'olives.

N. G.

COURRIER

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
Vu le règlement du 15 novembre 1879,
Vu l'arrêté du 2 juillet 1884,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1886.

ART. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre, à quatre heures.

ART. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

ART. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir sans concours une bourse de deuxième année.

Fait à Paris, le 16 septembre 1886. René GOBLET.

— Le lundi 6 décembre 1886, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze du matin à trois heures du soir, depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au samedi 20 novembre 1886 inclusivement.

— M. Floquet, en traitement à Royat, vient de donner audience à une députation des médecins consultants des onze stations thermales de l'Auvergne et du Centre, venue pour intéresser le président de la Chambre des députés à la question de la suppression de l'inspectorat des eaux minérales que poursuit énergiquement tout le corps médical des villes d'eaux. Cette députation était conduite par M. Gaillard, député du Puy-de-Dôme, auquel n'avaient pu se joindre, malgré leur désir, MM. Bardoux, sénateur, et Blatin, député du même département.

Après avoir écouté avec la plus grande attention la lecture d'une adresse fortement motivée sur la question, et avoir provoqué des explications sur plusieurs points importants, M. Floquet a fait savoir aux délégués des villes d'eaux du Centre qu'il avait reçu dans la journée, d'un grand nombre de leurs collègues des Pyrénées, des Vosges, du Jura, de la Savoie, des télégrammes dans le même sens. Il a promis d'user de son influence auprès de M. le ministre du commerce qui peut, par un simple décret, supprimer ce privilège, — ce qu'il aurait fait depuis longtemps, ont affirmé les délégués,

©BIU Santé

sans l'opposition des bureaux du ministère, et notamment de la direction du commerce intérieur.

Les délégués se sont retirés enchantés de l'accueil de M. Floquet et convaincus qu'ils auront bientôt gain de cause. Le président de la Chambre des députés a accepté de prendre place au banquet que leur ont offert le soir, au Grand-Hôtel Servant, leurs confrères de Royat.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Julien Récipon, médecin en chef des hôpitaux du Puy, décédé le 4 septembre, à l'âge de 54 ans.

Statistique vitale de la France pendant l'année 1885. — D'après les documents publiés dans le *Journal officiel* du 24 août 1886, le nombre total des naissances en 1885 a atteint 922,361 (848,243 légitimes, 74,118 illégitimes), celui des décès a été 836,897 (mort-nés exclus 43,958), celui des mariages 283,170, et celui des divorces 4.227. L'excédent des naissances sur les décès est donc 85,464.

D'après le recensement fait en décembre 1881, le chiffre de la population française était de 37,672,048. Si à ce chiffre nous ajoutons l'excédent des naissances des années 1882, 1883, 1884, 1885, soit 358,268, nous obtenons pour la population française au 31 décembre 1885, 38,030,316 habitants. Le dénombrement fait le 30 mai 1886, et dont les résultats seront bientôt publiés, nous fera connaître quelle a été dans cette période de quatre ans la part de l'émigration et de l'immigration dans le mouvement de la population.

Service de santé de la marine. — Un prochain concours doit avoir lieu en vue de concéder une indemnité aux étudiants en médecine et en pharmacie qui, nommés au grade de médecin ou de pharmacien de 2e classe, contracteront un engagement de dix ans dans la marine. L'amiral Aube a fixé cette indemnité à la somme de 880 francs, qui représente le montant des frais occasionnés par la recherche des diplômes universitaires. Le ministre a décidé en outre, par mesure bienveillante, que deux étudiants en pharmacie de chacune des Écoles de médecine navale de Rochefort et de Toulon, désignés par l'autorité locale parmi les plus méritants, seraient dirigés sur Brest en vue de prendre part au concours pour l'indemnité de 1,800 francs. (*Gaz. hebdom.*)

Bulletin bibliographique.

La digestion stomacale. Étude physiologique et hygiénique, par A. Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. 1 vol. in-18 de 145 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Nosographie des chorées, par le docteur M. Lannois, médecin aide-major de 1re classe. Grand in-8° de 170 pages avec 12 figures. — Prix : 4 fr.

Des vertiges, par le docteur E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté. Grand in-8° de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50.

La grande hystérie chez l'homme, par le docteur A. Berjon, medecin de 2e classe de la marine. Grand in-8° de 80 pages avec 10 planches hors texte. — Prix : 3 fr.

Ces quatre ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Code manuel des officiers du service de santé militaire, par le docteur Georges Salle, médecin-major.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez Victor Rozier, éditeur, rue Saint-Guillaume, 26.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chaubat.

Sommaire

I. Dujardin-Beaumetz : Sur la disparition de l'ascite dans les cas de cirrhose du foie. — II. G. Nepveu : Des contre-indications opératoires des tumeurs mélaniques tirées de l'examen du sang, etc. — III. Ch. Éloy : Un nouvel agent antithermique : L'antifébrine, ses propriétés et son emploi thérapeutique. — IV. Revue des Journaux : Les propriétés thérapeutiques du salycilate de bismuth. — Le microbe de la dengue. — Du spasme de l'œsophage. — Recherches sur l'action physiologique de l'uréthane et ses propriétés comme antagonisme fonctionnel de la strychnine. — De l'influence du régime dans le traitement et la pathogénie de la migraine. — Sur l'eulyptol et son traitement à l'intérieur. — De l'action du nitrite d'amyle sur la sécrétion urinaire. — Du traitement de la conjonctivite granuleuse chronique par les pulvérisations de bichlorure de mercure. — De l'incubation et de la transmission des oreillons. — De la pathogénie du tétanos traumatique. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Sur la disparition de l'ascite dans les cas de cirrhose du foie (1),

Par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin.

La Société des hôpitaux, dans sa dernière séance, a abordé la question de la disparition de l'ascite dans les cas de cirrhose, et depuis la communication de notre collègue Troisier, nous voyons ces faits se multiplier, et à cette première observation sont venues se joindre celles des docteurs Descouts, Demontporcelet, Legroux et Dieulafoy. Je viens augmenter le nombre des observations par un fait récent que j'ai été à même d'observer.

Je vous donnerai d'abord mon observation; la voici telle qu'elle a été rédigée par mon excellent interne, M. Dubief :

Cirrhose alcoolique. Ponction. Disparition de l'épanchement. Pneumonie. Mort. Autopsie. (Observation recueillie par H. Dubief, interne des hôpitaux.) — Le nommé V..., âgé de trente-huit ans, exerçant la profession de garçon marchand de vin, entre à la salle Chauffard, lit n° 24, à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur Dujardin-Beaumetz. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. Pas de syphilis ni de maladies antérieures. Le malade est un alcoolique, avec tremblement léger des mains, cauchemars et pituites matinales. Il avoue d'ailleurs se livrer à la boisson d'autant plus facilement qu'il est employé chez un marchand de vin.

Le début de sa maladie remonte au mois de décembre 1885. A cette époque, il perdit l'appétit et eut quelques vomissements alimentaires. Dans le courant de janvier 1885, il vit son ventre augmenter progressivement de volume : l'anorexie s'accentua et il s'y ajouta une difficulté de plus en plus grande pour respirer.

A son entrée à l'hôpital, le 17 février 1886, on constate que cet homme a l'aspect d'un cachectique : la figure est maigre, les joues creuses, le nez couperosé.

Son thorax et ses jambes sont également émaciés, contrastant par leur maigreur avec la distension de l'abdomen, qui est globuleux, lisse, laissant voir à sa surface une dilatation très notable du réseau veineux sous-cutané.

On obtient très nettement la sensation du flot. L'ascite masque la matité hépatique; cependant la palpation permet de reconnaître que le bord du foie déborde de plusieurs centimètres le bord inférieur des fausses côtes.

Léger souffle au premier temps à la pointe du cœur.

Rien aux autres organes.

On pose le diagnostic : Cirrhose alcoolique du foie. On met le malade au régime lacté intégral et, de plus, on lui fait prendre par jour 4 grammes d'hippurate de chaux.

Le 10 mars, l'ascite a notablement augmenté, la cachexie a fait des progrès; le malade peut à peine respirer; les urines sont rares. On fait une ponction qui donne issue à 5 litres et demi de liquide ascitique clair, citrin.

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886, p. 389.

©BIU Santé

Le 12 mars, le liquide s'est un peu reproduit, mais le malade accuse un mieux sensible, il urine davantage.

On continue le lait et l'hippurate de chaux.

Le 15 avril, l'ascite a complètement disparu ; le malade se lève et demande à manger.

Le 26 mai, le malade est complètement guéri; cependant le foie reste gros. Il demande une permission de sortir pour terminer quelques affaires avant de retourner dans son pays, où il doit achever sa guérison.

Le 27 mai, le malade est pris d'un frisson violent. En l'interrogeant, il raconte que, la veille, il s'est grisé et s'est endormi à l'humidité dans le bois de Meudon.

En l'examinant le soir, à six heures, submatité à la base du poumon gauche. Râles crépitants dans la moitié inférieure de la poitrine de ce côté. Température, 40°5.

Le 28 mai, souffle tubaire dans presque toute la hauteur de la poitrine. Température, 40 degrés.

Le 29 mai, le malade succombe à sa pneumonie.

Autopsie. — Le poumon gauche est hépatisé dans les deux tiers de sa hauteur, à partir de sa base; un fragment placé dans l'eau va au fond du vase. Rien au cœur, si ce n'est une plaque d'athérome sur la valvule mitrale.

Dans l'abdomen, il y a une quantité de liquide qu'on peut évaluer à 1 litre environ.

Le foie pèse 2 kilogr. 700. Il est lisse à sa surface. Il crie sous le couteau qui le sectionne; sur la surface de la coupe, on voit la substance hépatique sous forme des granulations classiques de la cirrhose.

La rate est volumineuse et pèse 800 grammes; elle est couverte de dépôts pseudo-membraneux de périsplénite. Les reins sont congestionnés; leur surface est lisse et ils se laissent facilement décortiquer.

L'examen histologique du foie montre une cirrhose un peu avancée. Les espaces de Kiernan sont très notablement agrandis, au point d'occuper presque la moitié de la surface de la coupe. Chaque lobule est entouré d'une large bande de tissu conjonctif adulte de laquelle partent des tractus plus minces qui pénètrent dans l'intérieur même du lobule à travers les cellules hépatiques.

Outre ce tissu conjonctif adulte, les espaces de Kiernan sont remplis d'une grande quantité de cellules embryonnaires diffusées dans l'espace, mais nombreuses surtout autour des ramifications veineuses.

Les cellules hépatiques sont normales dans la plupart des lobules, mais dans un certain nombre, il existe une dégénérescence graisseuse manifeste.

Comme on le voit dans cette observation, il s'agit en résumé d'un homme de trente-huit ans manifestement alcoolique puisqu'il était marchand de vin, et chez lequel nous constatons tous les signes d'une ascite provoquée par la cirrhose. Il est cachectique. Le foie est volumineux, les veines du ventre sont développées et l'on constate chez lui un épanchement abdominal assez notable pour gêner sa respiration. Nous pratiquons une ponction le 10 mars, elle donne issue à 5 litres 1/2 de liquide ascitique. A partir de ce moment l'amélioration se manifeste, le liquide ne se reproduit pas, l'état cachectique disparaît. Le 26 mai, c'est-à-dire deux mois et demi après la ponction, on trouve à peine trace de liquide dans l'abdomen et le malade est complètement guéri.

Malheureusement, nous lui permettons de sortir, il ne peut résister à son funeste penchant, il se grise, reste couché sur l'herbe, et revient à l'hôpital avec une pneumonie à laquelle il succombe. Le point intéressant était de savoir si vraiment nous avions affaire à une cirrhose alcoolique.

Le fait n'était nullement douteux : le foie, au point de vue macroscopique, présentait tous les caractères de la cirrhose commune et l'examen histologique confirmait entièrement le diagnostic que nous avions porté.

D'ailleurs, je puis mettre sous les yeux de mes collègues une préparation de ce foie faite par mon interne, M. Dubief.

Ainsi donc voici une observation non douteuse dans laquelle l'on voit l'ascite disparaître sans que pour cela l'état du foie se soit modifié. Dans la thèse que le docteur Ribeton a soutenue sur la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie, on trouve un cas analogue emprunté à Monneret, où le malade meurt de pneumonie.

Je ne veux pas revenir ici sur ia question si complexe de la pathogénie de l'ascite dans la cirrhose, question qu'ont soulevée dans la dernière séance nos deux collègues Dieulafoy et Letulle. Je ferai toutefois remarquer que, dans mon observation, il s'agit d'un cas de cirrhose type, et que les lésions constatées au microscope sont des plus nettes et des plus accusées; il ne s'agit pas ici, comme on le voit, d'un processus péritonéal, comme l'ont pensé Leudet, Letulle et Dieulafoy. Il est probable que dans de pareilles observations toutes les communications entre la veine porte et la veine cave inférieure ne sont pas oblitérées, ou bien qu'une circulation supplémentaire permet au sang veineux de reprendre son cours. Il faudrait, pour décider cette question, pratiquer dans de pareils cas des injections et examiner avec grand soin tout le parcours de la circulation veineuse. Mais il est un point que je désire effleurer, c'est celui de la thérapeutique.

La plupart des guérisons ou des améliorations observées l'ont été à la suite d'une crise intestinale ou urinaire, et l'on voit chez les malades, à la suite de flux abdominaux abondants ou bien sous l'influence de médicaments diurétiques, l'ascite disparaître. Dans ces derniers temps, on a été plus loin, et l'un de nos confrères, le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines) (1), a soutenu que certains médicaments s'adressaient directement à ces affections du foie. Il a conseillé à cet égard l'hippurate de chaux. Outre les faits signalés par le docteur Poulet, mon élève, M. le docteur Marieux, m'ayant parlé de deux cas de guérison de cirrhose par cet hippurate de chaux, j'ai employé ce moyen chez le malade dont je viens de vous tracer l'histoire. Voici la formule dont je me suis servi :

Acide hippurique pur.....	25 grammes.
Lait de chaux.....	q. s. jusqu'à réaction alcaline.
Eau chaude.....	500 grammes.
Sucre	600 —
Alcoolature de citron	4 —

Chaque cuillerée à bouche de ce mélange renferme approximativement 50 centigrammes d'acide hippurique. On donne de 4 à 8 cuillerées de ce sirop par jour.

Quel rôle cet acide hippurique a-t-il joué dans la guérison de notre malade? Je crois qu'il ne s'agit ici que d'une simple coïncidence; il paraît illogique de penser qu'un médicament puisse modifier le travail scléreux du foie. Avant de se prononcer, il faudrait donc un grand nombre d'observations à l'appui de ce remède. Ajoutons que, dans les observations précédentes signalées par Leudet, par Ribeton et par nos collègues Troisier, Letulle, Dieulafoy, les améliorations et les guérisons ont été obtenues sans l'usage de l'hippurate de chaux. J'ajoute cependant que, comme ce moyen

(1) Poulet : *De l'emploi des hippurates en médecine* (*Bull. de thérap.*, t. CIX, 1885, p. 153).

©BIU Santé

paraît absolument inoffensif, je crois qu'il n'y a aucun inconvénient à le conseiller en pareil cas.

Reste la grande question de la ponction dans les cas d'ascite cirrhotique; chez mon malade l'amélioration s'est très nettement produite après la ponction. Devant cette ponction, bien des médecins se montrent hésitants en présence de l'incurabilité de l'affection primitive : les uns veulent retarder cette ponction, craignant ainsi d'affaiblir le malade, et désirent attendre pour intervenir que l'ascite produise une gêne considérable de la respiration. Les autres interviennent dès que l'ascite a pris un certain volume, et ils invoquent à l'appui de leur manière de voir la possibilité de la curabilité de pareille cirrhose.

J'avoue que les faits que l'on a signalés à la Société, faits qui sont beaucoup plus nombreux que l'on ne croit, doivent nous porter à intervenir un peu plus promptement que nous ne le faisons habituellement dans les cas de cirrhose, quitte, bien entendu, à retarder notre intervention lorsque le liquide se reproduit. Il y a là une question d'opportunité thérapeutique que tous nos collègues ont saisie et qui me paraît avoir en pareil cas une très grande importance.

Des contre-indications opératoires des tumeurs mélaniques tirées de l'examen du sang, etc.

Note lue au Congrès de Nancy par le docteur G. Nepveu, ancien interne, chef du laboratoire de la Faculté, membre de la Société de chirurgie, de biologie, etc.

Le 17 janvier 1874, je présentais à la Société de biologie, sous ce même titre, une série d'observations qui prouvaient que par l'examen du sang on pouvait savoir si une tumeur mélanique était ou non en pleine généralisation. C'est un fait facile à constater, en faisant, avec la pointe d'une épingle, une piqûre à la pulpe d'un doigt, ou mieux avec l'extrême pointe d'un fin bistouri, une incision très petite. On observe que le sang a comme une teinte très légère de noir de fumée; si l'on vient alors à en porter une goutte sous le microscope, on y reconnaît facilement les caractères suivants :

On y rencontre des granulations mélaniques à l'état libre, des globules blancs devenus en tout ou en partie mélaniques par absorption des granulations libres; on y observe aussi des moules (1) vasculaires très fins, puisqu'ils circulent dans les capillaires couverts ou imprégnés de granulations mélaniques.

La courte note que je publiai alors n'était pas assez détaillée; aussi lorsqu'un de mes amis, M. le docteur Clauzel, me demanda quelques conseils pour le choix d'un sujet de thèse, je l'engageai à prendre ce sujet et à y ajouter quelques nouvelles observations que j'avais recueillies depuis lors (Dr Clauzel, thèse, 17 juillet 1874, Paris).

Depuis cette époque, j'ai eu occasion de voir quelques faits de même nature; il m'a semblé utile de les publier, car, outre les données primitives qu'ils viennent confirmer, j'ai pu faire de nouvelles remarques très intéressantes, je crois.

Obs. I. — M. le docteur Thomas (de Tours) envoyait il y a quelques années à M. Verneuil un malade fort et robuste qui portait une tumeur de l'aisselle, survenue longtemps après l'extirpation d'une petite tumeur mélanique d'un doigt. Faut-il enlever la tumeur de l'aisselle? Telle était la question. M. Verneuil me pria d'examiner le sang de ce malade; j'y trouvai une grande quantité de granulations mélaniques, de leucocytes en totalité ou en partie mélaniques. Toute opération fut interdite, et le malade mourut trois mois après en pleine généralisation.

Obs. II. — M. W..., Alsacien, 52 ans, homme de forte taille, 1 mètre 90, et de très

(1) Analogues aux moules fibrineux du rein.

robuste constitution, remarqua il y a dix-sept ans, sous la lunule de l'ongle du médius de la main droite, une petite tache noire. Peu à peu cette tache s'étendit en avant jusqu'au bord de l'ongle. Il y a trois ans, la lunule s'est légèrement soulevée et a laissé sortir un peu de pus. Son médecin cautérisa l'endroit sans relâche avec le nitrate d'argent, tous les deux ou trois jours pendant six semaines. L'ongle tomba et repoussa rapidement; la tumeur primitive avait complètement disparu. Il y a quinze mois environ, il s'aperçut d'une tuméfaction assez notable dans l'aine, une grosse masse ganglionnaire s'y était développée et arrivait jusque sous la clavicule. Malgré tout, il avait bonne santé et bon appétit, et cependant il avait maigri : de 207 livres, il était tombé à 196.

De quelle nature étaient ces masses ganglionnaires; étaient-elles mélaniques comme la tumeur primitive?

L'examen microscopique me fit reconnaître dans le sang une assez grande quantité de leucocytes devenus en partie ou en totalité mélaniques.

M. Verneuil refusa l'opération au malade sous un prétexte plausible : il fallait encore attendre... Quelques mois après, il apprenait la mort de M. W...

L'observation suivante est la plus intéressante.

Obs. III. — Cl. L..., 36 ans, placier, remarquait il y a trois ans que l'ongle de son gros orteil droit était incarné ; de plus les fongosités qui le recouvraient étaient noirâtres. Ces fongosités et une partie de l'ongle furent enlevées au mois d'octobre 1883, sans que le médecin eût soupçonné l'importance du mal. En juin 1885, les ganglions de l'aine commençaient à s'engorger, et, le 3 février 1886, M. Verneuil enlevait cette énorme tumeur ganglionnaire. Elle avait alors le volume des deux poings. L'opération fut malheureusement incomplète, de petites masses ganglionnaires commençaient à envahir la fosse iliaque ; du reste l'examen microscopique du sang fait avant l'opération avait montré que les leucocytes étaient en grand nombre remplis de granulations mélaniques.

L'opéré sortit de l'hôpital le 25 février 1886. Sa plaie n'acheva de se fermer que vers la fin de mai. Auparavant, il avait eu un érysipèle (érysipèle d'inoculation) parti de la plaie opératoire à la suite d'un pansement fait avec quelque brusquerie par son médecin. Le soir même il avait eu 40 degrés de température.

Actuellement la cicatrice est belle, le malade bien portant, il revient du reste de Saint-Malo, où l'air de la mer lui a fait le plus grand bien ; il y retourne, car les chaleurs le fatiguent beaucoup, et il se plaint de maux d'estomac depuis son retour à Paris.

Le néoplasme, qui était un sarcome mélanique, est en pleine récidive, les ganglions iliaques sont très tuméfiés, la cicatrice inguinale est très belle, la compression des gros vaisseaux par les ganglions iliaques a produit un peu d'œdème du membre et une légère tension désagréable.

La santé générale s'est améliorée, Cl... pesait 105 kilogrammes avant l'opération, après l'opération son poids tombait à 83 kilogrammes, actuellement il est remonté à 90.

Je reçois aujourd'hui la nouvelle de sa mort (7 septembre 1886).

Deux points surtout me semblent intéressants chez ce malade. Depuis l'opération, il a eu quatre attaques bien singulières :

— Fin mars 1886, première attaque, en se penchant brusquement sur la table d'un billard pour pousser la bille. — Chute, perte de connaissance, délire, dit-il, et aphonie complète qui a duré quelques minutes.

— Deuxième attaque, le 18 avril, avec perte de connaissance et aphonie qui a duré quelques heures.

— Troisième attaque, le 14 juillet, qui a duré cinq à six minutes ; mêmes phénomènes.

— Quatrième attaque vendredi dernier 23 juillet. Instantanément il a été pris d'une aphonie complète, il ne pouvait plus articuler aucun mot. Il est mieux actuellement, mais tout n'est pas rentré dans l'ordre ; il a actuellement encore, sept ou huit jours

©BIU Santé

après, une certaine hésitation à prononcer les mots, le côté droit de la face ne peut plus grimacer comme l'autre côté, l'œil gauche ne peut se fermer complètement comme le droit ; enfin tout le côté gauche du corps lui semblait notablement moins fort que le droit ; rien dans sa démarche n'aurait pu le faire soupçonner.

A quoi faut-il attribuer ces attaques successives ?

A l'arrivée successive d'embolies dans l'artère sylvienne ? Nous ne le croyons pas. Il nous semble que dans cette même circonscription artérielle il y a déjà des noyaux métastatiques bien établis, dont l'effet permanent sur les centres moteurs voisins n'est pas encore complet, et pour ainsi dire voilé, ce que démontrent les phénomènes hémiplégiques si légers dont il souffre ; dans ce cas comment expliquer ces attaques ? La première attaque lui est survenue lorsqu'il se penchait brusquement sur la table d'un billard où il cherchait à faire un effet en poussant sa bille avec le manche de la queue. A la deuxième, il avait bu un peu plus que de coutume ; il y a là quelque raison de croire que ces circonstances ont été pour quelque chose dans la production inopinée de ces attaques, qui ne seraient au fond qu'une aggravation instantanée de phénomènes légers et constants avec dissémination sur les centres psycho-moteurs. Par quel mécanisme : effets réflexes et spasmes vasculaires consécutifs... peut-être.

Un second point m'avait particulièrement intéressé : j'avais examiné le sang avant l'opération du 3 février 1886, j'avais remarqué que les leucocytes devenus noirâtres étaient en grand nombre ; leur nombre diminuerait-il après l'opération ? Je fis dans ce but quatre examens du sang, trois assez rapprochés avant la sortie de l'opéré et un vers le 20 juillet dernier.

Le premier examen nous montra encore qu'une grande partie des leucocytes étaient toujours noirs : au deuxième et au troisième, faits trois semaines l'un après l'autre, leur coloration et leur nombre avaient notablement diminué.

Le 20 juillet dernier, longtemps après la cicatrisation définitive de la plaie, alors que le malade était en pleine récidive ganglionnaire et en pleine métastase viscérale, accentuée surtout du côté du cerveau, le nombre des leucocytes devenus mélaniques était très notable, et leur coloration noire très intense.

En résumé, dans ces trois observations l'examen microscopique a pleinement confirmé les données que j'avais essayé d'établir en janvier 1874.

Nous croyons donc pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Dans le cas de généralisation de tumeurs mélaniques on trouve à l'examen microscopique du sang : des granulations mélaniques à l'état libre, des leucocytes devenus en totalité ou en partie mélaniques, des moules vasculaires semblables aux cylindres rénaux, eux aussi devenus mélaniques.

2° Lorsqu'on a trouvé cet ensemble de signes, on est autorisé à refuser l'opération.

3° Si, comme l'a fait M. Verneuil (voy. obs. III), on tente une opération purement palliative, on peut voir diminuer dans le sang les granulations mélaniques, puis reparaître en nombre de plus en plus grand au fur et à mesure que grandit la récidive ; l'opération même palliative semblerait avoir ce résultat favorable, malheureusement ce n'est pas pour longtemps.

4° Nous attirons spécialement l'attention sur les attaques qu'a eues le nommé Cl. (obs. III), attaques survenant à de longs intervalles, en pleine généralisation cérébrale qu'accuse une hémiplégie légère.

Un nouvel agent antithermique : L'antifébrine, ses propriétés et son emploi thérapeutique.

C'est de l'Allemagne, comme ses devanciers, que vient ce médicament antipyrétique. Sa renommée, quoique récente, fait grand bruit aux pays d'outre-Rhin, mais attend encore, on ne saurait assez le dire, le contrôle d'une observation désintéressée.

L'antifébrine n'appartient pas à la même tribu chimique que ses aînées : la kairine, la thalline et l'antipyrine. Elle en est voisine cependant. La nomenclature l'enre-

gistre sous le nom d'acétamilide ou phénylacétamide et ses caractères le rapprochent beaucoup de l'aniline.

Heureusement que ses propriétés physiologiques l'en éloignent, car l'aniline est, on le sait, fort toxique ; tandis que l'antifébrine serait d'une innocuité aussi absolue que remarquable.

Ses caractères physiques sont ceux d'un corps cristallin blanchâtre et inodore. Sa saveur est chaude et provoque une sensation de cuisson sur la langue. De ses autres propriétés chimiques, on doit surtout retenir, qu'insoluble dans l'eau froide, elle se dissout faiblement dans l'eau chaude, facilement dans le vin et complètement dans l'alcool.

L'*action physiologique de l'antifébrine* chez les animaux est à étudier. Je passe sur les tentatives expérimentales de MM. Cahn et Hepp. Les chiens et les lapins en étaient les sujets; sujets fort rebelles, paraît-il, puisque malgré l'élévation des doses ces animaux conservaient l'intégrité de leurs fonctions, et n'éprouvaient aucune diminution de leur température normale.

Sur l'homme, les essais sont plus positifs. Aux doses de 25 centigr. à 2 grammes et administrée par la voie buccale, l'antifébrine provoque une chute de la colonne thermométrique de 1 à 3 degrés environ.

Cet *effet antithermique* débute une heure environ après l'ingestion du médicament, augmente pendant les trois ou quatre heures suivantes et diminue ensuite jusqu'au retour à la température normale. Celui-ci s'effectue dans l'espace de trois à dix heures, suivant les doses, les individus et leur état physiologique.

Au début de la période d'abaissement thermique, la peau se couvrirait de rougeurs et transpirerait modérément. Plus tard, vers la fin, au moment où la colonne thermométrique se relève, les malades de MM. Cahn et Hepp accusaient une sensation de froid, mais sans frissons comparables à ceux que provoquent les autres agents antithermiques.

Ces phénomènes s'accompagnent de *modifications cardio-vasculaires* dont l'étude est encore incomplète. Tout ce que l'on en sait à l'heure actuelle, c'est que l'examen direct et le sphygmographe accusent la diminution de la fréquence du pouls et l'augmentation de la tension artérielle. Ces changements de la circulation se manifestent au moment où l'a colonne thermométrique commence à descendre.

En même temps, la diurèse devient plus abondante. C'est ainsi que MM. Cahn et Hepp ont vu la quantité de ce liquide doubler immédiatement après l'administration d'une première dose d'antifébrine et persister durant les jours suivants. A la différence de la kairine, c'est donc sur les reins et non sur la peau que l'antifébrine exerce son pouvoir modificateur des sécrétions.

En même temps, il n'est pas rare de voir le visage et les extrémités prendre une coloration bleuâtre, qui persiste pendant toute la phase d'apyrexie. A quelle cause attribuer cette cyanose? A des troubles vaso-moteurs périphériques, ou bien à des modifications de l'oxyhémoglobine du sang? On ne le sait ou on ne l'a pas dit. Cependant la question mérite réponse pour qu'on puisse donner à cet agent médicamenteux le rang qu'il mérite, soit parmi les substances qui altèrent qualitativement le liquide sanguin, soit parmi les modificateurs directs de l'innervation et de la fonction calorigène.

Ces notions manquent pour interpréter le mécanisme par lequel l'antifébrine provoque l'antithermie.

Quelles en sont les *indications thérapeutiques?* On le recommande contre l'hyperthermie de toutes les maladies aiguës. C'est actuellement la seule application thérapeutique dont il soit l'objet. MM. Cahn et Hepp en ont fait l'essai dans 24 cas de rhumatismes, de fièvre typhoïde et d'affections pyrétiques diverses. Les typhiques accusaient, paraît-il, un réel sentiment de bien-être durant la période apyrétique. Quelques-uns d'entre eux s'endormaient d'un sommeil paisible qui persistait pendant l'abaissement thermique. Un rhumatisant éprouva même le soulagement rapide de ses douleurs articulaires durant l'apyrexie, et aucun, parmi les malades, ne se plaignait de dégoût, d'inappétence, de diarrhée, de vomissements ni de perturbations gastro-intestinales.

©BIU Santé

Le *mode d'administration de l'antifébrine* est simple; on le prescrit en poudre enfermée dans des sachets ou suspendue dans un véhicule alcoolique, dans l'eau ou dans le vin.

Les doses quotidiennes varient entre 20 centigrammes, 1 gramme et 2 grammes. On en continue l'usage pendant toute la durée de l'hyperthermie; mais il est difficile de déterminer à l'avance les limites dans lesquelles on doit l'administrer; l'efficacité du médicament variant avec les individus, la période de la maladie et vraisemblablement aussi avec sa nature.

Toutefois, M. Cahn estime qu'une dose de 25 centigrammes d'antifébrine provoque le même abaissement de température qu'un gramme d'antipyrine. Ce serait donc entre la thalline et l'antipyrine que sa puissance antithermique permet de lui donner place.

Il reste à savoir si aux avantages de l'antipyrine elle ajouterait les dangers de la première. Les essais sont encore peu nombreux; ses patrons, dans leur enthousiasme, parlent peu de ses inconvénients; le contrôle des thérapeutistes français ne sera donc pas superflu pour estimer la valeur physiologique et clinique de ce dernier né de la matière médicale allemande. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Les propriétés thérapeutiques du salicylate de bismuth, par SOLGER. — Cet observateur attribue une double action thérapeutique à ce produit. Il se rapproche du tannin par ses vertus astringentes et de la créosote par ses propriétés antiseptiques. Il ne prévient pas le developpement des microbes, mais combat l'irritation qu'ils produisent sur les muqueuses. Toutefois il ne paraît pas un médicament indiqué contre les maladies de l'estomac ou dans le rétrécissement pylorique. On l'administre à la dose quotidienne de 8 grammes.

Guttman attribue cette action à la base de ce corps, c'est-à-dire au bismuth. Mais M. Solger affirme que ces troubles sont dus à la présence du sous-nitrate du bismuth. (*Deut. med. Woch.*, 3 juin 1886.) — C. L. D.

Le microbe de la dengue, par J. W. M. LANGKLIN. — Cet observateur s'est inspiré des caractères cliniques de la dengue qui a toutes les apparences d'une maladie infectieuse pour chercher le parasite dans le sang des malades. Il a obtenu des cultures pures du micro-organisme trouvé dans les préparations fraîches.

Ce microbe est sphérique et son volume peut être évalué au vingtième ou au trentième de celui d'une hématie. Il se colore par la solution alcaline de bleu de méthyle et se reproduit fidèlement par des cultures successives dans des bouillons stérilisés.

Il existait dans le sang de tous les malades atteints de dengue que M. M. Langklin a pu examiner. Cependant, il resterait à déterminer s'il ne s'observe pas dans d'autres affections ou s'il n'est pas identique à d'autres microcoques. Cette investigation n'a pas été faite par l'auteur. (*Journ. of the American med. Association*, 19 juin 1886.)

C. L. D.

Du spasme de l'œsophage, par BUCHHOLTZ et FAYE. — Le cas d'œsophagisme que rapporte M. Buchholtz est celui d'un individu porteur d'un rétrécissement de l'œsophage d'apparence cancéreuse et dont les crises d'œsophagisme allaient en augmentant. Elles diminuaient sous l'influence de la morphine. Ces phénomènes sont comparables aux crampes et aux accidents spasmodiques réflexes au voisinage d'un foyer morbide. M. Buchholtz les compare au blépharopasme.

Dans le cas cité par M. G. Faye, l'œsophagisme paraissait être en rapport avec du rhumatisme chronique des muscles du cou. Ces observations confirment les conclusions du mémoire que M. Eloy publiait en 1881, dans la *Gazette hebdomadaire*, sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de l'œsophagisme. (*Nord med. Archiv.* Band XVII, Haf 12, et *The L. med. Rec.*, 15 mai 1886, p. 223.) — C. L. D.

Recherches sur l'action physiologique de l'uréthane et ses propriétés comme antagonisme fonctionnel de la strychnine, par COZE (de Nancy) — Dans

ce mémoire important, l'auteur expose les résultats des épreuves physiologiques auxquelles il a soumis le carbamate d'éthyle, dont l'*Union médicale* a fait connaître il y a quelques semaines les propriétés hypnotiques. Comme nous l'avions constaté, M. Coze a observé la résolution musculaire sous l'influence de cette substance, le ralentissement du pouls et de la respiration, et l'abaissement thermique. De plus, il admet, qu'à haute dose, cette substance produit l'anesthésie et serait l'antagoniste fonctionnel de la strychnine, parce que les animaux soumis simultanément à la strychnine et à l'uréthane échappent aux effets du premier de ces corps. M. Coze recommande de faire l'essai de l'uréthane dans le traitement du tétanos. (*Bulletin gén. de thérapeutique*, p. 345; 30 août 1886.) — Ch. E.

De l'influence du régime dans le traitement et la pathogénie de la migraine, par Haig. — L'origine goutteuse de la migraine est la théorie pathogénique adoptée par M. Haig pour qui l'explosion migraineuse a pour origine un excès d'acide urique dans le sang. Les migraineux peuvent être exempts de manifestations aiguës de goutte : ils n'en sont pas moins en puissance de « quiet gout », de goutte en repos. Le traitement que recommande l'auteur consiste dans l'administration de petites doses quotidiennes de salicylate de soude. Il obtient ainsi le retard, puis la disparition des accès de migraine, tant que le malade évite l'usage des aliments très azotés et des boissons spiritueuses. L'inobservation de ce régime provoque le retour des accidents. C'est donc à la diététique plutôt qu'aux médicaments que le médecin doit s'adresser ponr combattre la migraine. (*The Practitioner*, mars 1886.) — C. L. D.

Sur l'eulyptol et son administration à l'intérieur, par Schmeltz (de Nice). — Sous ce nom, M. Schmeltz désigne un mélange de six parties d'acide salicylique avec une partie d'acide phénique et une partie d'essence d'eucalyptus. Cette substance peut rendre des services à l'antisepsie chirurgicale; mais, de plus, agit comme antithermique quand on l'administre intérieurement par doses de 8 à 10 grammes.

C'est dans ce but qu'il a été prescrit par l'auteur aux rhumatisants dont il a rapidement, à l'instar de l'acide salicylique, ajouterons-nous, diminué les gonflements et les douleurs articulaires. Après son ingestion, les selles des typhiques sont désinfectées et modifiées dans leur aspect. Enfin, il serait utile, d'après l'auteur, dans les affections catarrhales des voies respiratoires.

Soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, peu soluble dans l'eau, l'eulyptol ne provoque ni douleurs stomacales ni bourdonnements aussi violents que les salicylates. (*Bull. de thérap.*, p. 173, 30 août 1886.) — C. L. D.

De l'action du nitrite d'amyle sur la sécrétion urinaire, par Walter. — Les expériences consistaient à faire inhaler à un adulte trois à quatre gouttes de nitrite d'amyle pendant deux jours, à suspendre les inhalations durant le même laps de temps et à doser simultanément l'acide urique, l'urée, les matières azotées et l'acidité de l'urine.

Par cette méthode, M. Walter a constaté que les inhalations de nitrite d'amyle ne modifient pas quantitativement ces substances. Contrairement à d'autres expérimentateurs, il a remarqué que la quantité de l'urine n'était pas accrue, et que ce liquide conservait ses réactions normales avec les alcalis. (*Vratch.*, 1886, n° 12.) — C. L. D.

Du traitement de la conjonctivite granuleuse chronique par les pulvérisations de bichlorure de mercure, par P. Peyret. — A l'occasion d'une observation de conjonctivite granuleuse chronique, notre confrère de l'armée discute les conditions et les succès du traitement antiseptique de cette affection. Cette méthode est aujourd'hui la plus sûre et la moins dangereuse, et parmi ses agents le plus recommandable est le bichlorure de mercure en solution titrée à 1 pour 3,000.

M. Peyret recommande de l'employer sous forme de pulvérisation pendant une minute. Au reste, il fait varier leur durée en raison des susceptibilités individuelles et les répète chaque jour. Des séances multipliées lui paraissent inutiles et provoquer l'irritation de la conjonctive. (*Archives de méd. et de pharm. milit.*, sept. 1886, p. 217.)

C. L. D.

©BIU Santé

De l'incubation et de la transmission des oreillons, par Roth. — Les trois observations de l'auteur sont des arguments en faveur de la contagiosité de la fièvre ourlienne.

Un cuisinier de 22 ans entre à l'hôpital avec les symptômes des oreillons, maladie dont il n'existait aucun cas dans l'hôpital. On le place dans le lit voisin d'un individu atteint de paralysie de la corde vocale droite. Celui-ci contracte les oreillons et succombe.

Le docteur Roth visitait chaque jour une de ses malades de la ville en sortant de l'hôpital. Peu de jours après, cette personne est atteinte de fièvre ourlienne.

Enfin, le troisième cas est celui d'une servante qui entre à l'hôpital et occupe le lit dans lequel le premier malade avait été couché vingt-deux jours auparavant. Ce lit avait été désinfecté; néanmoins, la malade contracta les oreillons. Dans le premier cas, la contagion avait été directe; dans les deux autres, la transmission eut pour agents le médecin et les objets de literie. (*Münchener med. Wochens.*, mai 1886, et *The med. Chronicle*, n° 315, 1886). — C. L. D.

De la pathogénie du tétanos traumatique, par Rosenbach. — Jusqu'ici, toutes les tentatives pour transmettre le tétanos de l'homme aux animaux ont été stériles. Néanmoins, sans se laisser décourager par l'échec de ces tentatives, cet observateur a essayé de produire le tétanos expérimental chez des souris et des cobayes par l'inoculation du tissu nerveux provenant d'un blessé atteint de tétanos. Au moyen de cultures, M. Rosenbach aurait constaté l'identité du microbe pathogène du tétanos avec le bacille de Nicolaier.

C'est en produisant une ptomaïne, dont les propriétés seraient comparables à celles de la strychnine, que ce microbe provoquerait les convulsions du tétanos. (*Berliner Klinische Wochens.*, 19 avril 1886.), — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 septembre. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Riche, de Jeumont (Nord). (Accepté.)

M. Lancereaux présente, de la part de M. le docteur Henry Millard (de New-York), un volume intitulé : *Traité de la maladie de Bright.*

M. Dujardin-Beaumetz met sous les yeux de l'Académie un instrument imaginé par M. G. Gautier pour les injections vaginales.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Regnier, médecin-major de 1re classe, une *Note relative à l'influence des eaux d'alimentation sur le développement de la fièvre typhoïde dans les différentes casernes de sapeurs-pompiers en 1882 et 1885.*

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à trois heures trois quarts.

FORMULAIRE

Traitement de la dyspepsie acide. — Brochin.

Pour combattre la dyspepsie acide, on prescrit le bicarbonate de soude en poudre, à la dose de 1 à 2 grammes, puis au moment des repas, l'eau de Vichy ou de Vals. On peut également administrer le sous-nitrate de bismuth, le phosphate ou le carbonate de chaux, séparés ou réunis dans des proportions convenables. — Si la dyspepsie acide est liée à la chlorose, on ajoute aux alcalins, les eaux ferrugineuses, telles que Spa,

Bussang, Forges. — La dyspepsie acide s'accompagne-t-elle de pituites, le régime lacté, les aliments à base de lait et d'œufs sont particulièrement indiqués. — Enfin dans les cas où les acides développés dans l'estomac résultent d'une fermentation opérée dans ce viscère, le professeur Bouchard propose de substituer à la médication alcaline, la médication acide avec les acides chlorhydrique et azotique. — N. G.

TRAITEMENT DU TÆNIA PAR L'EXTRAIT DE GRENADIER. — De Vry.

On fait sécher l'écorce de racine de grenadier, on la fait macérer dans l'eau froide jusqu'à épuisement, et on prépare avec ce macéré, un extrait sec qu'on pulvérise, et qu'on conserve à l'abri de l'humidité. On prescrit cet extrait, à la dose de 4 grammes en 8 paquets, à prendre à jeûn de quart d'heure en quart d'heure. Au dernier paquet, on ajoute 10 centigrammes de calomel. Le tænia ne tarde pas à faire hernie à la marge de l'anus ; mais il est nécessaire qu'il soit expulsé dans l'eau tiède, et que le malade ou un aide le saisisse pour en faciliter l'extraction. — N. G.

COURRIER

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
Vu le règlement du 20 novembre 1879,
Vu l'arrêté du 2 juillet 1884,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1886.

ART. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

ART. 3. — Sont admis à concourir :

1° Les candidats, pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions, qui auront subi avec la note « bien » les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel ;

2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

CANDIDATS AU GRADE DE PHARMACIEN DE PREMIÈRE ANNÉE.

Élèves ayant 4 inscriptions. — Composition écrite : Physique, — Chimie minérale, — Organographie et anatomie végétale.

Épreuve orale : Pharmacie galénique.

Élèves ayant 8 inscriptions. — (Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année). — Composition écrite : Chimie organique, — Famille des plantes phanérogames. — Matière médicale.

Épreuve orale : Pharmacie chimique.

Élèves ayant 12 inscriptions. — (Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année.) — Composition écrite : Analyse chimique. — Toxicologie. — Hydrologie.

Épreuve orale. — Zoologie et cryptogamie.

CANDIDATS AU DIPLÔME SUPÉRIEUR.

(Appréciations communes aux deux sections. — Appréciation des études antérieures. — Notes des travaux pratiques de troisième année et des examens probatoires.)

Section des sciences physico-chimiques. — Composition écrite : Physique, — Chimie analytique, — Histoire naturelle générale.

Épreuve orale : Toxicologie.

Section des sciences naturelles. — Composition écrite : Botanique, — Zoologie, — Chimie générale.

©BIU Santé

Épreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

ART. 4. — Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet qui ont été admis à l'un de ces grades avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Fait à Paris, le 16 septembre 1886. René GOBLET.

STATISTIQUE MÉDICALE DE PARIS EN 1885. — M. le docteur Jacques Bertillon, qui dirige avec tant de zèle et d'intelligence la *Statistique municipale de la ville de Paris*, vient de publier le résumé des tableaux statistiques pour l'année 1885. Nous y relevons les chiffres suivants : La fièvre typhoïde, dont la fréquence annuelle est de 17 décès pour 100,000 habitants à Londres et à Berlin, de 14 à Vienne, de 19 à Bruxelles, atteint 63 à Paris et 149 à Marseille. On remarquera ce chiffre de décès à Marseille, la ville la plus insalubre de France. La variole a été également plus fréquente à Marseille (91 décès pour 100,000 habitants) que dans aucune ville de France; mais c'est là le fait d'une épidémie que l'on peut croire transitoire. A Paris, cette maladie n'a causé que 194 décès (soit 9 décès pour 100,000 habitants), et à Berlin, où la vaccine est obligatoire, elle a été plus rare encore, car elle n'a causé que 5 décès, soit une proportion presque nulle. A Berlin, par contre, la diphthérie est plus fréquente qu'en France. Cette maladie y cause 140 décès pour 100,000 habitants, tandis que Paris n'en compte que 80, et Marseille, malgré son insalubrité, 98. Ce sont là des proportions très élevées, car Londres ne compte, par 100,000 habitants, que 22 décès dus à cette maladie.

La scarlatine est plus répandue dans la plupart des villes étrangères qu'à Paris, où elle ne fait que 7 victimes pour 100,000 habitants. Cette proportion s'est élevée en 1885 à 17 à Londres (où elle est ordinairement plus fréquente encore), à 31 à Berlin, à 10 à Vienne, à 20 à Bruxelles, etc. Parmi les villes françaises, celle qui a le plus de scarlatineux, c'est encore Marseille (23 décès par 100,000 habitants). On ne saurait trop louer les travaux de ce genre. Ainsi comprise, la statistique rend les plus signalés services à l'administrateur aussi bien qu'au médecin. (*Gaz. hebdom.*)

PELADE. — Au 122e régiment de ligne, caserné à Montpellier, plusieurs cas de pelade ont été récemment observés. Ils étaient dûs à l'usage d'anciens képis, ayant appartenu autrefois à des hommes atteints de cette affection et qui n'avaient pas été désinfectés. L'administration militaire s'est empressée d'en ordonner l'incinération.

(*Gaz. hebdom.*)

Bulletin bibliographique.

Nouvelles applications du vide par la ventouse emménagogue, par le docteur DUMAS DE LUSIGNAN.

Cet ouvrage se trouve à Montpellier, chez Bœhm et fils, éditeurs.

Des pseudo-étranglements par péritonite primitive, par le docteur H. POUPON.

De la péritonite périhépatique enkystée, par le docteur Eugène DESCHAMPS.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Steinheil, rue Casimir-Delavigne, 2.

Essai de dynamique médicale, par le docteur J. A. MANDON. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr.

Traitement chirurgical de la péritonite, par le docteur TRUC. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr. (Thèse d'agrégation.)

Ces deux ouvrages se trouvent chez Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. A. Fournier : Question du rachitisme dans ses rapports avec la syphilis héréditaire. Doctrine de M. Parrot. — II. Intérêts professionnels : L'Association médicale mutuelle. — III. Bibliothèque : Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. — IV. Revue des Journaux : De quelques formes cliniques de l'asthme et leur nature. — Cure de la tuberculose par les inhalations de bacterium termo. — Quelques recherches sur l'endothélium péritonéal. — Un cas rare de glandules mammaires succenturiées. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine : Canule porte-remèdes. — VI. Formulaire. — VII. Bulletin bibliographique.

Question du rachitisme dans ses rapports avec la syphilis héréditaire. Doctrine de M. Parrot (1).

Il est bien manifeste que plusieurs des difformités osseuses qu'on rencontre dans la syphilis héréditaire reproduisent exactement, trait pour trait, les altérations usuellement rattachées au rachitisme.

Est-ce donc que le rachitisme aurait quelque connexion, quelque parenté avec la syphilis?

La question, certes, n'est pas neuve. De vieille date, nombre d'auteurs ont soupçonné ou affirmé une relation de causalité, voire de nature, entre le rachitisme et la syphilis. A n'en citer qu'un seul, Astruc, au siècle dernier, écrivait ceci : « ... S'ils vivent, les enfants issus de parents syphilitiques sont écrouelleux, petits, *rachitiques*, bossus; ils ont de grosses articulations, de grosses têtes, des nez écrasés, des *jambes crochues*, tournées en dehors ou en dedans; ils sont estropiés, tortus, contrefaits en différentes manières, etc... (2) »

Mais il faut reconnaître que jamais la question n'a été ni aussi scientifiquement posée ni aussi formellement résolue qu'elle vient de l'être de nos jours. Vous avez tous compris que je fais allusion en ce moment aux beaux travaux de mon collègue le professeur Parrot.

Elle n'a jamais été, disais-je, aussi scientifiquement posée; car c'est sur des milliers d'observations et des centaines d'autopsies que M. Parrot a établi ses conclusions (3).

Elle n'a jamais été aussi formellement résolue, j'entends d'une façon aussi catégorique et absolue; car personne jusqu'alors n'avait osé renier le rachitisme en tant qu'espèce morbide, pour le transformer en une simple variété de manifestation syphilitique. Et telle est la doctrine récemment formulée par M. Parrot. Pour cet éminent médecin, en effet, le rachitisme ne serait qu'un dérivé de la syphilis : *un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la deuxième année de l'existence.*

A la vérité, cette doctrine, bien que présentée et soutenue avec un rare talent, bien qu'étayée de pièces anatomiques extrêmement nombreuses, n'a reçu jusqu'ici qu'un froid accueil. Pour quelques adhésions qu'elle a pu rallier, elle a soulevé des oppositions bien autrement multiples. Elle a même été vivement attaquée, combattue, voire sévèrement jugée par quelques-uns de nos confrères, compatriotes ou étrangers.

Qu'on ne l'accepte que sous bénéfice d'inventaire; qu'on se tienne même

(1) Extrait des leçons sur *La syphilis héréditaire tardive*, par le professeur A. Fournier.

(2) Trad. franç., 1743, t. IV, p. 122.

(3) V. *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 21 fév. 1883, etc. — *Gazette médic.*, 1874, n° 14. — *Progrès médical*, 1881. — Congrès international des sciences médicales, tenu à Londres, 1881, etc., etc.

©BIU Santé

en défiance contre elle, cela, je le conçois et l'admets. Rien de plus légitime, car le doute, la critique et le contrôle sont les éléments de toute conviction scientifique et de tout progrès. Mais que dès aujourd'hui on puisse se croire autorisé à renier cette doctrine, à la jeter par-dessus bord, à la condamner d'une façon absolue et définitive, ainsi que l'ont fait certains médecins, cela je ne puis ni l'accepter ni le comprendre. A un savant tel que M. Parrot, venant produire le résultat de longues études cliniques et d'innombrables nécropsies, il ne convient de répondre, à mon sens, que par des arguments de même ordre. Or, des arguments de cet ordre ne s'improvisent pas dans une discussion; ils réclament de longues séances dans les salles d'hôpital et devant la table d'amphithéâtre. Personne de vous, que je sache au moins, ne serait en mesure aujourd'hui d'opposer à M. Parrot un contingent de faits cliniques ou anatomiques égal à celui qu'il a produit. Donc, un jugement définitif sur la théorie de notre collègue ne saurait être actuellement prononcé, ni dans un sens ni dans l'autre. Ce jugement, il faut le différer. Il sera l'œuvre du temps et d'études ultérieures.

Cela dit, n'allez pas croire cependant, Messieurs, que tout reste à l'état d'incertitude ou d'hypothèse dans la question des rapports du rachitisme et de la syphilis héréditaire. Ce serait là une erreur.

Il est, en effet, dans cette question deux points absolument distincts, qu'on a grand tort de confondre et de juger solidaires, à savoir : un point de fait et un point de doctrine.

Le point de fait, le voici : *Oui ou non, observe-t-on le rachitisme avec un incontestable degré de fréquence chez les sujets atteints de syphilis héréditaire?*

Le point de doctrine, tout au contraire, est celui-ci : *Le rachitisme est-il une lésion syphilitique, ou bien n'est-il qu'une conséquence indirecte, banale, de l'hérédité syphilitique?*

Au simple énoncé de ces deux propositions, déjà vous les avez jugées absolument différentes.

Or, des deux points qui composent ainsi la question, il en est un sur lequel dès aujourd'hui nous sommes absolument fixés, sur lequel, je puis le dire, la science est faite. C'est le premier.

Oui, incontestablement oui, au-dessus de toute discussion possible, *le rachitisme se rencontre avec une fréquence considérable sur les sujets affectés de syphilis héréditaire.* Et même cette fréquence est telle qu'elle devient significative par elle seule, et qu'elle atteste d'une façon évidente une relation de cause à effet entre la syphilis et le rachitisme.

Cela ressort de l'observation de nos devanciers et de la nôtre. Quantité d'auteurs, anciens, modernes ou contemporains, ont signalé le rachitisme en relation avec la syphilis héréditaire. M. Parrot n'a fait qu'achever — il le dit lui-même — la démonstration sur ce point. Et pour ma part, avant de connaître les résultats de mon collègue, j'avais déjà constaté tant et tant de fois le rachitisme en coïncidence avec la syphilis héréditaire, que je n'hésitais pas, de vieille date déjà (dans mes leçons de Lourcine, par exemple), à affirmer une connexion étroite entre ces deux maladies.

De cela, d'ailleurs, vous avez vu dans nos salles de très nombreux exemples. Rappelez-vous, entre autres cas de ce genre, le dernier qui s'est présenté à notre observation. Il y a quelques jours, une femme syphilitique nous amenait ici ses deux enfants : l'aîné, âgé de 4 ans, offrait un type

accompli de rachitisme; le plus jeune, âgé de quelques mois, était couvert de syphilides.

Autre cas identique, celui-ci emprunté à ma pratique de la ville. Un jeune homme contracte une syphilis grave, dont j'ai toutes les peines du monde à le débarrasser. Il se marie prématurément et devient père de deux enfants. De ces deux enfants, l'aîné (que malheureusement je n'ai pu observer qu'à son retour de nourrice) est actuellement âgé de 6 ans et présente au plus haut degré les déformations classiques du rachitisme. Quant au plus jeune, affecté presque dès sa naissance de manifestations spécifiques, il a succombé, vers 2 ans 1/2, à des accidents de syphilis cérébrale.

Les cas de ce genre ne sont même plus à citer aujourd'hui. Ils abondent et surabondent (1). Les récuser serait fermer les yeux à l'évidence; et, si quelque médecin venait à les révoquer en doute, il encourrait par cela seul le soupçon mérité de n'avoir jamais étudié la question.

De sorte qu'une conclusion formelle, absolue, s'impose en l'espèce, à savoir : que les lésions du rachitisme s'observent avec une proportion *considérable* de fréquence sur les sujets affectés de syphilis héréditaire.

Cette conclusion, maintenant, pouvons-nous l'expliquer? Ceci devient une autre affaire, et c'est là, après le point de fait que nous venons d'établir, le point de doctrine qu'il s'agit d'interpréter.

M. Parrot a tranché le nœud gordien en disant : « Le rachitisme est une lésion d'essence syphilitique. » Avec cette explication, tout devient parfaitement clair. Rien de plus naturel que l'éclosion d'une lésion syphilitique sur un terrain syphilitique.

Mais c'est en cela précisément, je crois, qu'il a dépassé la mesure; c'est en faisant du rachitisme une lésion d'origine et même d'essence exclusivement syphilitique qu'il a excédé les conclusions à tirer de ses belles recherches. Au lieu de s'en tenir au fait qu'il avait si bien et si formellement établi, il s'est laissé entraîner à une généralisation imprudente, et il a englobé indistinctement dans la syphilis *tous* les cas de rachitisme. Dans sa doctrine, il n'y aurait plus de rachitisme, et tout ce qu'on a décrit sous ce nom rentrerait dans le domaine de la syphilis (2). Bref, comme dirait un mathématicien, la doctrine de M. Parrot se résume en l'équation suivante :

$$\text{Rachitisme} = \text{Syphilis}.$$

Eh bien, je ne crains guère de m'aventurer en préjugeant que cette doctrine ne sera pas confirmée par les faits d'observation à venir.

---

(1) V., par exemple, un beau cas du genre présenté à la Soc. de chirurgie (séance du 7 février 1883) par M. le docteur Lannelongue.

Kassowitz a dit de même : « Presque tous les enfants atteints de syphilis héréditaire deviennent rachitiques. » (*Wien. med. Press.*, 1881.)

Voir encore :

L. Furth, *Die pathologie und Therapie der hereditaren syphilis*, Vienne, 1879.

Gibert (du Havre), Rachitisme et syphilis (*Gaz. hebd.*, 1883).

(2) « ... Une altération aussi typique, aussi méthodique que le rachitisme, ne peut pas reconnaître de causes diverses, banales. Le rachitisme doit reconnaître et reconnaît en toute circonstance une *cause unique*, spécifique, et cette cause est la syphilis héréditaire. Au moment où elle produit le rachitisme, la syphilis est épuisée (?); c'est son suprême effort. Elle n'existe plus (?). Elle a mis à sa place une affection nouvelle. C'est là un exemple incontestable de transformisme morbide. » (*Gaz. hebdom.*, 1881, p. 564.)

©BIU Santé

D'une part, en effet, il est bien difficile d'admettre que le rachitisme doive dériver toujours d'une cause unique, quelle que soit d'ailleurs cette cause, alors qu'on le voit se produire en tant de conditions diverses, voire parfois opposées. Et, d'autre part, il est plus malaisé encore de se représenter la syphilis comme servant de cause *unique* au rachitisme « alors que la mémoire de chacun de nous, comme l'a justement dit M. Reclus, se heurte à des faits de clientèle, à des souvenirs privés où figure le rachitisme sans infection des ascendants (1) ». Or, s'il en est ainsi, s'il est des cas — quelque peu nombreux qu'ils soient, n'importe — où le rachitisme existe en dehors de toute influence syphilitique héréditaire, que devient l'équation de M. Parrot?

Aussi bien, dans l'état actuel de la science, me paraît-il plus rationnel de considérer le rachitisme qui se produit chez les enfants syphilitiques comme une conséquence *indirecte* de la syphilis que d'en faire, avec M. Parrot, une lésion directe de la diathèse. C'est là du moins la conviction à laquelle m'ont conduit mes recherches personnelles et que je dois vous exposer actuellement.

Pour moi, le rachitisme de nos petits malades *n'est qu'un résultat du trouble général importé par la syphilis dans l'organisme.*

J'imagine que la syphilis produit le rachitisme au même titre qu'elle produit la débilitation native, l'appauvrissement de la constitution, le lymphatisme, la tuberculose, le lupus, les dystrophies, les malformations dentaires, les arrêts de développement, l'infantilisme, etc., toutes conséquences banales d'une cause spécifique, mais d'une cause spécifique exerçant sur l'économie une influence commune et vulgaire de dépression, de *dénutrition,* de consomption, de déchéance organique générale, de *dégénérescence* (2).

Et cette façon d'envisager les choses me permet de comprendre également bien ces deux faits d'observation, à savoir : 1° que la syphilis puisse produire le rachitisme; — et 2° qu'elle ne soit pas seule à le produire.

En définitive, pour moi, la syphilis serait *un affluent considérable,* principal même, si vous le voulez, du rachitisme; *elle ne serait qu'un de ses affluents;* — et ce rachitisme, elle en déterminerait la genèse non pas en tant qu'affection spécifique, mais en tant que maladie générale, en tant que maladie appauvrissant l'économie, troublant la nutrition, et constituant une *dyscrasie native,* une prédisposition aux processus morbides qui dérivent d'une vitalité insuffisante.

(1) *Gazette hebdom.*, 1883. — Discussion à la Société de chirurgie, 1883. — Cazin, *Rachitisme et Syphilis*, 1883. — Guéniot, *Des Rapports de la syphilis hérédit. avec le rachitisme.* (Soc. de chirurgie, 1883.)

(2) Cette même opinion a été exprimée par divers auteurs. Exemples :

Pour Taylor, « la syphilis peut bien produire le rachitisme, mais *indirectement* et en raison de ce fait qu'elle altère la nutrition par son influence adynamique, débilitante ». — Et ailleurs : « La syphilis peut produire le rachitisme de la même façon qu'elle ouvre la porte, sous l'influence de la cachexie, à diverses maladies. Mais il n'y a pas de rapport plus direct entre les deux maladies. Et la preuve, c'est que le traitement spécifique ne fait rien au rachitisme, etc... » (*Syphilitic lesions of the osseous system*, New-York, 1875.)

De même, pour M. Cazin, si la syphilis peut aboutir au rachitisme, c'est qu'elle y prédispose, comme la scrofule, *en tant que cause de détérioration de l'individu et de l'espèce.* (Mémoire cité, p. 7.)

Concluons donc cette discussion, en formulant, avec les réserves qu'impose un problème aussi délicat, les trois propositions suivantes :

1° Le rachitisme se rencontre chez les sujets hérédo-syphilitiques avec une fréquence qui ne permet pas de contester entre la syphilis et lui un rapport de cause à effet.

2° Ce rapport se trouve diversement apprécié dans la science aujourd'hui; — et une doctrine, soutenue par un médecin éminent, considère le rachitisme comme une émanation directe de la syphilis, comme une lésion exclusivement syphilitique d'origine et de nature.

3° Mais il semble plus admissible, dans l'état actuel de nos connaissances, de ne considérer le rachitisme qu'au titre d'un résultat indirect de la syphilis. Dans cette façon d'envisager les choses, le rachitisme ne serait pas une manifestation syphilitique, mais bien une conséquence banale de l'influence dyscrasique exercée par la syphilis sur l'ensemble de l'organisme, et en particulier sur le système osseux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE.

Le meilleur moyen de démontrer le mouvement est de marcher. Ce principe élémentaire n'est pas moins vrai quand on l'applique aux institutions de prévoyance médicale, et nos confrères, initiateurs, fondateurs et patrons de l'Association médicale mutuelle, s'en inspirent certainement en hâtant le fonctionnement de leur Société.

La période des projets a été traversée; celle des réalisations pratiques s'ouvre et vraisemblablement sera féconde. Au reste, les encouragements ne manquent pas. D'après la note suivante que nous communique M. Lagoguey, ils se trouvent même dans les documents officiels : les rapports sur les opérations des Sociétés de secours mutuels que le ministre de l'intérieur adresse annuellement au chef de l'Etat.

Après avoir constaté que, dans ces Sociétés, la moyenne des infirmes s'élève de 1 sur 56,6 à 1 sur 61,7 dans les Sociétés autorisées, et de 1 sur 80 à 1 sur 85 dans les Sociétés approuvées, et que la morbidité y varie peu, M. Lagoguey « l'évalue en chiffre rond « à 5 journées de maladie par sociétaire et par an ».

« Dans le projet primitif, adoptant la moyenne supérieure de 6 journées de maladies « aiguës par sociétaire et par an, nous disions, ajoute-t-il, qu'il suffirait de 67 associés « pour payer annuellement l'indemnité à un malade infirme.

« Si nous répétons nos calculs en adoptant la proportion plus exacte de 5 journées « de maladie par sociétaire, nous trouvons que ce nombre s'abaisse à 57.

« Nous pouvons donc légitimement conclure après l'examen de ces nouveaux documents officiels :

« 1° Nos prévisions sont exactes et ne seront pas dépassées. En effet, si le rapport ministériel donne le nombre total des secours alloués aux infirmes et aux incurables, il « est muet sur la durée de la maladie de chacun d'eux. N'est-il pas permis de croire « qu'un certain nombre d'entre eux sont décédés dans le courant de l'année, et cependant nous basons notre évaluation sur la présence de ces membres considérée comme « permanente. Malgré cette évaluation trop élevée, nous sommes au-dessous des « moyennes du rapport.

« 2° L'invariabilité des charges que nous pensons devoir nous incomber par suite des « maladies aiguës est nettement établie en même temps que leur exagération par suite « de nos prévisions.

« Sur une période de 14 années consécutives, cette moyenne atteint ou dépasse « à peine 5 journées par sociétaire. Or, il est juste de faire remarquer que la plupart « des Sociétés payent l'indemnité de maladie pendant une période qui varie entre 6 et

©BIU Santé

« 12 mois. Dans le calcul des probabilités, tous les chiffres du rapport sont considérés « par nous comme s'appliquant à des maladies aiguës. Nous pouvons, sans être taxé « d'optimisme, compter de ce chef sur une diminution considérable des dépenses pré- « vues, bonification qui compensera largement l'écart encore possible dans l'évaluation « du nombre des malades chroniques ou infirmes.

« 3° Nous pouvons, par conséquent, avoir l'espoir de constituer rapidement une « réserve suffisante pour assurer d'une façon définitive le paiement de l'indemnité dans « l'avenir et nous permettant encore de donner au décès de nos associés une indemnité « importante aux veuves ou aux orphelins. »

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler, à cette même place, les résultats auxquels cette Association peut prétendre. Les chiffres que publie M. Lagoguey ont donc une éloquence séduisante, et vraiment, à leur lecture, on éprouve en partie le généreux enthousiasme qui l'anime. En outre, ils permettent de mesurer la scrupuleuse exactitude des bases sur lesquelles notre confrère a établi ses calculs.

Rappelons que tout *docteur en médecine honorablement connu de ses confrères, dont l'âge n'excède pas 55 ans, peut être admis, et moyennant la cotisation mensuelle de 10 francs, à recevoir une indemnité quotidienne de 10 francs en cas de maladie entraînant une incapacité de travail dépassant huit jours.* C'est en octobre prochain que la Société commencera à fonctionner.

Remercions encore une fois les membres fondateurs de leurs efforts aussi heureux que désintéressés. Ils le méritent bien pour leur persévérance à organiser, à côté de l'Association générale, et non pas en rivalité avec elle, ce syndicat de la confraternité médicale. — Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Études cliniques et physiologiques sur la marche. *La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes* (avec 31 figures), par le docteur Gilles de la Tourette, ancien interne des hôpitaux, préparateur du cours de médecine légale, lauréat de l'Académie française. — Paris, Delahaye et Lecrosnier ; 1886.

Longtemps on s'est borné à décrire à l'aide de la simple observation oculaire les tremblements, les troubles de la marche et les autres désordres du mouvement qui caractérisent certaines maladies. Mais il arrive trop souvent que des observateurs également bien intentionnés *voient* différemment, influencés qu'ils sont surtout par les idées théoriques qui, dans une science en pleine évolution, sont quelquefois divergentes, Aussi, depuis que l'on dispose d'un matériel expérimental de plus en plus perfectionné, tend-on de plus en plus à enregistrer graphiquement les phénomènes de motilité, afin d'en noter les moindres nuances et de pouvoir comparer sans risque d'erreur les résultats obtenus par des observateurs différents.

M. Gilles de la Tourette, étant interne de M. Charcot à la Salpétrière, s'est attaché avec un soin tout particulier à étudier par la méthode des empreintes les modifications que certaines maladies du système nerveux font subir à la marche.

L'auteur devait naturellement commencer par faire porter son étude sur les caractères de la marche normale, qui fait l'objet de la première partie. Il discute le choix d'une méthode simple et applicable à la fois chez l'individu sain et chez le malade. Après avoir rappelé les tentatives faites par divers physiologiques depuis Gerdy (1829), les frères Weber (1836), Duchenne de Boulogne (1867), les travaux plus complets de Carlet (1872) et enfin de Vierordt (1881), M. Gilles de la Tourette s'arrête à la méthode des empreintes qui a été inaugurée par Pitha et Billroth, perfectionnée par Onimus et dont s'est servi aussi Rohmer.

Pitha et Billroth barbouillaient la plante du pied avec une couleur noire et faisaient poser les individus ainsi préparés sur une feuille de papier à filtre. Onimus se servait de l'empreinte laissée par la plante du pied sur un papier noirci avec du noir de fumée.

Gilles de la Tourette a employé la méthode que Neugebauer (de Vienne) avait appliquée à l'étude des bassins spondylolisthésiques.

Nous croyons utile de la reproduire ici pour en faciliter l'application aux personnes qui seraient désireuses de poursuivre pour leur propre compte de si intéressantes études. « Nous prenons un rouleau de papier à tenture ordinaire dont se servent les peintres en bâtiment, papier gris ou gris bleuâtre de bas prix, quoique d'assez bonne qualité. Chaque rouleau mesure à peu près 7 à 8 mètres de longueur et 0m,50 de largeur. Avant de tendre cette bande de papier à l'aide de quelques petits clous sur le sol uni d'une salle d'hôpital, par exemple, nous avons soin de la plier longitudinalement, comme on fait d'une feuille de papier pour y tracer une marge, avec cette différence toutefois que la marge devra ici diviser la feuille en deux parties égales. Lorsque le papier est tendu sur le plancher, cette ligne est rendue apparente, avant ou après l'expérience, par un trait au crayon ou au fusain. Le sujet d'expérience s'assied alors à l'une des extrémités du papier ; un aide lui frotte la plante des pieds et les orteils avec du *sesquioxyde de fer* (rouge anglais) rendu très pulvérulent. Cette substance, qui coûte fort peu et qui possède une très grande puissance de coloration, nous a paru supérieure au carmin en poudre employé par Neugebauer. Au départ, les deux pieds du sujet sont placés dans la situation qu'ils occupent pendant la station debout normale, la ligne d'axe passant entre les deux. L'individu marche alors droit devant lui comme à son habitude. Lorsqu'il est arrivé à l'autre extrémité, l'expérience est terminée ; la feuille recouverte des empreintes laissées par les pieds enduits de matière colorante est enlevée pour être photographiée et réduite suivant les besoins de la reproduction. En raison des difficultés photographiques inhérentes à la couleur employée, chaque empreinte, chaque traînée est exactement délimitée avant l'enlèvement de la feuille à l'aide d'un petit pinceau enduit d'encre de Chine liquide. »

L'application de ce procédé de recherches à l'étude physiologique a conduit l'auteur à conclure : 1° que la longueur moyenne du double pas est égale, chez l'homme adulte, à 0m,63; chez la femme, à 0m,50; — 2° que, dans les deux sexes (la jambe gauche étant à l'appui), le membre inférieur droit forme un pas plus long que le membre inférieur gauche (la jambe droite étant à l'appui); en un mot, que le pas droit est plus long que le pas gauche; — 3° que l'écartement total des pieds, ou base de sustentation, mesure en moyenne, chez l'homme en marche, 11 à 12 cent. avec prédominance de 1 cent. pour l'écartement latéral gauche; qu'il mesure en moyenne, chez la femme en marche, 12 à 13 cent. avec prédominance de 1 cent. pour l'écartement latéral gauche; — 4° que la somme des angles ouverts en avant et en haut formés par l'intersection de la ligne d'axe des pieds avec la directrice, chez l'homme en marche, égale en moyenne 31° à 32° avec prédominance d'ouverture de 1° pour le pied droit; que, chez la femme en marche, cette somme égale en moyenne 30° à 31° avec prédominance d'ouverture de 1° à 2° pour le pied droit.

La deuxième partie est consacrée à la MARCHE DANS LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. Dans la première section, intitulée : *De la marche rectiligne bilatérale*, nous trouvons un chapitre sur la *marche spasmodique*, un autre sur la *marche spasmodique combinée avec la marche titubante*, sur la marche *dans la paralysie agitante*, la marche dans l'*ataxie locomotrice*.

La marche de l'ataxique est caractérisée : 1° par un raccourcissement réel du pas coïncidant avec un allongement apparent; — 2° par l'augmentation considérable de l'écartement latéral pendant la marche, de même du reste que pendant la station debout; — 3° par les doubles empreintes caractéristiques de l'ovoïde postérieur coïncidant avec l'absence ou la diminution de l'empreinte des orteils; plus rarement par les doubles empreintes de l'ovoïde antérieur; — 4° en cas de pied tabétique, l'empreinte affecte une disposition toute spéciale et variable suivant les cas.

Le chapitre II traite de la *marche bilatérale titubante ou en zigzags*. La marche titubante que l'on observe assez fréquemment dans la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice avec vertiges; dans les hémorrhagies du cervelet, et enfin dans les lésions de l'appareil de l'audition ou du centre auditif, se caractérise : 1° par le passage alternatif ou simultané des deux pieds du même côté de la directrice et, à un degré moindre, par des

©BIU Santé

variations dans l'écartement latéral d'un même pied, plus considérables que les variations physiologiques; 2° par le raccourcissement du pas dans les poussées latérales et son allongement relatif dans la période prémonitoire de la chute en avant; 3° par la variabilité extrême de la situation de l'axe du pied par rapport à la directrice de la marche, quelle qu'elle soit; 4° par la variabilité des caractéristiques elles-mêmes de la marche titubante, chez un même sujet et dans une même marche.

La deuxième section intitulée : *De la marche unilatérale* nous initie aux caractères de la marche dans la première et la deuxième périodes de l'*hémiplégie flasque*, dans les trois périodes de l'*hémiplégie spasmodique* et aux modes anormaux de marche dans l'*hémiplégie ordinaire* ou *infantile*, compliquée ou non d'*hémichorée*.

L'intelligence du texte en ce sujet un peu aride est sigulièrement facilitée par la multiplicité des graphiques.

M. Gilles de la Tourette n'a donc rien négligé pour rendre son travail aussi complet que possible.

Cette nouvelle publication de notre collègue, qui s'est déjà signalé par des succès dans les genres les plus différents, contribuera sans doute à lui ouvrir les portes de la Société de biologie. Nous l'en félicitons cordialement. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

De quelques formes cliniques de l'asthme et leur nature. (Institut de clinique médicale de l'Université de Pise, dirigé par M. le professeur Fedele Fedeli). — Ce singulier Protée de la nosologie, l'asthme aux mille formes, a parcouru bien des étapes avant d'être connu exactement, si tant est qu'il le soit encore aujourd'hui; c'est dire combien l'histoire clinique de cette étrange maladie est difficile à faire et quelle mémoire il faut pour en rappeler seulement la chronologie. L'auteur, d'un coup d'œil rapide, nous fait revoir l'asthme nerveux, essentiel, symptomatique, diathésique, dyscrasique, cardio-vasculaire, respiratoire, direct, spécifique, splanchnique, etc., etc., etc. !! Trousseau, qui connaissait si bien toutes ces variétés, les qualifiait avec raison de fantaisies pathologiques. M. le professeur Fedeli discute, dans son mémoire, l'état scientifique actuel de l'asthme, présente les opinions qui ont cours maintenant et les discute une à une en réfutant les interprétations qui lui semblent erronées. L'observation lui a fourni trois types nouveaux d'asthme, l'un qu'il nomme hystéropathique, l'autre utéro-ovarique, enfin un troisième herpétique. Les malades sur lesquels la dyspnée offrait son type le plus tranché ont guéri de leurs étouffements en voyant disparaître la cause qui l'engendrait et que le maître pisan avait judicieusement pressentie.

Cette monographie se termine par des considérations cliniques sur la thérapeutique de l'asthme qui doit être instituée non d'après le symptôme exclusif de la suffocation, mais d'après la cause qui a pu l'engendrer, et qu'il faut rechercher avec le plus grand soin dans les différents systèmes de l'organisme. L'auteur s'élève aussi contre l'abus des remèdes empiriques donnés le plus souvent à tort et à travers, et voudrait que l'on restreignit à quelques remèdes sûrs tels que l'iodure de potassium, les injections de morphine, la pyridine, la daturine, la médication antiasthmatique, ces moyens suffisant à eux séuls à soulager et même à guérir assez souvent cette pénible affection. (*La medicina contemporanea*. Août, n° 7.)

Cure de la tuberculose par les inhalations de bacterium termo (hôpital civil de Fermo), par les docteurs Alberico Testi et Giovanni Marzi. — Plusieurs malades atteints de signes stéthoscopiques non douteux de tuberculose avancée, avec bacilles dans le sang et dans les crachats, ont dû aux inhalations du bactérium termo fréquemment répétées chaque jour une amélioration des plus appréciables de leur position. Le nombre des bacilles diminuait de plus en plus au fur et à mesure de la durée du trai-

©BIU Santé

tement, ce qui paraîtrait indiquer une action spéciale du bactérium termo sur la vitalité du bacille.

Tous ces malades ont présenté une amélioration dans la nutrition générale; tous ont eu aussi, en peu de jours, un chiffre moindre de micro-organismes; mais, à dire vrai, il nous semble, comme aux auteurs eux-mêmes, qu'il est encore un peu prématuré d'affirmer que le spécifique de la phthisie est enfin trouvé, ce qui arrivera quelque jour, nous l'espérons bien. (Nos 60 et 61, *Gazzetta degli ospitali.*)

Quelques recherches sur l'endothélium péritonéal (laboratoire de M. le professeur G. Tizzoni, de Bologne), par M. le docteur Giusseppina Cattani. — L'expérimentateur a recherché si, avec les moyens que la science offre maintenant, l'endothélium péritonéal pouvait répondre activement aux stimulus pathologiques :

1° Sous l'influence de l'irritation directe par des moyens mécaniques et chimiques, les cellules endothéliques du péritoine du lapin s'agrandissent, deviennent granuleuses et se multiplient activement.

2° La multiplication des cellules endothéliques du péritoine peut consister en une infiltration considérable de globules blancs entre et même dans lesdites cellules, présentant une altération spéciale qui a été très bien étudiée par Salvioli sous le nom de dégénérescence kystique des endoteli. (In *Gazzetta degli ospitali.* Août.)

Un cas rare de glandules mammaires succenturiées observé par M. le docteur Giuseppe Natalucci. — Une jeune femme de 24 ans, vue par le docteur Natalucci au sixième mois de sa grossesse, présentait au milieu des aisselles une tuméfaction grosse comme le fruit du sorbier, de consistance molle, indolente, et recouverte de peau pigmentée non adhérente avec la tumeur.

Deux jours après l'accouchement, qui se termina à terme par un enfant qui ne vécut que quelques heures, l'auteur, en comprimant ces tumeurs, fit sortir du lait abondamment par les orifices cutanés.

Deux mois après, les mamelles et les glandes succenturiées étaient taries et tout rentrait dans l'ordre normal. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 65.) — Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Faye transmet une note de M. Jean Luvini intitulée : *Expériences sur la conductibilité électrique des gaz et des vapeurs.*

« Il résulte des expériences de Becquerel, de Grove, de Gaugain, de Matteucci, des professeurs Marangoni et Agostini, et d'autres, que les gaz et les vapeurs sont très mauvais conducteurs de l'électricité. Grove a démontré cette proposition pour l'air aux températures très élevées, Becquerel et Matteucci pour des pressions très faibles (1 millim. et 3 millim.) MM. Mascart et Joubert placent l'air et les vapeurs, plus généralement tous les gaz, dans la classe des mauvais conducteurs, et sir W. Thomson affirme avoir constaté que la vapeur d'eau est un excellent isolant.

« Malgré cela, on lit encore dans tous les traités de physique et l'on répète dans les cours que l'air humide et les vapeurs conduisent l'électricité, et cette erreur très grave sert de base à plusieurs théories.

« J'ai fait sur cette question quelques séries d'expériences dont les résultats, combinés avec ceux d'autres expérimentateurs, m'ont conduit à conclure que *les gaz et les vapeurs, sous quelque pression que ce soit et à toutes les températures, sont des isolants parfaits et qu'ils ne peuvent pas s'électriser par frottement, soit entre eux, soit avec les corps solides ou les liquides.*

« Je dispose l'expérience de manière que les fluides dans lesquels on introduit les corps électrisés ne puissent se déposer, sous forme liquide, sur toute la longueur des supports isolants. Je tends horizontalement, dans une vaste chambre, un long fil com-

©BIU Santé

posé de sept fils simples de cocon, sans torsion et sans joints. En son milieu, pend une sphère creuse de laiton, de 0 m. 03 de diamètre. Un second fil, semblable et parallèle au premier, porte un pendule terminé par une boule de moelle de sureau, laquelle, lorsqu'elle n'est pas électrisée, demeure en contact avec la sphère de laiton.

« J'électrisais ordinairement la sphère avec le disque conducteur d'un électrophore. L'étendue de la chambre et la pureté de l'air pendant les expériences me permettaient de remplir l'espace, autour des corps électrisés, d'une quantité considérable du gaz ou de la vapeur que j'étudiais, sans que ces fluides pussent se déposer, pendant longtemps, sur toute la longueur des fils de suspension. De cette manière, si l'on fait abstraction de la faible conductibilité des fils employés et des pertes dues aux poussières atmosphériques, on pouvait attribuer toute diminution observée de tension électrique à la conductibilité des fluides essayés.

« J'électrisais toujours la sphère avec la même tension à peu près; puis j'observais le temps qu'il fallait pour que la divergence du pendule diminuât d'un nombre déterminé de degrés, d'abord dans l'air, et ensuite en entourant la sphère et le pendule d'une atmosphère dense du fluide à étudier.

« J'ai soumis ainsi à l'expérience l'air saturé de vapeur d'eau à différentes températures, de 16° à 100°; l'hydrogène et l'acide carbonique non desséchés, mais tels qu'ils sortent du bain qui les produit; la vapeur de mercure à 100°; les vapeurs de sel ammoniac; l'air échauffé par de la braise ou par la flamme d'une bougie, la fumée d'une bougie éteinte, les fumées de sucre, de camomille, d'encens, eté. Aucun de ces fluides n'a donné le moindre indice de conductibilité.

« Dans une série d'expériences, j'ai substitué aux fils de cocon un long fil ordinaire de soie à coudre, tendu horizontalement et portant en son milieu un double pendule terminé par des boules de moelle de sureau. Les résultats n'ont pas changé; mais, lorsque je soumettais à l'expérience la vapeur d'eau aux températures élevées, la divergence des boules diminuait, d'abord très rapidement, d'une certaine quantité; puis elle demeurait de nouveau presque constante. Cet effet est dû à la vapeur qui se déposait en plus grande quantité sur un fil plus gros et moins isolant, et à ce que la petite quantité d'électricité des boules se partageait entre le fil et les boules elles-mêmes. La bonté des fils de cocon et la grandeur de la sphère de laiton rendent ce phénomène insensible dans les expériences qui précèdent.

« On croit généralement que les gaz très raréfiés, ou à des températures très élevées, sont conducteurs. C'est une erreur qui doit son origine à ce que l'on a confondu la *résistance à la décharge disruptive* avec la *résistance à la décharge conductrice*. Masson, par exemple, a trouvé que, à parité de potentiel, la distance de la décharge disruptive dans l'air est de douze à treize fois plus grande que celle qu'on observe dans l'eau. Cela signifie que la *résistanee à la décharge disruptive* de l'eau est plus grande que celle de l'air; mais qui oserait en conclure que l'air est plus conducteur que l'eau?

« En terminant, je ferai remarquer que l'on devra dorénavant rejeter comme erronées toutes les théories relatives à l'électricité des machines, de l'air ou des nuages, dans lesquelles on devrait admettre que l'air humide est conducteur, ou que les gaz et les vapeurs peuvent s'électriser par frottement.

M. A. Giard adresse une note sur un *Rhabdocœle nouveau, parasite et nidulant* (Fecampia erythrocephala).

« Le curieux Turbellarié qui fait l'objet de cette note est très commun sur les plages de Fécamp et d'Yport. Il vit en parasite pendant une partie de son existence dans des Crustacés décapodes d'espèces diverses: *Carcinus Mœnas*, *Platycarcinus pagurus* et *Pagurus Bernhardus*. Le *Carcinus Mœnas* est le plus ordinairement infesté, mais uniquement dans le jeune âge; il faut, pour trouver le parasite, ouvrir des crabes larges de 5 millim. à à 2 centim. La teinte grise ou noirâtre de la carapace décèle presque à coup sûr la présence du *Fecampia*. Le parasite est logé dans la cavité générale sous le tube digestif et en partie caché par le foie : il est souvent replié sur lui-même en forme d'U, la convexité tournée vers le bord postérieur de la carapace. On trouve parfois deux ou trois parasites dans un même *Mœnas*. Dans un tourteau, large de 2 centim. 5, j'ai rencontré

huit *Fecampia:* plusieurs étaient cachés dans le foie, d'autres avaient pénétré jusque dans les muscles des pattes. Chez le pagure, le parasite se loge dans l'abdomen au milieu du foie, et il est parfois visible à l'extérieur par transparence.

« Extrait de son hôte et à l'état d'extension, le *Fecampia* peut atteindre 1 centim. 5 à 1 centim. 8 de longueur. C'est un ver au corps cylindrique, atténué vers l'extrémité antérieure. Celle-ci est d'un beau rouge cramoisi qui tranche vivement sur la couleur générale du corps, d'un blanc neigeux légèrement teinté de rose. Deux lignes étroites latérales, transparentes, partent de l'extrémité postérieure et remontent jusque vers le tiers de la longueur du corps. Ces lignes correspondent aux glandes ovariennes.

« Le tégument est formé d'un exoderme de cellules plates, polygonales, vibratiles, sans bâtonnets, au milieu desquelles débouchent de nombreuses glandes cutanées très volumineuses dont nous dirons le rôle dans un instant. La musculature est constituée par des fibres annulaires et des fibres longitudinales. Ces muscles donnent au corps des mouvements péristaltiques comparables à ceux des Némertiens; toutefois, la couche musculaire est très faible, et, à la moindre pression, le contenu de l'animal se met à diffluer avec la plus grande facilité.

« L'ouverture buccale est antérieure, elle conduit dans un pharynx peu distinct et auquel fait suite un tube digestif rudimentaire.

« Le système nerveux se compose de deux ganglions sus-œsophagiens réunis par une commissure et donnant naissance de chaque côté à deux nerfs latéraux assez volumineux.

« Toute la masse du corps est constituée par les organes génitaux : la moindre déchirure du tégument laisse échapper de grosses cellules cylindriques ou irrégulièrement ovoïdes, remplies de vésicules claires et de corpuscules agiles, que je considère comme faisant partie du testicule. C'est à ces éléments qu'est dû l'aspect neigeux du parasite. L'ovaire est formé par des éléments cellulaires bien nets et est accompagné d'un deutoplasmigène volumineux, dont les cellules sont colorées en rose par des granulations très régulières; l'ouverture génitale est située à l'extrémité postérieure du corps.

« Arrivé à maturité sexuelle, le *Fecampia* quitte son hôte et se met à ramper librement sur les pierres, dans les petites flaques que la mer laisse pleines d'eau en se retirant et où croissent en abondance les corallines et les *Chaetomorpha aerea*. Le *Fecampia* ne se tient pas le dos en haut; il rampe d'ordinaire sur le côté, la tête légèrement relevée, et décrit des spirales comme une chenille qui file son cocon. Bientôt, en effet, notre parasite s'entoure d'un épais revêtement de fils sécrétés par les glandes cutanées et produisant une véritable coque dont la forme rappelle celle d'une larme batavique. Ce cocon est blanc, formé par un lacis assez lâche à l'extérieur, plus dense contre le corps de l'animal; sa substance devient cassante en se coagulant dans l'eau de mer. Il communique par un étroit goulot avec le milieu ambiant. »

Canule porte-remèdes.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Dujardin-Beaumetz a présenté, au nom du docteur G. Gautier, une canule que ce dernier a fait construire par M. Charles Dubois, dans le but de faire des lavages, simples ou médicamenteux du vagin.

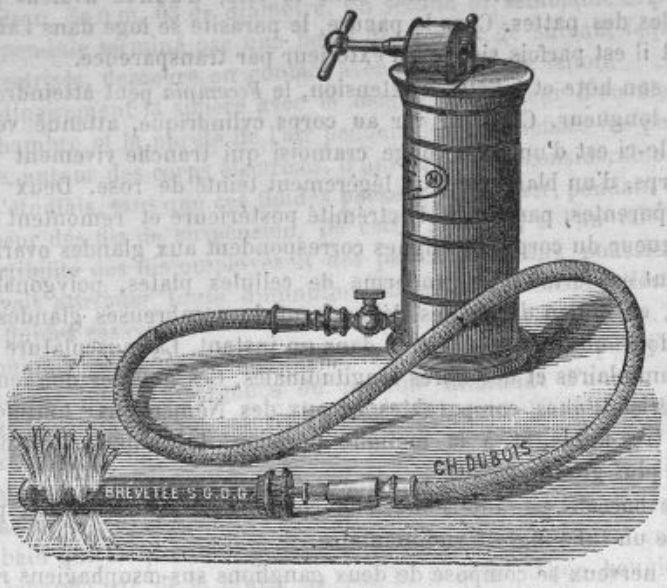
Le principe de l'instrument repose sur son mode de bouchage.

Le bouchon présente une ouverture, dans laquelle on peut introduire l'embout d'un récipient quelconque.

Sous la plus faible pression, le liquide du récipient passe dans la canule, sort par les orifices ménagés à l'extrémité vaginale de sa partie cylindrique, les culs-de-sac du vagin qu'il baigne, ainsi que le col de l'utérus, et vient sortir par la vulve, après avoir irrigué les parois vaginales.

En variant les solutions médicamenteuses, on peut donc utiliser cette nouvelle canule dans les affections des organes que nous venons d'énumérer et après l'accouchement.

©BIU Santé



La construction de la canule permet de déposer dans l'intérieur des poudres ou autres substances actives qui, dissoutes et entraînées par le liquide du bain ou du récipient, constituent une médication locale et efficace.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECTHYMA PARASITAIRE. — E. Besnier.

Acide phénique		2 grammes.
Vaseline	âà	100 —
Amidon		

F. s. a. une pommade avec laquelle on pratique des onctions sur tout le corps, pour combattre l'ecthyma occasionné par la présence de parasites. Après ces onctions, un bain savonneux. On passe les vêtements au four, pour détruire les parasites.

N. G.

Bulletin bibliographique.

Manuel pratique de bactériologie (basée sur les méthodes de Koch), par Edgar M. CROOKSHANK, Member of the Royal Collège of Surgeons of England, Demonstrator of Physiology, King's College, etc., etc. Traduit de l'anglais par M. BERGEAUD, médecin-vétérinaire, inspecteur de la boucherie de Paris. Un beau volume in-8° de 300 pages, orné de 32 magnifiques planches en chromolithographie et de 44 gravures sur bois. — Prix : broché, 24 francs. — Cartonné à l'anglaise, 26 fr. 50.

Les sciences et les champs, par C. R. DU VAL DE BEAULIEU, élève de l'Institut agronomique de Louvain. 1 vol. in-8° de 170 pages. — Prix : 2 fr.

Étude sur l'actinomycose de l'homme et des animaux, par le docteur Joseph JEANDIN. 1 vol. in-8° de 160 pages. — Prix : 3 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à Paris, chez Georges Carré, éditeur, 112, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : Les paralysies toxiques. Leur diagnostic comparatif et leur traitement. — II. A. Pitres et de Fleury : Note sur les caractères graphiques de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule. — III. Bibliothèque : Notes chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider à la statistique. — IV. Revue des Journaux : Sur un cas d'atrophie de l'estomac s'accompagnant du tableau clinique de l'anémie pernicieuse. — De l'étiologie parasitaire de la cystite puerpérale. — Du traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. — De la dilatation temporaire du cœur pendant les maladies aiguës. — Le zona ophthalmique et son traitement. — V. Variétés : Un centre de calorification. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique.

Les paralysies toxiques. Leur diagnostic comparatif et leur traitement.

Un mot d'histoire contemporaine. — M. Lancereaux et les paralysies alcooliques : 1867-1881. — Unité anatomique des paralysies par névrite toxique.

Leur diagnostic comparatif : paralysies alcooliques, arsenicales, saturnines, oxycarboniques, hydro-sulfuriques, térébenthinées, narcotiques et copahiques.

La thérapeutique générale des paralysies toxiques.

« Les paralysies toxiques forment un groupe clinique naturel et méritent une description à part. » Ainsi s'exprimait M. Lancereaux dans une leçon où, en 1881, il étudiait comparativement les paralysies causées par l'alcool et l'arsenic.

Ce n'était pas là une simple vue de l'esprit : c'était plutôt le développement d'une idée dont on trouve aisément la trace dans ses travaux antérieurs (1) et l'affirmation catégorique d'une vérité légitimée doublement, par l'observation clinique et par l'anatomie pathologique. C'était en outre appuyer sur de nouvelles bases le diagnostic général des paralysies, puisque, en dehors des paralysies organiques et des paralysies fonctionnelles par lésion ou par modification des centres ou des conducteurs nerveux, on devait désormais tenir compte des paralysies par altérations des éléments nerveux terminaux, et parmi elles, des paralysies toxiques, ou, pour parler net, des paralysies par névrites toxiques.

I

La description des troubles de la motilité dans la dipsomanie ne constitue pas une découverte contemporaine. Et ce n'est vraiment pas un grand effort d'érudition de rappeler le nom de Magnus Huss, son mémoire *Ueber Alcoolismus chronicus* et son asthénie musculaire des grands buveurs. Il ne faut pas non plus s'enfoncer bien avant dans le passé, sur le témoignage de l'Anglais Dreschfeld, pour explorer le travail de l'Américain James Jakson et y trouver ce passage où il est écrit que « les mains et les pieds des alcooliques perdent leur usage » et que « leurs muscles fléchisseurs manifestent, comme dans d'autres maladies, un plus grand pouvoir que les extenseurs. »

Mais la distance est grande entre l'indécision de ce tableau clinique et une détermination exacte des lésions périphériques des paralysies alcooliques. Ici, une vague ébauche et un témoignage sans précision, là, dans le mémoire de M. Lancereaux, la fidélité d'une scrupuleuse description anatomique. « Effectivement, écrit-il, dans les cas suivis de mort, la moelle « était intacte à l'œil nu, et l'examen des coupes microscopiques n'offrait

(1) Lancereaux : art. : Alcoolisme. (*Dict. encyclopédique*, 1868.)

©BIU Santé

« pas d'altération appréciable. Les racines spinales étaient saines. *Les « nerfs des membres paralysés présentaient au contraire des altérations « évidentes, semblables à celles que l'on observe après des sections ner- « veuses, mais ne portant que sur une partie des fibres du nerf.* »

Et puis, les conclusions étaient formelles. On devait bon gré malgré « considérer la paralysie alcoolique comme ayant une origine périphérique, « une symptomatologie et une marche distincte et même des caractères « anatomiques spéciaux. »

Nonobstant les recherches de Hunter, Wilks, Lockardt Clarke, Thompson, Strümpell, Dreschfeld et autres, d'Allemagne ou d'Angleterre, c'est M. Lancereaux, en 1865, M. Leudet en 1867, M. Charcot en 1884 et leurs studieux élèves qui ont éclairé par leurs travaux et leur enseignement ce coin fort obscur de la pathologie nerveuse. N'est-il pas toujours opportun de revendiquer ce patrimoine de la science nationale ? Cela en vaut la peine, car le rapprochement des paralysies arsenicales, plombiques, opiacées, sulfocarboniques et oxycarboniques à côté des paralysies alcooliques, permet de synthétiser leurs caractères communs.

Voyons donc quels sont ces caractères :

Traitée dans la thèse de M. Brissaud pendant le dernier concours d'agrégation, cette question n'est pas épuisée. Jusqu'ici les paralysies alcooliques, arsenicales, plombiques, oxy et sulfo-carboniques ont été seules à prendre rang parmi les paralysies toxiques. D'autres viendront qui un jour complèteront ce groupe : telles les paralysies toxiques par les ptomaïnes, le phénol, la benzine ou leurs dérivés ; telles les paralysies du lathyrisme, et celles, plus exceptionnelles, de l'essence de térébentine ou du baume de copahu. Le champ est vaste et l'énumération très incomplète.

Quelle est la signification du mot paralysie toxique? En lui-même, il pourrait s'appliquer à toute résolution musculaire provoquée par l'introduction d'un poison soluble dans l'organisme. Définition fort compréhensive, elle serait aussi trop générale, la résolution musculaire de cause toxique s'observant soit comme élément banal des myélopathies et des encéphalopathies toxiques, soit comme phénomène essentiel de l'action exercée par le poison sur le tissu nerveux et ses organes fondamentaux.

Je m'explique; dans les myélopathies et les encéphalopathies toxiques, l'autopsie fait constater de grosses lésions organiques, des congestions, des hémorrhagies, des œdèmes, du ramollissement qui ont leur raison d'être dans les altérations des éléments anatomiques vulgaires : les vaisseaux ou le tissu conjonctif. L'athérome est survenu avec son cortège habituel : la thrombose et la sclérose, de sorte que la paralysie est alors un événement tout épisodique dans l'ensemble des symptômes.

Tout autres sont les paralysies toxiques vraies. Elles ont leur origine dans l'action du poison sur les éléments nobles du système nerveux : ses cellules, ses tubes ou ses terminaisons. La gangue conjonctive de ces éléments et leur système vasculaire conservent leur intégrité, ou tout au plus la perdent secondairement.

Sont-elles d'ordre purement fonctionnel? Les éléments nobles subissent des modifications dynamiques, c'est-à-dire échappant à l'insuffisance actuelle de nos moyens d'investigation, et temporaires, car leur durée n'excède pas le temps nécessaire à l'élimination du poison. Enfin, quand cette élimination est suffisamment rapide et les doses relativement modérées,

les éléments nobles ne succombent pas et retrouvent bientôt leurs propriétés.

Sont-elles organiques? Elles traduisent les altérations de ces mêmes éléments et, en particulier, des terminaisons des cordons nerveux. Leurs lésions sont celles de la névrite périphérique; de sorte que, sur le terrain de l'anatomie pathologique, on les désigne à bon droit sous le nom de paralysies par névrite toxique.

Découvert par M. Lancereaux (1), et reconnu après lui par M. Leudet, ce signalement anatomo-pathologique a été confirmé par de savantes recherches et de nombreux observateurs. MM. Charcot, Gombaut, Œttinger, Déjérine, Westphall, Eisenlohr, Moritz, Von Monakow, Gaucher, etc. Segmentaires ou granuleuses, ces névrites sont périphériques, symétriques, ascendantes et périaxiles. Dans le même cordon nerveux, il y a des tubes altérés et d'autres indemnes. Le cylindre-axe n'est pas interrompu, et la gaine de myéline a seule subi des modifications dans un ou plusieurs de ses segments. Sur ce point, les examens histologiques s'accordent avec les résultats des tentatives de saturnisme expérimental de M. Gombaut sur les cobayes (2).

Plus tard, par l'évolution du processus névritique, le cylindre-axe peut se rompre; les altérations ressemblent aux lésions des sections nerveuses, et prennent tardivement les caractères de la dégénérescence wallérienne. Ainsi l'admettent MM. Lancereaux, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, Duplaix, Lejard (3) et Gombaut, dans leurs mémoires; M. Brissaud, dans sa thèse d'agrégation.

Sur ces bases anatomiques, on a édifié la pathogénie des paralysies toxiques : édifice incomplet d'ailleurs; car, en dehors de la *théorie de la névrite toxique*, il ne possède pas d'autre point d'appui. La *théorie spinale* était plus précaire encore; de sorte qu'après l'avoir émise tout d'abord à propos de la névrite saturnine, M. Lancereaux a loyalement reconnu qu'elle ne se confirme pas, en l'absence de toute altération médullaire.

Cependant, cette théorie possède encore des partisans qui s'en inspirent dans leur intervention électrothérapeutique. Les uns, avec Erb, placent la névrite périphérique sous la dépendance directe de troubles des centres trophiques; les autres, comme M. Hun (4), sous celle d'une dégénérescence des cellules nerveuses corticales, ou comme M. Watteville, dans une altération moléculaire transitoire des grosses cellules des cornes antérieures.

L'absence dûment constatée de lésions encéphaliques ou médullaires dément brutalement ces hypothèses.

Il est plus modeste d'avouer notre ignorance et de reconnaître qu'en dehors des névrites parenchymateuses toxiques, lésions capitales et précoces, et des amyotrophies toxiques, lésions secondaires, en général plus tardives, nous ne savons rien encore du mécanisme de ces paralysies. Par contre, notre indigence est moindre sur le terrain clinique.

(1) Lancereaux : Etude sur les altérations produites par l'abus des boissons alcooliques. (*Gaz. hebd.*, 1865, p. 438.) — Paralysies toxiques et syphilis cérébrale (*Eod. loco*), 1881. — Paralysies toxiques et paralysies alcooliques. (*Union méd.*, 1885, p. 73. — *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 355.)

(2) Gombaut : *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, fév. 1881.

(3) Duplaix et Lejard : *Archiv. gén. de méd.*, 1883, 2e vol., p. 587.

(4) Hun : *American Journal of Med. Sciences*, avril 1885.

©BIU Santé

II

Les symptômes de ces paralysies sont en relation topographique directe avec le siège de la névrite. Qu'elles soient d'origine végétale ou minérale, elles possèdent une saisissante analogie par leur symétrie, leur marche ascendante et le caractère de leurs troubles neuro-musculaires, sensitifs et trophiques. Frappés de ces ressemblances, les premiers observateurs n'hésitèrent pas à les réunir dans une même famille.

Etles ont pour commun caractère leur symétrie, leur flaccidité, leur localisation sur des groupes musculaires homologues, l'abolition des réflexes et une amyotrophie secondaire.

Dans la *forme localisée*, la plus vulgaire et la plus classique, elles affectent par prédilection les extrémités des membres. Dans la *forme généralisée*, forme d'exception où elles envahissent les muscles des quatre membres, parfois de l'abdomen, du tronc, du cou et plus rarement du visage, ces paralysies affectent encore avec une intensité plus grande les muscles symétriques des extrémités, et en respectent d'autres : le diaphragme, le long supinateur et les oculo-moteurs.

Au début de la *paralysie alcoolique*, le malade marche mal, éprouve de la faiblesse dans les deux jambes; puis l'engourdissement et l'impotence musculaire s'affirment dans les membres inférieurs; enfin la résolution se localise au triceps crural, aux extenseurs commun et propre des orteils, à l'extenseur du gros orteil, des péroniers, et, à un degré plus avancé, aux abducteurs et aux adducteur cruraux.

L'antagonisme des muscles sains et des muscles malades est rompu; et cette rupture a pour conséquence le *steppage* de l'alcoolique. Debout, il prend l'extrémité antérieure des orteils recourbés pour base de sustentation; assis, il a les jambes pendantes dans l'attitude du pied équin; couché, il les soulève péniblement ou même ne peut les soulever au-dessus du plan du lit, et parfois, dans les cas aigus observés par MM. Lancereaux et Glynn, les ramène en flexion sous la cuisse. Telle est, en abrégé, la *paraplégie alcoolique.*

Aux membres supérieurs, — cette localisation est exceptionnelle, — la résolution affecte de préférence les extenseurs, les fléchisseurs et le triceps, plus rarement les muscles de l'épaule. Le malade a la main tombante ou ses mouvements de prehension manquent tout au moins de précision.

M. Leudet a encore signalé une paralysie alcoolique cubitale, Lilienfeld une paralysie des extenseurs palmaires, et, comme rareté, on a mentionné des paralysies oculaires, faciales et cervico-dorsales. L'ensemble plus ou moins complet de ces résolutions musculaires constitue la paralysie alcoolique généralisée.

Cette généralisation s'observe plus souvent dans les *paralysies de l'empoisonnement arsénical.*

Ces dernières, quand elles sont localisées, affectent de préférence les muscles extenseurs des membres : ceux des membres supérieurs, d'après Seeligmuller, — les doigts étant dans la flexion; — ceux des membres postérieurs, d'après Scolozouboff, — le pied prenant l'attitude du pied bot équin, — et le malade progressant en prenant l'extrémité des orteils pour appui.

Les paralysies arsenicales généralisées sont celles de l'arsenicisme lent

et professionnel; témoin ces malades de Kirchgasser (de Cologne) qui avaient perdu l'usage des quatre membres. Incapable de tout mouvement de marche ou de préhension, l'arsenisé demeure alors dans le décubitus dorsal, et ne peut plus exécuter d'autres mouvements que ceux des articulations de la hanche et de l'épaule, c'est-à-dire des jointures de la racine des membres.

Malgré cette généralisation, la résolution des groupes musculaires des extrémités l'emporte encore sur celle des autres muscles. M. Gautier a provoqué les mêmes phénomènes par l'arsenicisme expérimental des animaux de sorte que les recherches de laboratoire s'accordent avec l'observation clinique pour établir l'analogie de ces localisations avec celles de la paralysie alcoolique.

Les *paralysies de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone* affectent les mêmes muscles. Ont-elles la forme localisée? Elles atteignent de préférence les extenseurs des orteils et les fléchisseurs des membres inférieurs. S'étendent-elles plus loin? Elles envahissent les antibrachiaux et les interosseux palmaires. La main prend l'attitude de la flexion, et le malade ne peut ni relever le carpe, ni étendre les doigts, ni écarter, ni rapprocher les phalanges.

Avec cette paralysie oxycarbonique généralisée aux quatre membres, on a noté encore des paralysies faciale, cervicale ou oculaire. Ce sont là des localisations exceptionnelles. En est-il de même de la *forme hémiplégique?* Laroche l'a dite fréquente; M. Rendu l'a notée primitivement; M. Comby secondairement; sa pathogénie n'est donc pas encore bien déterminée.

Ici se place la *paralysie de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré* et la *paralysie professionnelle par le sulfure de carbone*, caractérisées d'abord par la faiblesse musculaire, plus tard par la résolution des extenseurs des doigts, d'après Delpech, ou bien même par celle des extrémités inférieures. Dans ce cas, elle prend la *forme paraplégique*, forme assez vulgire d'ailleurs, si l'on s'en rapporte aux expériences physiologiques. De là, cette *démarche ébrieuse*, traînante, trébuchante et incertaine d'un malade dont M. Berbès lisait naguère l'observation à la Société clinique (1). De là, ces troubles de coordination, attribués au sulfure de carbone par M. Jaccoud (2), et notés autrefois par Delpech et par M. Poincaré dans leurs recherches sur la puissance toxique de ce liquide et la nécessité d'assurer la marche en s'appuyant sur un bâton. Depuis cette époque, les savants travaux de MM. Dujardin-Beaumetz et Sapelier (3) ont démontré la nécessité de réunir désormais, dans le groupe des *paralysies sulfhydriques*, les résolutions musculaires décrites sous le nom de *paralysies sulfo-carbonées*, et d'attribuer à l'hydrogène sulfuré tous les méfaits dont le sulfure de carbone pur est innocent.

La *paralysie saturnine* localisée est classiquement connue dans sa *variété palmaire* avec résolution des extenseurs, dans sa *variété brachiale* ou *supérieure* de Remak, où la paralysie des extenseurs se combine avec celle du deltoïde, du triceps, du biceps et du brachial antérieur; enfin, dans sa *variété plantaire*, où les péroniers latéraux et les extenseurs des orteils

(1) Berbès : Société clinique, 1884.

(2) Traité de pathologie, 1877, p. 1014.

(3) Sapelier : *Etude sur le sulfure de carbone*. Thèse de Paris, 1886, p. 94 et 104. — Poincaré : *Arch. de physiologie*, 1879.

©BIU Santé

perdent leurs fonctions, et où le tarse prend l'attitude du pied-bot paralytique.

Le saturnisme neuro-musculaire possède, lui aussi, ses localisations anormales : paralysie du long supinateur, type hémiplégique avec ou sans symptômes accessoires; paralysie des muscles du larynx et aphonie plombique; paralysie sacro-lombaire, ou bien paralysie cervicale. Lui aussi, il envahit les muscles des quatre membres, plus rarement ceux du tronc, voire même le diaphragme; mais, tout en revêtant la forme de *paralysie saturnine généralisée*, il ne s'en caractérise pas moins par la prédominance de la paralysie des extenseurs et, en particulier, des extenseurs antibrachiaux.

L'alcool, l'arsenic, l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré et le plomb localisent donc volontiers leur action sur les extrémités : extenseurs de la jambe et du pied, ou extenseurs antibrachiaux, peu importe; les muscles paralysés sont homologues; les paralysies, bilatérales et ascendantes. Cette communauté de caractères suffirait, à défaut des preuves anatomiques, pour faire soupçonner leur unité pathogénique.

N'existe-t-il pas d'autres substances toxiques douées des mêmes propriétés? Voici les *paralysies narcotiques* des *morphiniques*, des *fumeurs* et des *mangeurs d'opium*. Elles consistent dans l'engourdissement des extrémités, le chancellement de la marche, et, à un degré plus avancé, dans la résolution musculaire absolue.

En 1862, M. Liberman signalait ces phénomènes; en 1881, M. Lancereaux les comparaît aux autres paralysies toxiques, et, depuis, on en trouve aisément des exemples dans les cas d'*opium habits* publiés par les médecins anglo-américains. Pourquoi ne pas les comparer aux autres paralysies toxiques? Elles en ont bien les allures.

Depuis longtemps, on a noté les troubles de motilité des ouvriers exposés aux vapeurs d'essence de térébenthine. Les expériences de Liersch, en 1882, ont démontré que, chez les animaux comme chez l'homme, elles provoquent la titubation et la résolution des extrémités. Il existe donc une *paralysie térébenthinée*.

A côté d'elles, voici encore d'autres paralysies analogues : les paralysies toxiques par les *essences aromatiques d'aspic*, de *romarin*, de *lavande* et de *marjolaine*. Ces substances sont toxiques pour les animaux qui inhalent leur vapeur en quantité suffisante. Après une période d'excitation, les grenouilles perdent l'usage de leurs membres, les cobayes et les lapins deviennent paraplégiques, et, phénomène justificateur des conclusions précédentes, l'action paralysante de ces essences, d'après MM. Bruylands et Masoni (1), serait proportionnelle à leur richesse en terpine.

Enfin, on ne saurait distraire du même groupe la *paralysie copahique*. L'observation d'empoisonnement par le copahu, publiée par M. Mœstre (2), est classique. Chez ce malade, les deux membres supérieurs étaient en résolution et les deux membres inférieurs en parésie. Ici encore, les troubles de motilité siégeaient sur les extrémités bilatéralement et symétriquement. En l'absence d'autopsie, est-il téméraire de les considérer comme relevant de la névrite toxique?

Après un ou deux septénaires dans la paralysie plombique, après deux

(1) *Académie de méd. de Belgique*, t. VIII, p. 547; 1886.
(2) Mœstre : *Gazet .med. ital.-lombard*; 1857.

ou trois dans la paralysie alcoolique, l'*amyotrophie* devient apparente. Fréquente dans la première, relativement rare dans la seconde, cette atrophie est tardive dans l'arsenicisme vulgaire et très exceptionnelle dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ou l'hydrogène sulfuré. On sait encore que l'amyotrophie saturnine survient sans altérations fibrillaires, et que l'amyotrophie alcoolique n'aboutit guère à la dégénérescence graisseuse. Enfin, caractère commun des amyotrophies toxiques, elles se cantonnent sur les groupes musculaires atteints de résolution, et respectent dans leur masse les faisceaux encore doués de motilité.

A un point de vue général, et en raison de leurs localisations préférées, on voit qu'il n'est pas illégitime de catégoriser les paralysies toxiques d'après leur siège. Ici, celles qui adoptent plus volontiers les extrémités du membre supérieur, c'est-à-dire la paralysie du saturnisme; là, celles qui débutent habituellement par les extenseurs des membres inférieurs, les résolutions musculaires produites par l'alcool, l'arsenic, l'hydrogène sulfuré, l'oxyde de carbone, et vraisemblablement les essences végétales riches en terpine.

(*A suivre.*) CH. ELOY.

Note sur les caractères graphiques de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule

Par A. PITRES et DE FLEURY.

L'idée d'enregistrer les phénomènes de trépidation épileptoïde n'est pas nouvelle, et elle a déjà été appliquée par Gowers, Debove et Boudet (de Paris), Ballet. Dans les recherches, qu'ils viennent d'entreprendre à ce sujet, MM. Pitres et de Fleury ont opéré de la façon suivante : « Le malade étant couché horizontalement sur son lit, nous enveloppons, disent-ils, la région métatarsienne de son pied dans un étrier formé par une bande de diachylon. A cet étrier est fixée une corde qui se dirige vers la tête du lit, où elle se réfléchit sur une poulie pour descendre ensuite verticalement sur le sol. A l'extrémité de la corde se trouve un plateau dans lequel il suffit de laisser tomber un poids pour que la trépidation se produise (2 à 4 kilogrammes). Lorsque les choses sont ainsi disposées, l'enregistrement des oscillations rythmiques du pied ne présente aucune difficulté. Il se fait à l'aide d'une boule élastique communiquant par un tube de caoutchouc avec un tambour-inscripteur de M. Marey. La boule exploratrice, appliquée sur une planche rigide, est rapprochée du pied jusqu'à ce que celui-ci soit en contact avec la boule pendant toute la durée de ses oscillations. La plume du tambour-inscripteur subit alors toutes les variations de pression supportée par la boule, et il suffit d'enregistrer ses oscillations sur le cylindre tournant, d'après les procédés vulgaires de la méthode graphique, pour avoir la représentation des mouvements du pied. »

Le tracé que l'on obtient par ce procédé est une ligne brisée, formée de parties alternativement ascendantes et descendantes, chaque partie ascendante correspondant à un mouvement d'extension du pied (secousse musculaire active), chaque ligne descendante à un mouvement de flexion dorsale du pied (relâchement des muscles et relâchement artificiel du pied). Quand la trépidation est entretenue par un poids invariable, les secousses se succèdent régulièrement ; elles ont toutes sensiblement la même forme, la même amplitude, la même durée.

Dans certains cas il existe une sorte de dicrotisme, et on observe un crochet placé soit vers le milieu de la ligne ascendante, soit à son extrémité inférieure ; dans ce dernier cas, le tracé semble formé par la succession de secousses alternativement fortes et faibles. Contrairement à MM. Debove et Boudet, qui attribuent ce dicrotisme à des contractions réflexes provoquées dans les muscles antérieurs de la jambe par la tension brusque à laquelle sont soumis ces muscles chaque fois que leurs antagonistes se con-

©BIU Santé

tractent, MM. Pitres et de Fleury pensent que les muscles de la région postérieure de la jambe sont les seuls agents actifs de la trépidation provoquée du pied ; pour eux, le triceps sural donne par sa contraction la secousse principale, tandis que la secousse accessoire qui se traduit par le crochet est produite par la contraction des muscles profonds et en particulier du jambier postérieur.

Quoi qu'il en soit, la trépidation épileptoïde se produit avec une très grande régularité, le rythme ne varie que très peu, il y a en moyenne six à sept oscillations par seconde ; quand la trépidation est bilatérale, les oscillations peuvent être un peu plus nombreuses d'un côté que de l'autre. Elle ne semble pas d'ailleurs susceptible de s'épuiser par la fatigue, et si elle est entretenue par un poids uniforme, elle peut persister fort longtemps avec les mêmes caractères.

Coïncidant le plus souvent avec des lésions organiques des centres nerveux, mais pouvant aussi se rencontrer dans d'autres circonstances (contractures hystériques, fièvre typhoïde, intoxication alcoolique aiguë, lésions traumatiques des membres, etc.), la trépidation ne survient pas spontanément. Il faut la provoquer et pour cela il suffit habituellement de relever brusquement la pointe du pied et de la maintenir relevée en flexion dorsale ; la secousse brusque est d'ailleurs absolument nécessaire, car par une pression douce et graduelle on peut mettre le pied dans la flexion dorsale forcée sans provoquer de trépidation. Mais une fois la trépidation produite, son rythme reste invariable, à moins que le poids destiné à l'entretenir soit ne insuffisant (moins de 400 grammes) ou excessif (8 à 10 kilogrammes) ; dans ce cas, les mouvements du pied, tout en conservant leur rythme initial, diminuent progressivement d'amplitude et finissent par s'arrêter. De même, si on anémie les muscles de la jambe par l'application régulière de la bande d'Esmarch, on arrête la trépidation, alors que les réflexes tendineux ne sont nullement modifiés ; la flexion forcée du gros orteil, la compression du crural ou du nerf sciatique n'ont donné aucun résultat à MM. Pitres et de Fleury.

Pour provoquer la trépidation rotulienne « le malade étant étendu dans son lit, on place le pouce et l'index de la main droite sur le bord supérieur de la rotule et d'un mouvement brusque on pousse la rotule dans la direction de la partie inférieure du membre. Aussitôt une contraction du triceps ramène la rotule dans sa position primitive. Si on ne cesse pas d'exercer sur le bord supérieur de la rotule une pression continue, il se produit un mouvement rythmique régulier, par lequel la rotule est portée alternativement en haut et en bas. » Les tracés de trépidation de la rotule offrent les mêmes caractères que ceux de la trépidation du pied ; toutefois ils ne présentent pas de crochets de dicrotisme, les oscillations semblent aussi un peu plus rapides (86 au lieu de 82, 76 au lieu de 68, en dix secondes).

Ces différents phénomènes tendent, d'après MM. Pitres et de Fleury, à confirmer les analogies qu'on a déjà signalées entre la trépidation épileptoïde et le tonus musculaire ou la contraction permanente des muscles ; ils accentuent au contraire les dissemblances entre la trépidation et les réflexes tendineux, et doivent faire repousser la théorie qui leur attribue une origine commune. (*Revue de médecine*, juin 1886.)

Dr E. Deschamps.

BIBLIOTHÈQUE

Notes chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider a la statistique, par M. Millot-Carpentier. — Cambrai, 1886. Renaut.

Ce livre n'est pas celui de tous les jours. En effet, il a pour éléments les observations cliniques d'un médecin exerçant dans un milieu rural. M. Millot-Carpentier a voulu montrer à ses confrères que, même loin des grands centres, il est possible, utile et pratique de faire de la science, et de la bonne science, en réunissant, en collationnant et en comparant entre eux les faits recueillis au jour le jour.

Il y a six ans, notre estimé collaborateur avait déjà donné le même exemple, comptant sur l'instinct d'imitation et espérant « qu'il serait suivi par d'autres et entrerait

« peut-être, à la longue, dans nos habitudes médicales..... J'avoue humblement m'être « trompé, ajoute-t-il, et qu'à part quelques rares imitateurs, le gros de notre phalange « est resté dans le *statu quo ante scriptum.* »

L'aveu est sincère et peu encourageant. Cependant M. Millot-Carpentier est un obstiné à bien faire; il ne se laisse pas aller aux défaillances, et aujourd'hui, comme il y a six ans, prend hardiment la plume pour démontrer la fécondité de tels travaux.

Je ne le suivrai pas dans la statistique raisonnée des fractures, des luxations, des ankyloses, etc., etc., et des nombreuses affections chirurgicales qu'il a été appelé à soigner. Ces statistiques qu'il produit seront prises en considération par les futurs auteurs de traités classiques de chirurgie ou de médecine opératoire. C'est assez dire qu'elle est leur valeur.

Pour notre part, nous nous associons volontiers aux sages réflexions de l'auteur. En effet, « le savoir individuel n'est pas toujours suffisant pour vaincre une difficulté; « en tout cas, on ne peut nier qu'on ne soit bien plus maître de soi et bien plus fort « quand on se sent appuyé, même moralement, par l'expérience et la pratique de ses « pairs, et qu'il suffit pour s'en assurer de feuilleter quelques pages du résumé de leurs « travaux. C'est l'unique but que je poursuis... et que je compte bien, malgré tout, voir « un jour ou l'autre entrer dans le domaine de la réalité. » N'est-ce pas là le but et la raison d'être des Sociétés locales de médecins? M. Millot-Carpentier le pense aussi, puisqu'il a été l'initiateur de la jeune Société médicale cambraisienne. — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas d'atrophie de l'estomac s'accompagnant du tableau clinique de l'anémie pernicieuse, par Henry et Osler (*The American Journal of medical sciences*, avril 1886, et *Medical Chronicle*, juin 1886.) — L'observation suivante est des plus intéressantes, car elle touche à un des problèmes les plus obscurs de l'étiologie du complexus clinique, désigné, faute de mieux, par la dénomination provisoire d'anémie progressive ou idiopathique.

Il s'agit d'un homme de 42 ans qui, toute sa vie durant, s'était adonné à l'intempérance et en était arrivé à présenter tous les caractères classiques de l'anémie progressive pernicieuse.

La numération des globules rouges donnait une proportion vis-à-vis des globules blancs de 15,8 sur 1, tandis que la richesse en hémoglobine était restée relativement normale. Les globules étaient en majeure partie déformés, devenus ovoïdes ou piriformes. A l'autopsie, la seule lésion spéciale que l'on put constater fut un état d'atrophie avancée de la muqueuse stomacale. On trouva cette membrane amincie surtout au voisinage du grand cul-de-sac et vers la région moyenne. Elle avait complètement perdu son apparence veloutée. A sa surface, on voyait éparpillées une foule de petites saillies grosses comme une tête d'épingle au sommet desquelles on pouvait, à l'aide de la loupe, distinguer un petit orifice glandulaire élargi.

L'examen microscopique permit de constater l'absence sur presque toute l'étendue de la membrane des cellules cubiques du revêtement épithélial et la disparition de presque toutes les glandes en tubes, tandis que les petites saillies représentaient des glandes moins atrophiées restées plus ou moins indemnes ou comprimées au milieu de l'atrophie de tous les autres éléments de la muqueuse. Il y avait là, disent les auteurs, quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour les lobules hépatiques dans la cirrhose vulgaire.

Ce cas vient à l'appui de l'opinion émise par quelques auteurs qui considèrent certains faits d'anémie progressive comme étant liés pathogéniquement à des altérations profondes de la muqueuse et de l'appareil glandulaire de l'estomac. — L. Dn.

De l'étiologie parasitaire de la cystite puerpérale, par Bumm. — Cet observateur a constaté un diplococcus, ressemblant au gonococcus, dans l'urine des nouvelles

©BIU Santé

accouchées atteintes de cystite. Ce serait d'ailleurs le même microbe que Doléris a signalé dans les lochies et qui, d'après M. Bumm, pénétrerait dans la vessie pendant le cathétérisme.

En l'introduisant dans la vessie des animaux, il a provoqué des inflammations semblables à celles de la cystite puerpérale, chaque fois qu'il existait des lésions de la muqueuse. La suppuration du catarrhe vésical puerpéral serait donc vraisemblablement causée par ces micro-organismes.

Par contre, quand la muqueuse conservait son intégrité, M. Bumm ne put constater ni leur multiplication, ni le développement de la cystite purulente. (*Allgm. medicinische Cent. zeit.*, 17 juillet 1886) — C. L. D.

Du traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, par Burkart. — La méthode suivie par l'auteur est celle que recommande Weir-Mitchell. Elle consiste dans le repos physique et moral, le massage, la faradisation musculaire, la suralimentation et l'isolement.

M. Burkart insiste sur la nécessité d'une intégrité absolue des fonctions gastro-intestinales et, en particulier, de l'absence de vomissements. D'ailleurs, la guérison des accidents gastriques des hystériques demanderait moins de temps que celle de l'état hystérique lui-même.

D'autre part, l'irritabilité cérébro-spinale et les troubles psychiques étant en rapport avec les perturbations réflexes des voies digestives, les vomissements et l'hyperesthésie gastrique, le traitement par le repos possède encore, lorsqu'elles existent, des avantages incontestables. Les faits que signale l'auteur viennent à l'appui de cette opinion, qui n'est pas originale, Weir-Mitchell l'ayant établie depuis longtemps. (*St-Petersb. med. Woch.*, 28 juin 1886.) — C. L. D.

De la dilatation temporaire du cœur pendant les maladies aiguës, par G. Coates. — Ce mémoire a pour point de départ quatre cas de dilatation cardiaque, dans le cours des oreillons, de la pneumonie et du rhumatisme aigu, chez des individus exempts antérieurement de toute cardiopathie.

Tous ces cas s'accompagnaient d'un affaiblissement des souffles. Dans deux seulement, il existait un redoublement du deuxième bruit. Les signes physiques de la dilatation n'étaient donc pas douteux; mais ses phénomènes fonctionnels faisaient défaut. M. Coates attribue cette dilatation à la distension excessive du myocarde dont la nutrition est en souffrance. (*The Practitionner*, juillet 1886.) — C. L. D.

Le zona ophthalmique et son traitement, par G. Jorissenne. — A propos d'un cas de zona ophthalmique, notre confrère liégeois fait connaître le traitement dont il fait usage. Il badigeonne les vésicules avec le collodion ricciné et prescrit l'administration de la potion suivante, par cuillerées à bouche deux fois par jour, et à une demi-heure d'intervalle : Salicylate de soude et bromure de sodium; ana, 10 grammes; aconitine cristallisée, 5 milligrammes; eau, 100 grammes; suc de réglisse, 8 grammes.

Cette médication a pour but de répondre aux deux indications principales de la maladie : la fièvre et la douleur. (*Annales de la Société méd. chir. de Liège*, p. 349. Août 1886.) — C. L. D.

VARIÉTÉS

UN CENTRE DE CALORIFICATION.

C'est à la Société helvétique des sciences médicales que M. Girard a fait connaître les phénomènes dont il a été le témoin, et les expériences au moyen desquelles il a cru reconnaître un centre de thermogenèse dans le corps strié.

D'après cet observateur, toute lésion médiane de cette région provoque l'hyperthermie, mais sans production de phénomènes vaso-constricteurs de la peau. L'excitation galvanique est suivie des mêmes manifestations. Les matières azotées augmentent dans les

urines et cette augmentation est en rapport avec l'accélération des combustions organiques et l'amaigrissement de l'animal.

Ce centre de température n'est pas localisé sur la portion médiane du corps strié ; il comprend encore les parties voisines de la base du cerveau. Il intervient donc non seulement pour augmenter la thermogenèse, mais très probablement aussi pour la régulariser.

Cette thermogenèse expérimentale ne ressemble nullement à celle de la fièvre, car l'hyperthermie fébrile relève de deux causes très différentes : l'augmentation de la quantité de chaleur produite et le ralentissement de la perte de ce même calorique, car le pouvoir de production s'est accru, le pouvoir d'émission est diminué.

C. L. D.

FORMULAIRE

EAU HÉMOSTATIQUE. — Spaak.

Chloroforme	2 grammes.
Eau simple	200 —

Mêlez en agitant. — Cette eau chloroformée est préconisée par l'auteur, comme un excellent agent hémostatique. Il la recommande, en particulier, pour les opérations à exécuter dans la bouche et la gorge ; de simples lavages de ces régions lui ayant suffi à arrêter toute hémorrhagie. — Après l'amygdalotomie, on peut recourir à l'eau chloroformée, ou aux pulvérisations du même liquide, dirigées sur la plaie pendant quelques secondes. — L'eau chloroformée se prépare instantanément, n'a pas d'odeur désagréable et n'exerce aucune action escarrhotique sur les tissus. — N. G.

COURRIER

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 29 mai 1885, relatif à la durée du temps d'exercice des agrégés des Facultés de médecine nommés à la suite du concours de 1885-1886 ;

Considérant que, depuis cette époque, il s'est produit dans les Facultés un certain nombre de vacances auxquelles il est nécessaire de pourvoir dès le commencement de la prochaine année scolaire ;

Vu le décret du 30 juillet 1886,

Arrête :

Sont appelés à l'exercice à partir du 1er novembre 1886, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent :

Faculté de médecine de Paris. — Anatomie et physiologie ; M. Quenu ; — Chimie : M. Villejean ;

Faculté de médecine de Bordeaux. — Pathologie interne : M. Moussous ; — Chirurgie : M. Housson ; — Anatomie et physiologie : M. Ferré ; — Histoire naturelle : M. Nabias.

Faculté de médecine de Lille. — Pathologie interne : MM. Lemoine et Chuffard ; — Chirurgie : M. de la Personne ; — Anatomie et physiologie : M. Assaky ; — Histoire naturelle : M. Barrois ; — Chimie : MM. Lambling et Morelle ; — Pharmacie : M. Thibaut.

Faculté de médecine de Lyon. — Pathologie interne : M. Weil ; — Anatomie et physiologie : MM. Rodet et Jaboulay ; — Chimie : M. Hugonnenq ; — Physique : M. Didelot ; — Pharmacie : M. Florence.

Faculté de médecine de Montpellier. — Chirurgie : MM. Forgue et Truc ; Accouchements : M. Gerbaud ; — Anatomie et physiologie : M. Gilis ; — Physique : M. Malosse.

Faculté de médecine de Nancy. — Chirurgie : M. Vautrin ; — Anatomie et physiologie : MM. René et Nicolas ; — Chimie : M. Guérin.

Fait à Paris, le 23 septembre 1886.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Bulletin bibliographique.

Guide technique du laboratoire d'histologie normale et éléments d'histologie générale à l'usage des étudiants en médecine et en sciences naturelles, par le docteur A. Eternod, professeur à l'Université de Genève, 1 vol. in-12 de 250 pages, accompagné de 53 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 75.

Études thérapeutiques des médicaments modernes, par le docteur Frédéric Gomez de la Mata. Deuxième édition traduite de l'espagnol, par le docteur Alphonse Delétrez. 1 vol. in-16 de 360 pages. — Prix : 3 fr.

L'embaumement, la conservation des sujets et les préparations anatomiques. (Mémoire couronné par l'Académie des sciences de Caen), par le docteur S. Laskowski, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Genève. 1 vol. in-8° de 160 pages, impression de luxe. — Prix : 4 fr.

De la chloroformisation. Ses inconvénients, ses dangers. Méthodes pour les prévenir, par G. Quivogne, médecin-major au 16e dragons. Mémoire couronné par la Société de médecine d'Anvers. Brochure in-8° de 70 pages. — Prix : 2 fr.

Ces quatre ouvrages se trouvent à Paris, chez Georges Carré, éditeur, 112, boulevard Saint-Germain.

Mémoires de chirurgie, par le docteur A. Verneuil. Tome IV : Traumatisme et complications. 1 vol. in-8°. — Prix : 15 fr.

Cet ouvrage se trouve chez G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

La question des morues rouges. Etude d'hygiène alimentaire, par le docteur Emile Mauriac.

Cet ouvrage se trouve à Bordeaux, chez Gounouilhou, imprimeur, rue Guirande, 11.

De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants, par le docteur Moncorvo.

Cet ouvrage se trouve chez Steinheil, rue Casimir-Delavigne, 2.

L'hystérie dans l'armée, par le docteur Emile Duponchel, médecin-major.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, boulevard Saint-Germain, 108.

Le livre des mères, organe de la Société du concours universel de l'enfance, par le docteur J. Gérard.

Cet ouvrage se trouve au siège du Comité du concours universel de l'enfance, galerie Bergère, 15.

Pathologie des ovaires. Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, par T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. 1 vol. in-8° de 470 pages avec 47 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr.

Traité de thérapeutique médicale. Guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies, par le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec. 2e édition augmentée d'un formulaire des médicaments nouveaux. 1 vol. in-18 de 902 pages. — Cartonné, prix : 9 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : Les paralysies toxiques. Leur diagnostic comparatif et leur traitement. — II. Debove : De l'apoplexie hystérique. — III. Lucien Deniau : De l'iodol. — IV. Une nouvelle dermatose : La gale des prairies ou gale du Michigan. — V. Bibliothèque : Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen âge, etc. — Traité d'hygiène industrielle. — L'acide lactique comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx. — VI. Revue des Journaux : Sur un cas de maladie de Basedow guéri par une opération sur le nez. — Du rôle des microcoques dans la broncho-pneumonie. — De l'action thérapeutique de l'éthoxycaféine. — Du traitement de la sialorrhée gravidique. — VII. Hygiène sociale : Rôle de la femme dans la société. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Bulletin bibliographique.

Les paralysies toxiques. Leur diagnostic comparatif et leur traitement (1).

III.

Quelle est la valeur diagnostique des autres symptômes?

Voici les *modifications des réflexes tendineux*. Leur abolition est très fréquente et leur exagération fort rare. Cependant, par une exception inexpliquée, leur exagération accompagne les paralysies oxycarboniques et, plus accidentellement, les paralysies par l'hydrogène sulfuré. Ainsi, il existe des paralysies toxiques avec abolition constante des réflexes (saturnisme, alcoolisme, arsenicisme); d'autres avec abolition inconstante des réflexes (paralysies hydro-sulfuriques); d'autres avec exagération des réflexes (paralysies oxycarboniques).

La *diminution* ou l'*abolition de la contractilité électrique* caractérise toutes les paralysies par névrite toxique. Formulée par Duchenne, et appliquée par ce savant aux paralysies saturnines, cette loi est générale. Dès 1881, M. Lancereaux l'a vérifiée dans les paralysies alcooliques, « circonstance, « écrivait-il, qui rapproche ces paralysies l'une de l'autre ». Elle a été constatée par M. Rendu dans la paralysie oxycarbonique des extenseurs du pied et de l'avant-bras, par M. Skolozouboff dans l'empoisonnement arsenical, et par M. Haguin (2) dans les paralysies des ouvriers qui travaillent le sulfure de carbone.

La *réaction de dégénérescence* n'est pas un symptôme constant des paralysies toxiques (3). Son principal intérêt gît dans les renseignements qu'elle donne sur l'ordre d'invasion des divers muscles. Dans la paralysie alcoolique, M. OEttinger l'a observée d'abord sur l'extenseur propre du gros orteil, plus tard sur l'extenseur commun, plus tard enfin sur le triceps crural, le soléaire et les péroniers. Les extenseurs des doigts et les muscles du pouce sont les premiers atteints dans la paralysie plombique, et les péroniers dans les paralysies arsenicales.

L'analyse électro-diagnostique permet de constater un phénomène commun à ces trois paralysies, le retour de la contractilité volontaire avant celui de la contractilité électrique; les myalgies et les crampes des paralysies hydro-sulfuriques; les anesthésies précoces, incomplètes des paralysies oxycarboniques et la conservation de la sensibilité thermique;

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

(2) Haguin : Thèse de Paris; 1874.

(3) Lahousse : La réaction dégénératrice comme élément de diagnostic dans les paralysies musculaires. (*Ann. soc. méd. d'Anvers*, août 1885.)

©BIU Santé

enfin les anesthésies moins fixes et plus transitoires des territoires nerveux occupés par la résolution musculaire dans le saturnisme.

Aux hyperesthésies et aux hyperalgésies du début et de la période d'état succède l'anesthésie des régions malades, signe tardif de la paralysie toxique; cette anesthésie tenace persiste encore pendant quelque temps après les guérisons les plus heureuses.

Tels sont les *troubles de la sensibilité générale* dont, au dire de M. Charcot, l'association aux paralysies flaccides est presque pathognomonique. Signes avant-coureurs, ils siègent de préférence, mais non pas exclusivement, sur les extrémités ou les groupes musculaires en imminence de paralysie. Ils ont la forme variée de picotements, de fourmillements, d'engourdissement, d'éclairs douloureux, analogues aux fulgurations de l'ataxie, en un mot d'hyperesthésies et de perversions sensitives. Ils persistent pendant la période d'état : telles ces hyperesthésies des paraplégies alcooliques que M. Lancereaux désigne sous le nom pittoresque de bottines, de molletières ou de bottes hyperesthésiques; telles encore les douleurs pseudo-rhumatismales des paralysies arsenicales qui persistent encore après le retour de la motilité volontaire

La perversion du toucher, la perte du sens musculaire, le retard de la transmission des impressions, les altérations des fonctions visuelles ou auditives, et, en abrégé, tous les *troubles de la sensibilité spéciale* ne possèdent pas les mêmes relations de constance et d'intimité avec la résolution musculaire. Ils ont des rapports plus directs avec l'intoxication même ou avec les encéphalopathies qu'elle provoque.

La névrite toxique paralytique s'affirme plus volontiers par des *troubles trophiques périphériques :* sur les téguments par le *glossy-skin*, sclérodermie des extrémités, habituelle chez les alcooliques, fréquente dans les paralysies oxycarboniques, et rare, mais non inconnue, en association avec des lésions unguéales dans les paralysies professionnelles du sulfure de carbone (1). Notons encore la desquamation épidermique de l'arsenicisme; les dermatoses d'origine nerveuse, herpès et zona; les œdèmes diffus, les œdèmes en plaques, les gonflements carpiens et tarsiens des alcooliques, la tuméfaction palmaire des arsenisés, les tumeurs dorsales par ténosite hypertrophique de la main saturnine; enfin les adhérences avec rétractions tendineuses et fausse contracture des individus empoisonnés par l'alcool et par l'arsenic.

Des *troubles vaso-moteurs* variés précèdent ces altérations, les accompagnent ou les suivent. Ils se traduisent, sur les zones d'hyperesthésie des alcooliques, par des taches rouges; dans les paralysies de l'oxyde de carbone, par des eschares plus ou moins étendues, et dans l'arsenicisme, par de la moiteur et une cyanose rougeâtre des pieds et des mains.

Il est bon d'interroger les phénomènes pré ou post-paralytiques. Pour la plupart, les paralytiques professionnels sont des cachectiques. Saturnins, ils ont la couleur jaunâtre du visage, la décoloration des téguments, le liséré de Burton, parfois des symptômes d'encéphalopathie, et le plus souvent, à titre d'épisode antérieur, une attaque de colique de plomb. Alcooliques, ils éprouvent de l'hébétude, de l'indifférence, de l'anémie, des troubles visibles et des troubles cérébraux ou médullaires bien connus.

(1) Rendu : Intoxication par la vapeur de charbon. (*Union médicale*, 1882, p. 386 et suivantes.)

Dans l'arsenicisme paralytique, il a existé primitivement des troubles gastro-intestinaux : douleurs, vomissements et diarrhées rebelles ; des éruptions, des ulcérations cutanées ; des inflammations de la muqueuse des voies aériennes, bronchites et rhinites ; une teinte blafarde des téguments des membres et du tronc ; une surcharge adipeuse extrême ; chez la femme, des troubles menstruels, des ménorrhagies, des accouchements prématurés ; une mortalité excessive des nouveau-nés et des avortements ; et enfin, au milieu de ces désordres, par un singulier contraste, l'intégrité presque absolue des fonctions intellectuelles.

Le début des empoisonnements par l'hydrogène sulfuré est la phase des céphalalgies rebelles, des vertiges, des éblouissements, de la faiblesse maladive et de l'hyperexcitabilité. Ce n'est pas encore la période des paralysies, elles viendront plus tard, quand la tristesse, l'abattement et la dépression remplaceront l'excitation du début.

Les paralysies oxycarboniques se manifestent plus tardivement encore. On ne les observe pas non plus dans la phase des céphalalgies, de la sensation de compression temporale, des éblouissements et des bourdonnements d'oreilles. Elles sont rares aussi pendant le coma, la période d'asphyxie globulaire et le ralentissement circulatoire et respiratoire. Le temps de la convalescence est celui de leur manifestation. Enfin, leur guérison précède la disparition des troubles psychiques qui sont les épiphénomènes de cet empoisonnement.

En résumé, malgré leurs différences individuelles, les paralysies toxiques possèdent des caractères de famille, et les travaux les plus récents confirment les conclusions que M. Lancereaux formulait au temps où la question était ouverte et non résolue.

IV

Le praticien doit intervenir activement, intervient souvent avec succès, par une médication à la fois prophylactique, curative et symptomatique.

La prophylaxie professionnelle est l'œuvre des hygiénistes. Le livre récent de M. Poincaré (1) en expose magistralement les ressources.

La prophylaxie individuelle est trop souvent négligée par le malade. « Qui a bu, boira », dit un proverbe vulgaire, l'alcoolique retourne à sa passion, l'arsenisé ou le saturnin à ses imprudences professionnelles.

Diminuer l'imprégnation de l'organisme par l'élimination du poison et restaurer la nutrition est l'objet de la médication curative. A cet effet, elle fait appel aux modificateurs de la circulation et des sécrétions, aux iodures alcalins, à la balnéation et à l'hydrothérapie.

Le traitement local dispose de moyens moins nombreux, mais dont l'efficacité a subi l'épreuve du temps. L'électrothérapie est sa principale ressource et le massage, son moyen complémentaire.

La faradisation des muscles paralysés, avec le courant induit à gros fil, de rapides intermittences et des séances de huit à dix minutes, a été mise en honneur par Duchenne (de Boulogne). Les Allemands lui préfèrent la galvanisation par la méthode de Erb : d'une part, la galvanisation centrale de la moelle au moyen de courants alternatifs et reversibles dirigés entre une électrode cervico-dorsale et une électrode présternale ; d'autre part, la galvanisation périphérique par l'application de l'électrode positive sur le

(1) Poincaré : *Traité d'hygiène professionnelle;* 1886.

©BIU Santé

renflement médullaire cervico-dorsal et de l'électrode négative sur les groupes musculaires paralysés.

Plus récemment, on a essayé de restaurer la franklinisation. Les succès des électropathes du dernier siècle autorisent ces tentatives.

Les manipulations du massage et les mouvements passifs méthodiques complètent heureusement l'électrothérapie et l'hydrothérapie. Ils stimulent les activités trophiques, provoquent l'excitation réflexe des nerfs moteurs, et donnent ici des résultats qu'ils ne peuvent procurer dans les paralysies de cause centrale.

Enfin, le traitement est palliatif. Les difformités acquises nécessitent l'intervention opératoire, dont M. Charcot a enseigné l'opportunité pour le redressement du pied-bot paralytique de l'alcoolisme et de l'arsenicisme.

Ch. ÉLOY

De l'apoplexie hystérique (1).

Par M. le docteur DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un homme atteint d'apoplexie hystérique, accident qui, selon moi, n'est pas rare, mais n'a pas encore été décrit.

Le samedi 10 juillet, sans aucune cause appréciable, cet homme, âgé de trente et un ans, jusque-là bien portant, se levait de table après dîner, lorsqu'il perdit connaissance et s'affaissa. Il resta douze heures privé de sentiment, sans convulsions, sans évacuation involontaire d'urine ou de matière fécale, puis demeura pendant deux heures complètement paralysé du côté gauche; la paralysie diminua ensuite, mais fut encore assez nette pour que le lendemain nous constations, à l'hôpital, un affaiblissement considérable de la force du côté gauche du corps et une hémianesthésie.

Notre malade a eu une attaque d'apoplexie, ceci est indiscutable, si nous admettons l'apoplexie telle qu'elle est définie par la plupart des auteurs. Mais si le diagnostic apoplexie ne soulève aucune objection, la qualification hystérique peut être contestée, et cela d'autant plus facilement qu'il s'agit d'un homme robuste, ancien quartier-maître de la marine, n'ayant jamais présenté d'accident nerveux; il est seulement un peu émotif, signe bien vague pour faire admettre l'hystérie.

Notre diagnostic est basé sur les caractères de l'hémianesthésie et sur sa cure par les agents esthésiogènes.

L'insensibilité intéressait tout le côté gauche du corps, la peau, les muqueuses, les muscles, les organes des sens.

L'anesthésie de la peau et des muqueuses, de l'oreille, fut constatée par les moyens ordinaires. L'anesthésie musculaire ressortait de ce fait que les yeux, une fois fermés, les mouvements exécutés par les membres gauches cessaient de l'être avec précision.

Il y avait rétrécissement très prononcé du champ visuel, achromatopsie pour le violet, polyopie monoculaire.

L'application d'un aimant fit apparaître la sensibilité du membre supérieur gauche, en même temps que la sensibilité disparaissait au membre supérieur droit, puis l'insensibilité reparut au membre gauche. Il fallut plusieurs jours d'aimantation pour restaurer complètement la sensibilité du côté gauche, et même, à un certain moment, il y eut une anesthésie des deux membres inférieurs.

Quant à la paralysie motrice, elle suivait la paralysie de la sensibilité dans ses déplacements et disparaissait avec elle; nous avons d'ailleurs démontré dans un précédent mémoire (2), qu'en pareille circonstance la paralysie motrice est fonction de la paralysie de la sensibilité.

(1) *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1886, p. 370.

(2) *Recherches sur les hémianesthésies, accompagnées d'hémiplégie motrice.* (Société médicale des hôpitaux, 1879.)

Nous croyons que l'hystérie peut seule produire un pareil syndrome et seule être ainsi modifiée par les agents esthésiogènes.

Notre excellent maître, M. le professeur Charcot, enseigne qu'il y a deux espèces d'hémianesthésies : les unes hystériques, les autres d'origine organique; ces dernières seraient liées à une lésion du tiers postérieur de la capsule interne. Nous croyons qu'elles sont rares et qu'il ne suffit pas pour les admettre que le début des accidents ait été apoplectique et qu'il s'agisse d'un homme. Nous citerons, à ce sujet, comme particulièrement intéressante, l'observation publiée par M. le professeur Vulpian et intitulée : « Hémianesthésie consécutive à une perte brusque de connaissance et attribuée pendant la vie à une lésion en foyer dans le côté opposé de l'encéphale. Examen nécroscopique : aucune lésion intracrânienne (1). »

En tout cas, une hémianesthésie curable par agents esthésiogènes nous semble exclure l'idée d'une lésion organique, chez notre malade, car si les conducteurs de la sensibilité sont détruits en un point de leur trajet, la restauration de la sensibilité par les aimants, le transfert et les oscillations du transfert, nous paraissent bien difficiles à expliquer.

Étant admis que, chez notre malade, il n'y a point de lésion, faut-il désigner ses accidents sous le nom d'apoplexie hystérique, ou ne convient-il pas de reprendre l'expression « apoplexie nerveuse » des anciens auteurs? Il nous paraît, pour diverses raisons, préférable d'employer l'expression d'apoplexie hystérique.

Le mot hystérie, même quand il s'agit d'une malade, est une expression impropre, car l'utérus ne joue là aucun rôle; mais, bon ou mauvais, ce terme a pris droit de cité dans la science, et, outre qu'il ne serait pas commode de trouver une nouvelle dénomination, nous ne réussirions probablement pas à la faire accepter.

Le mot hystérie ne pouvant être modifié pour désigner la névrose de la femme, nous ne saurions en proposer un autre pour l'homme présentant les mêmes symptômes, car il serait étrange d'avoir deux expressions pour désigner la même maladie dans l'un et l'autre sexe.

Enfin, le mot hystérie étant admis chez l'homme pour désigner des accidents de névrose caractérisés par l'hémianesthésie, les attaques de nerfs, etc., nous sommes obligés de laisser le même mot pour les cas d'hystérie fruste, comme celui dont je viens de vous parler.

En dehors de l'hystérie, on observe encore l'hémianesthésie (sans lésion organique) dans les intoxications saturnine, alcoolique, mercurielle; c'est un sujet sur lequel j'ai déjà attiré l'attention de la Société; j'ai fait en même temps remarquer la curabilité de ces accidents par les agents esthésiogènes. Je ne séparerai pas ces accidents de l'hystérie: et je dirai qu'il s'agit d'une sorte d'hystérie symptomatique, d'une hystérie toxique. Veuillez bien remarquer que, quand un saturnin présente des accidents convulsifs, le mot d'épilepsie symptomatique ne nous choque pas; il ne me répugne pas davantage de dire qu'il s'agit d'hystérie symptomatique lorsqu'un saturnin présente de l'hémianesthésie, syndrome, pour nous, à peu près caractéristique de l'hystérie.

Le sujet que nous traitons aujourd'hui si brièvement nous paraît des plus importants; il sera prochainement étudié par M. Achard, un de nos élèves, avec tous les développements qu'il comporte.

De l'iodol.

Les lecteurs de l'*Union médicale* ont tous lu avec le plus grand intérêt l'article remarquable consacré par notre ami Trousseau à l'étude des applications de l'iodol à la thérapeutique oculaire (1).

Ils nous sauront gré de compléter aujourd'hui ce travail dans ce qu'il avait de volontairement incomplet par une étude supplémentaire dont nous avons puisé les éléments à

(1) Vulpian : *Revue de médecine*, 1881, p. 38.

(2) Voir « L'iodol en thérapeutique oculaire », par Trousseau. *Union médicale* du 22 mai 1886, n° 69.

©BIU Santé

plusieurs sources (1). Nous croyons répondre par là au désir à nous exprimé par quelques-uns de nos lecteurs habituels.

L'iodol ou tetroiodopyrol est jusqu'à plus ample informé retiré d'une substance complexe autant que dispendieuse, l'*huile animale de Dippel*, laquelle est un mélange de bases appartenant à la série pyridique et chinolique, de nitrites appartenant à la série des acides gras, de phénol et de ses homologues, de naphthaline et autres hydrocarbures, enfin de pyrrol et dérivés méthyliques qui s'y trouvent en proportion considérable.

Suivant le procédé allemand l'iodol s'obtient en dégageant le pyrrol des substances qui l'accompagnent dans l'huile de Dippel, puis en traitant la solution de pyrrol par l'iodure ioduré de potassium, d'où formation d'un tétra-iodo-pyrrol ou *iodol*, lequel se précipite en cristallisant, tandis que d'autre part se forme de l'acide iodhydrique.

L'iodol se présente sous l'aspect d'une poudre brun rougeâtre qui se fonce par l'exposition à la lumière, loin de laquelle il faut par conséquent avoir soin de tenir l'iodol.

On prétend que, lorsque l'iodol est pur, cette modification n'aurait pas lieu. Quoi qu'il en soit, l'iodol n'a presque pas de saveur, son odeur se rapproche de celle du thymol. Sous le microscope, les cristaux ressemblent à des débris de cristaux de forme lamellaire ou columnaire. Leur couleur est légèrement jaunâtre.

Chauffé à 100° centigrades, l'iodol ne paraît pas s'altérer sensiblement ; mais, si cette dessiccation a lieu à l'air libre, il perd un peu de son poids ; si on élève encore la température, il s'en dégage d'abondantes vapeurs d'iode et finalement il ne reste dans le creuset qu'une masse noire charbonneuse et boursouflée, difficile à réduire en cendres. L'iodol a très peu d'affinité pour l'eau dans laquelle il est extrêmement peu soluble. L'eau n'en dissout guère que 1/5000 de son poids, ce qui est un désavantage. En revanche, l'iodol est très soluble dans l'alcool absolu ; celui-ci en dissout un tiers de son poids, plus par conséquent que d'iodoforme.

Pour peu qu'on ajoute un peu d'eau à l'alcool, la solution prend un aspect trouble dû à la séparation de l'iodol. Une solution alcoolique d'iodol au cinquième se troublera si on ajoute 30 pour 100 de son poids d'eau. Une solution à 2 pour 100 supportera à peine sans se troubler l'addition de 50 pour 100 de son poids d'eau.

L'addition d'un peu de glycerine ne précipite pas l'iodol, bien que celui-ci y soit peu soluble même avec l'aide de la chaleur. Une solution alcoolique d'iodol à 20 pour 100 peut être additionnée de son volume de glycérine aussi anhydre que possible sans se troubler. Une solution à 10 pour 100 peut subir jusqu'à quatre fois son volume de glycérine sans assumer d'apparence laiteuse ; mais, pour peu qu'on ajoute de l'eau, le trouble apparaît.

L'iodol est très soluble dans l'éther qui en absorbe un peu plus que son poids ; en revanche il faut cinquante parties de chloroforme pour dissoudre une partie d'iodol.

La benzine, la paraffine, l'essence de térébenthine dissolvent mal l'iodol. L'huile phéniquée à 90 pour 100 dissout l'iodol à l'aide de la chaleur. mais par le refroidissement l'iodol difficile à fixer se redépose en cristaux en forme d'aiguilles. Les huiles grasses ne dissolvent l'iodol qu'avec difficulté à la température ordinaire, mais l'huile d'olive en absorbe 15 pour 100 de son poids au bain marie. Par le refroidissement, l'iodol ne s'en sépare qu'à la longue. Toute solution d'iodol exposée ou non à la lumière assume très rapidement une teinte plus ou moins sombre qui se fonce ultérieurement quand la lumière a fait son œuvre. Il en est de même pour les pommades d'iodol à la vaseline ou à l'axonge. Le corps qui nous occupe est abondamment soluble dans les solutions alcalines, mais il s'en sépare dès qu'ou vient à neutraliser la liqueur par l'addition d'un acide.

Pour déceler la présence de l'iodol ou établir son identité, on peut avoir recours aux deux réactions suivantes, outre l'emploi de la chaleur qui, nous l'avons dit, détermine la production de vapeurs violettes d'iode métallique :

1° Si on ajoute de l'acide nitrique à une solution alcoolique d'iodol chauffée au bain-marie, on produit un précipité couleur brun rougeâtre, lequel se redissout et disparaît

(1) *American Druggist; Archiv. der pharm.*, mars 1886 et *Berliner klinisch Wochenschrift*, 1886. n° 4.

par l'addition d'acide sulfureux liquide ou d'hyposulfite de soude montrant que ce précipité est simplement dû à la mise en liberté d'une certaine quantité d'iode sous l'influence d'un acide fort.

2° L'iodol se dissout dans l'acide sulfurique concentré en donnant une liqueur d'un vert brillant qui, ultérieurement, vire au brun. Si on chauffe cette solution sulfurique à 100°, on voit s'échapper des vapeurs d'iode, ou si on verse cette solution sulfurique dans une quantité d'eau, l'iodol se précipite.

L'iodol s'emploie en poudre, en pommade (iodol, 2; vaseline, 10); en solution alcoolique glycérinée (iodol, 3; alcool, 35; glycérine anhydre, 62). On s'en sert pour saupoudrer les plaies, qu'on recouvre ensuite avec une compresse détrempée d'acétate d'alumine. On a aussi fabriqué en Allemagne une gaze à l'iodol.

Schmidt a fait usage de collodion et de vaseline à l'iodol.

Notre ami et collaborateur Trousseau a fait connaître les bons résultats que lui a donnés l'iodol substitué à l'iodoforme dans les conjonctivites chroniques des strumeux et des arthritiques, ou celles des herpétiques; dans les blépharites ulcéreuses, dans les kératites phlycténulaires et ulcéreuses, dans les ulcères torpides de la cornée, dans certaines kératites vasculaires légères, enfin dans les conjonctivites granuleuses plus ou moins anciennes tournant au trachome. La réaction chimique qui donne naissance à l'iodol peut s'exprimer par la formule suivante :

$$\underbrace{C^4\,H^4\,NH}_{\text{pyrrol}} \times \underbrace{8\,I}_{\text{iode}} + \underbrace{4\,KOH}_{\text{potasse}} = \underbrace{\qquad}_{\substack{\text{iodol ou}\\ \text{tétraiodo-pyrrol}}} + 4\,KI + 4\,H^2O$$

L'iodol présente sur l'iodoforme l'avantage d'être inodore, d'avoir une action moins irritante, et enfin de ne point provoquer de phénomènes d'intoxication. On n'a jamais trouvé d'iodol dans l'urine des malades.

Quant à son mode d'action, il est vraisemblable que l'iodol agit, comme l'iodoforme, par mise en liberté continue sur la surface de la plaie de petites quantités d'iode sous l'influence de la chaleur du corps et des produits de fermentation des plaies.

Lucien Deniau.

Une nouvelle dermatose : La gale des prairies ou gale du Michigan.

Sous le nom de *The Scratches*, *Mange*, *Prairie Itch et Michigan Itch*, les publications américaines ont fait connaître, dans ces derniers temps, une affection cutanée parasitaire assez commune dans les districts occidentaux des Etats-Unis, et qui, paraît-il, serait une dermatose nouvelle.

Son début est habituellement caractérisé par une éruption papuleuse et des démangeaisons. Aucun prodrome ne précède l'instauration de ces phénomènes.

Les papules sont petites et, quand elles se développent complètement, se surmontent d'une vésicule acuminée, contenant une sérosité limpide et presque incolore. A cette période, les démangeaisons fatiguent les malades, dont la température périphérique augmente et la surface cutanée prend une teinte rougeâtre. Parfois même, dans les cas très aigus, d'après M. J. Clark, la dermatite est assez intense pour présenter la vive coloration d'un exanthème scarlatineux.

La topographie de cette éruption ne tarde pas à fixer l'attention. Elle se localise sur les régions du corps recouvertes par les vêtements et en particulier sur les bras, les cuisses, l'abdomen et le thorax. Par contre, elle épargne les mains, la face et la tête.

Le grattage occasionne des ulcérations, qui d'ailleurs font défaut quand l'éruption évolue normalement. Alors les vésicules se dessèchent, l'épiderme se détache et la desquamation termine la maladie.

Si les cliniciens américains s'accordent sur la forme et la marche de ces symptômes, ils diffèrent d'opinion sur leur origine et leur pathogénie. Bon nombre d'entre eux les considèrent comme des manifestations de l'eczéma papuleux. D'autres, et en particulier M. G.-E. Engstad (du Dakota), les attribuent à un parasite dont ils donnent le signalement microscopique.

©BIU Santé

Ce microbe existerait dans toutes les lamelles épidermiques pendant la desquamation, mais siégerait de préférence dans le chorion. Ce serait un cryptogame aplati, court et articulé, dont les éléments, en forme de cellule allongée et munie de prolongements, se réunissent par chaîne de cinq à vingt ou prennent l'espect d'un corps ovalaire entouré de quatre à vingt prolongements latéraux et divergents. Quelle que soit leur forme, ils se reconnaissent aisément avec un faible grossissement.

La contagiosité extrême de cette dermatose donne quelque vraisemblance à la doctrine de son parasitisme. Au reste, elle persiste pendant longtemps, et, par sa durée, ne tarde pas à fatiguer les malades, à les épuiser et à provoquer une altération de leur état général.

Si les opinions diffèrent sur sa nature, les médications sont aussi l'occasion de discussions. Le traitement interne ne possède guère de partisan. Au lieu de les prescrire à l'intérieur, on emploie le mercure et l'arsenic sous forme de topiques. Les pommades au naphtol, au pétrole et au soufre sont surtout recommandées. On combine leur emploi avec les lotions phéniquées, les applications d'une solution d'hypophosphite de soude et avec la balnéation.

Les guérisons les plus rapides et les plus nombreuses sont l'œuvre de la médication parasitaire, d'après notre confrère du *The medical Record* du 21 août dernier. N'est-ce pas une autre probabilité en faveur de la nature parasitaire de la maladie?

Quelques dermatologistes transatlantiques se proposent de donner à la *Michigan itch* une place à part dans les classifications nosologiques. Possède-t-elle une individualité suffisante pour la mériter? Le démontrer ne serait pas inutile, du moins, pour nous autres Européens; car, pour venir de bien loin, les *scrathes* des provinces de l'Ouest ne sont peut-être pas sans posséder quelques analogies prochaines avec la gale vulgaire d'autres pays. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

ATLAS UNIVERSEL DE GÉOGRAPHIE MODERNE ANCIENNE ET DU MOYEN AGE, ETC., avec un texte analytique, par MM. VIVIEN DE SAINT-MARTIN, président honoraire de la Société de géographie de Paris, etc., et Fr. SCHRADER. — Paris, librairie Hachette et Cie. — Sixième livraison.

Cette magnifique publication a pour garantie incontestable deux noms, celui de l'auteur justement célèbre du *Nouveau Dictionnaire de géographie universelle* et celui de la grande maison HACHETTE. On se rend compte ainsi de son remarquable succès. La sixième livraison, qui vient de paraître, nous donne la *Belgique et le Luxembourg*, la partie septentrionale du groupe *de la Norvège, de la Suède et du Danemark*, et l'*Amérique centrale*.

Quand on jette les yeux sur la planche qui représente la Belgique, on ne peut voir aucune ligne de séparation entre la France et cet intéressant pays, qui était une partie intégrante de la Gaule, et que borde le grand-duché de Luxembourg, comme un rempart naturel contre l'Allemagne. Sans aucun doute, la Belgique reprendra un jour sa place dans la grande famille à laquelle elle appartenait. Nous avons même vu, dans le premier quart du siècle présent, un moment où la patrie française pouvait conserver cette partie d'elle-même qu'elle avait reprise (1). Mais à quelle époque la France verra-t-elle renaître ce moment reporté au loin par la démence de ses rois et de ses empereurs?

Dans un précédent article, j'ai insisté sur les difficultés que présente le dessin du sol si compliqué de la Suède et de la Norvège; ces difficultés ont été surmontées avec autant de succès dans la sixième livraison que dans la cinquième; et nous retrouvons ici une excellente représentation de l'Islande.

La carte qui complète la sixième livraison est fort intéressante, en ce qu'elle nous

(1) Après les victoires de Lutzen et de Bautzen.

donne l'*isthme de Panama*, qui est si fort à l'ordre du jour, et attire l'attention, on peut le dire, du monde entier, en particulier de la France, puisque le percement de cet isthme est une œuvre française, et que le succès de cette grande entreprise ne peut manquer de concourir puissamment à la fortune du commerce français, si notre patrie est bien administrée.

Cette carte nous offre d'ailleurs une partie de l'*île de Cuba*, une grande étendue du *Mexique*, le *Guatemala*, le *Honduras*, le *Nicaragua*, *Costa-Rica*, et enfin l'Etat de *Panama* et les *États-Unis de Colombie*.

Il n'y a qu'un jugement sur l'Atlas de MM. Vivien de Saint-Martin et Schrader, qui peut offrir tant de ressources pour les recherches relatives à l'hygiène générale. Jusqu'à présent, il n'a rien paru, sur cette branche si importante des études humaines, de plus beau, d'aussi exact et d'aussi complet. C'est une sérieuse et utile œuvre de science, et en même temps une belle et charmante œuvre d'art. Combien ne s'est-on pas plaint, dans ces derniers temps, de la négligence apportée en France à l'étude et aux travaux de la géographie ! Grâce aux publications de la maison Hachette, ces plaintes n'ont plus de raison d'être.

Une chose vient ajouter à l'intérêt de l'Atlas qui nous occupe, c'est que les auteurs ont eu le soin d'indiquer toutes leurs sources ; cette précaution permet aux chercheurs de la spécialité de se livrer à d'utiles études, et inspire une grande confiance à tout le monde. — Dr G. Richelot père.

Traité d'hygiène industrielle, à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène, par M. Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris. Masson, 1886.

L'hygiène industrielle n'a longtemps occupé que quelques pages dans nos traités d'hygiène générale. De nombreuses monographies relatives aux causes d'insalubrité de telle ou telle industrie et aux moyens d'y remédier existaient sans doute, et le médecin, chargé de donner des soins aux ouvriers d'une industrie déterminée, pouvait, avec un peu de patience, trouver dans ces monographies les renseignements qui lui étaient nécessaires ; mais celui qui pouvait être appelé, soit comme médecin de plusienrs usines différentes dans un grand centre, soit comme membre d'un conseil d'hygiène, à émettre un avis sur les causes d'insalubrité de diverses industries, ne trouvait pas jusqu'à ces dernières années, réunis et condensés sous un petit volume, tous les documents qui peuvent lui être nécessaires ou simplement utiles. Depuis peu, cette lacune de nos bibliothèques s'est trouvée comblée par l'apparition de plusieurs bons ouvrages, parmi lesquels celui de M. Poincaré vient prendre une des premières places. M. le professeur Proust avait déjà, dans son *Traité d'hygiène générale*, donné une place beaucoup plus large qu'auparavant à l'hygiène professionnelle envisagée au point de vue de l'industrie, et on peut affirmer que cet important chapitre n'est pas un des moins appréciés par les lecteurs nombreux de ce remarquable ouvrage. On doit citer avec honneur, et M. Poincaré leur rend justice comme il convient dans sa préface, les livres de MM. Freycinet, Vernois, Layet, Napias. Mais celui de M. Poincaré a son originalité et son mérite propres. « Le cachet de ce livre, dit l'auteur lui-même, est sa spécialité ; c'est-à-dire que son unique but est de présenter, sous une forme condensée, une monographie hygiénologique de chaque industrie. » Il est aux traités antérieurs d'hygiène industrielle « ce que la *pathologie spéciale* est à la pathologie générale ».

Après une centaine de pages sur les généralités indispensables à rappeler, et qui concernent les traits communs qu'ont beaucoup d'usines dans leur mécanisme, leurs dangers et leur réglementation, l'auteur aborde l'étude spéciale des industries appartenant aux trois classes admises officiellement par l'administration française.

Bien qu'assez défectueux, notamment en ce qu'il semble s'être préoccupé exclusivement de ce qui pouvait troubler la quiétude des voisins ou menacer la salubrité publique, sans tenir compte des dangers courus par les ouvriers, ce classement officiel s'imposait ; car c'est lui qui doit diriger les décisions des conseils d'hygiène. Mais, pour remédier à l'insuffisance de la classification officielle, M. Poincaré a ajouté deux classes, l'une qui comprend les industries à classement multiple (celles qui, suivant le mode d'exploitation,

©BIU Santé

sont admises tantôt dans une classe, tantôt dans l'autre); l'autre consacrée à des industries nouvelles non encore classées.

A propos de chaque industrie, M. Poincaré commence par un sommaire technique des procédés de fabrication, toujours rendus très intelligibles par un grand nombre de dessins.

En résumé, le *Traité d'hygiène industrielle* de M. Poincaré est un livre qui répond à toutes les exigences de la pratique médicale et qui est certainement appelé à un grand succès. — P. Le Gendre.

L'acide lactique comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx, par M. Théodor Hering (de Varsovie). — G. Masson, 1886.

L'habile laryngologiste polonais a fait l'essai de cette médication sur 32 malades porteurs d'ulcérations tuberculeuses du larynx. Parmi eux, 20 furent suivis pendant longtemps, et M. Hering obtint 4 guérisons complètes, 2 guérisons presque complètes, 4 améliorations notables et 6 améliorations fonctionnelles.

Ces résultats méritent donc l'attention des observateurs et encourageront de nouveaux essais. Notre confrère polonais recommande cette médication contre les ulcérations tuberculeuses circonscrites, peu nombreuses, récentes et situées sur les cordes vocales et l'épiglotte. Elle ne donne de résultats réellement heureux que si l'appétit est conservé et l'infiltration pulmonaire peu étendue.

Par contre, les succès sont douteux quand il s'agit d'ulcération cratériforme sur les fausses cordes vocales et la partie interaryténoïdienne et d'ulcérations limitées par des bords hypertrophiés. Leur grattage doit alors précéder l'emploi de l'acide lactique.

La technique opératoire consiste à badigeonner ces surfaces avec une solution d'acide lactique à 20 ou 30 p. 100 et au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile. On peut faire précéder cette application d'un badigeonnage avec la solution de cocaïne à 10 ou à 20 p. 100.

Après quelques jours, M. Hering fait usage de solution à 80 et 100 p. 100, parce que la tolérance du malade devient plus grande et qu'il éprouve des douleurs moins vives. Il continue d'ailleurs jusqu'à escharification et même jusqu'à la chute de l'eschare.

Le traitement que M. Hering recommande est exposé avec tous ses détails dans la brochure actuelle. Est-il besoin de rappeler qu'il a donné des résultats presque inespérés dans une maladie où le médecin est trop souvent désarmé? Ces succès le recommandent donc et engageront à de nouveaux essais. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de maladie de Basedow guéri par une opération sur le nez, par Hack. — Le malade était atteint à la fois de goître exophthalmique et d'une hypertrophie de la muqueuse nasale telle que les fosses nasales étaient obstruées, et que la respiration s'effectuait seulement par la bouche.

M. Hack cautérisa la partie de la muqueuse qui recouvre le cornet inférieur droit. Le lendemain, à son grand étonnement, l'exophthalmie du côté opéré avait disparu. Une même cautérisation fut pratiquée du côté gauche avec le même résultat. Bientôt après, les autres symptômes s'amendèrent; de sorte que la guérison du goître exophthalmique fut complète. Cet observateur attribue ce résultat à la mise en jeu de l'action réflexe sur le cœur et l'innervation vaso-motrice. (*Deutsche medic. Wochensch.*, 24 juin 1886.) — C. L. D.

Du rôle des microcoques dans la broncho-pneumonie, par W. Tapping. — Dans quatorze cas de broncho-pneumonie, cet observateur a trouvé des micro-organismes cultivables dans le bouillon peptonisé. Ce microcoque est analogue à celui que Friedlander a vu dans les pneumonies fibrineuses.

M. Tapping a inoculé des souris, des cobayes et des lapins avec ces produits de cul-

ture, et a constaté, après la mort de ces animaux, des lésions de broncho-pneumonie dans les poumons et des altérations du parenchyme hépatique. Les cas dans lesquels le développement du microbe a été complet sont peu nombreux, mais il faut attribuer ce fait à la mort rapide des animaux avant une évolution suffisamment longue de la maladie. M. Tapping conclut que la broncho-pneumonie n'est pas une dans ses causes, et que la pneumonie secondaire des fièvres est probablement due à l'invasion du poumon par les germes infectieux. (*Fotch. d. medic.*, 15 mai 1886.) — C. L. D.

De l'action thérapeutique de l'éthoxycaféine, par P.-C. Chabot. — L'étude clinique de ce produit appartient surtout aux expérimentateurs du laboratoire de l'hôpital Cochin et à M. Dujardin-Beaumetz qui l'administre dans une potion ainsi formulée : Ethoxycaféine, 25 centigrammes ; salycilate de soude, 25 centigrammes ; hydrochlorate de cocaïne, 10 centigrammes ; eau de tilleul, 60 grammes ; sirop de capillaire, 20 grammes.

Dans un cas, un gramme du principe actif pris en cinq doses a suffi pour calmer les douleurs d'un zona, chez une anémique, et chez une migraineuse 50 centigrammes en cinq doses firent disparaître une céphalalgie opiniâtre. M. Chabot cite encore deux observations de migraine dans lesquelles le succès fut aussi complet.

L'addition de salicylate de soude a pour but de faciliter la dissolution du sel caféique et celle de la cocaïne de prévenir les douleurs d'estomac souvent consécutives à l'emploi du médicament. M. Chabot conclut avec Filhene à l'utilité de ce traitement contre la migraine tout en faisant appel, pour l'avenir, à de nouvelles recherches destinées à en préciser les indications. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept. 1886, p. 213.) — C. L. D.

Du traitement de la sialorrhée gravidique, par Schramm. — La salivation excessive des femmes enceintes est loin de s'observer fréquemment. Cependant elle peut devenir un inconvénient et une cause d'affaiblissement comme dans le cas dont M. Schramm rapporte l'histoire.

L'état général de cette malade était profondément altéré et une intervention active devenait d'urgente nécessité. L'iodure de potassium, efficace contre les salivations de l'hydrargyrisme chronique, avait été impuissant. L'atropine, la duboisine et la galvanisation du sympathique atténuaient faiblement ce phénomène.

C'est alors que la pilocarpine fut injectée sous la peau à l'exemple de MM. Labbé et Davezeaux. Après sept injections hypodermiques contenant chacune un centigramme de la substance active, le flux salivaire devint moins abondant, mais ne cessa pas.

Le bromure de potassium fut alors administré et sous son influence la sialorrhée disparut. M. Schramm attribue son efficacité à ce qu'il diminuerait l'excitabilité des nerfs glandulaires et paralyserait à la fois les fibres sécrétoires du sympathique, et les filets radiculaires du nerf facial. En tout cas ce médicament lui paraît encore indiqué, parce qu'il est sans danger pour les femmes enceintes. (*Soc. gynécologique de Dresde*, mai 1886.) — C. L. D.

HYGIÈNE SOCIALE

ROLE DE LA FEMME DANS LA SOCIÉTÉ.

Le *Siècle* du 21 septembre 1886 nous donne un article très bien fait de M. Albert Dethez, où l'auteur insiste sur les dangers que fait courir à la santé des jeunes filles le surmenage intellectuel. M. Albert Dethez s'appuie sur les communications de notre éminent confrère, M. Dujardin-Beaumetz, à l'Académie de médecine, et il ajoute : « ... Dans la même séance, M. Lagneau a rappelé qu'en Angleterre, sur 183 aliénés appartenant à la classe des instituteurs, on constatait, en 1882, qu'il y avait 145 femmes. Mêmes proportions, ou à peu près, ont été observées en Amérique, où les *doctoresses* fournissent un contingent énorme à l'aliénation mentale. » Ce dernier renseignement vient puissamment à l'appui des idées que j'ai cherché à développer, il y a quelques années, dans l'*Union médicale*, sur *la femme médecin*. M. Albert Dethez termine son inté-

©BIU Santé

ressant article par le paragraphe suivant, dont j'approuve la doctrine de toutes mes forces et que je n'hésite pas à reproduire, parce que des sentiments si vrais ne sauraient être trop répandus : « Si la femme a droit à l'instruction, s'il a été bon et nécessaire de réagir contre le vieux préjugé qui la vouait à l'ignorance, il importe de ne pas tomber dans l'excès contraire et de tenir compte intellectuellement des différences que la nature a mises entre l'homme et la femme. Celle-ci a son rôle tout tracé dans la Société. *Elle est destinée à être épouse et mère.* Il faut qu'elle soit épouse et mère intelligente, instruite, pourvue surtout d'éducation. Or, la première qualité pour remplir son rôle de mère et d'éducatrice, c'est qu'elle ait l'esprit bien équilibré. Le surmenage intellectuel ne conduit pas toujours à la folie, mais il conduit presque toujours au détraquement. Or, la vie moderne, avec ses nécessités et ses accidents, produit assez de détraqués pour que nous ne nous avisions pas, systématiquement, d'en augmenter le nombre. »

Je suis heureux de trouver dans ce paragraphe une approbation implicite de mes doctrines sur le rôle de la femme dans la Société. (Voir *La femme médecin* par G. Richelot, librairie Dentu et au bureau de l'*Union médicale*, Paris, 1875.) — Dr G. Richelot père.

FORMULAIRE

Lotion contre la gale. — Comessati.

Hyposulfite de soude.....	200 grammes.
Eau.....	1000 —

Faites dissoudre. — Avec cette solution, on pratique des lotions sur tout le corps, au moment du coucher. — Le lendemain matin, on lave également tout le corps, avec de l'eau additionnée de 50 grammes d'acide chlorhydrique par litre. — A la suite de ces deux lotions, il se dépose dans les pores de la peau du soufre très divisé, qui s'y maintient fort longtemps. Il se forme aussi de l'acide sulfureux, qui, comme le soufre, est toxique pour l'acarus. — L'auteur déclare avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants de ce traitement, qui n'a pas besoin d'être répété. — N. G.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — *Concours des prix de l'internat.* — Le jury du concours, qui doit s'ouvrir le mercredi 3 novembre prochain pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, est définitivement constitué. Il se compose de MM. les docteurs Balzer, Landrieux, Mercklen, Brun, Terrier, Tarnier et Le Dentu.

Bulletin bibliographique.

Études sur le lait naturel et les laits médicamenteux, par le docteur Adrien Sicard. Cet ouvrage se trouve chez Ch. Bérard, rue Noailles, 22.

Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle, par Raison (A.-G.). Volume in-8° de 42 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve au « Progrès médical ».

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bernheim : Du son tympanique dans la pneumonie. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : Du traitement chirurgical des myomes utérins. — De l'arthrotomie. — III. Bibliothèque : De l'emploi et de l'efficacité du tannin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses. — Contribution à l'étude des localisations cérébrales et à la pathogénie de l'épilepsie. — L'embaumement, la préparation des sujets et les préparations anatomiques. — IV. Revue des Journaux : Des effets antiseptiques du vinaigre et de leur emploi dans le traitement de la diphthérie. — De la cocaïnomanie. — De l'empoisonnement par la vanille. — De l'empoisonnement par l'iodoforme. — Le traitement de la neurasthénie. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Du son tympanique dans la pneumonie.

Communication faite au Congrès de Nancy, par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de cette ville.

I

On sait que dans la pneumonie, lorsque le lobe inférieur d'un poumon est hépatisé, la percussion de la région sous-claviculaire au niveau du lobe supérieur donne souvent un son tympanique. Il en est de même dans l'épanchement pleurétique qui remplit la région postéro-inférieure d'une cavité pleurale; la percussion au-dessus et en avant de l'épanchement, sur la région sous-claviculaire, donne aussi un son tympanique.

C'est ce qu'on appelle à tort *son skodique*, du nom de Skoda, qui a signalé le phénomène, mais ne l'a pas découvert, car il est mentionné, au moins dans la pleurésie, par Avenbrugger, l'inventeur de la percussion.

L'interprétation généralement admise de ce tympanisme, que j'ai moi-même exposée dans mes leçons cliniques, est la suivante :

A l'état normal, le parenchyme pulmonaire est tendu dans la cavité pleurale, attiré contre la paroi thoracique par le vide virtuel intra-pleural.

Si l'on ouvre la plèvre, la pression atmosphérique devenant égale des deux côtés, le poumon obéit à sa rétractilité physiologique, et diminue de volume; il se relâche.

Or, le son du poumon relâché, du poumon revenu sur lui-même, sur la table de l'amphithéâtre, est un son tympanique; tandis que le son du poumon tendu tel qu'il est normalement dans le thorax est clair, profond, mais non tympanique.

Pourquoi cette différence? Parce que, dans le dernier cas, la percussion met en vibration non seulement l'air contenu dans les alvéoles, mais encore le tissu solide du parenchyme pulmonaire lui-même. De l'ensemble de ces vibrations hétérogènes résulte un son plus ou moins clair, mais ce son n'est pas tympanique.

Lorsque, au contraire, le poumon est revenu sur lui-même, son tissu relâché ne vibre plus ou vibre moins, comme une corde trop peu tendue; l'air vibre en quelque sorte seul dans cette masse spongieuse lâche, comme si les cloisons alvéolaires n'existaient pas, comme s'il n'y avait qu'une grande cavité aérienne; les vibrations sont presque exclusivement gazeuses; elles sont homogènes. De là un son plus pur, plus musical, un son tympanique.

Or, dans la pneumonie, comme dans la pleurésie, qu'arrive-t-il? Dans la première, le lobe inférieur hépatisé augmente considérablement de volume; ce lobe tuméfié envahit, je suppose, les trois quarts de la cavité pleurale et

©BIU Santé

diminue d'autant la place réservée au lobe supérieur; celui-ci alors peut obéir à sa rétractilité physiologique et revient sur lui-même. Il en est de même si les trois quarts de la cavité pleurale sont occupés par du liquide; le poumon se rétracte. Et c'est parce que le tissu pulmonaire est rétracté qu'il donne un son tympanique.

Ce son tympanique offre d'ailleurs des variantes; il est *ample*, c'est-à-dire de longue durée; ou *bref*, c'est-à-dire de courte durée, suivant l'amplitude des vibrations; il est *profond* (grave de ton), ou *élevé* (aigu de ton), suivant la tension et la dimension des colonnes d'air qui vibrent.

Ces différences dans l'amplitude et dans la tonalité du son tympanique sont souvent remarquables à suivre dans l'évolution progressive d'un épanchement pleurétique. Je suppose un épanchement pleurétique qui remonte en avant jusqu'au quatrième espace intercostal. Au-dessus de ce niveau, le poumon rétracté donne un son tympanique ample et profond; ample, parce que l'air en quantité assez grande donne lieu à des vibrations d'assez grande amplitude; profond, parce que les colonnes d'air vibrantes assez longues donnent un son grave, comme les longs tuyaux d'orgue.

L'épanchement augmente graduellement et remonte jusqu'au second espace intercostal. Le son tympanique se concentre alors dans les deux premiers espaces, et en même temps il peut devenir moins ample et plus élevé de ton; moins ample, parce que le poumon, d'abord simplement rétracté, est finalement comprimé par les progrès de l'épanchement; l'air intra-pulmonaire qui reste étant moins abondant, les amplitudes vibratoires sont plus petites; le son devient moins ample; en outre, plus élevé, parce que les colonnes d'air, plus courtes, donnent un son plus élevé, comme les courts tuyaux d'orgue.

A mesure que le poumon continue à être comprimé par le liquide et vidé de son air, l'amplitude du son diminue; son acuité s'élève; il conserve encore sa qualité tympanique, tout en étant très peu ample et très élevé de ton; c'est ce que j'appelle de la *matité tympanique aiguë*. Au premier abord, si l'on percute rapidement et légèrement, le son paraît nul, mat; mais, si l'on percute avec plus de force et de lenteur, on constate sous cette apparence de matité une masse de son musical aigu très net. C'est ce son qu'on trouve parfois dans les épanchements très considérables, au niveau du triangle sterno-claviculaire, dans la seule région où, comme on sait, le poumon reste encore accolé à la plèvre pariétale, accessible à la plessimétrie. Que l'épanchement augmente encore, et le poumon comprimé, vide d'air, atélectasié, donnera un son complètement mat. Ainsi, *son tympanique, ample et profond, son tympanique moins ample et plus élevé, matité tympanique aiguë, matité franche*, telles sont les dégradations progressives que subit le son pulmonaire sous-claviculaire dans l'épanchement pleurétique. Il en peut être de même dans la pneumonie, si le parenchyme, resté sain et rétracté, diminue progressivement de volume et se vide d'air, comprimé par le gonflement du parenchyme malade. Mais ici cette évolution dans les qualités plessimétriques du son est plus rare, parce que les lobes pulmonaires s'hépatisent le plus souvent en masse et rapidement.

D'après ce qui précède, et ceci est généralement admis, le son tympanique existe dans la pneumonie au niveau des portions non hépatisées du poumon. Ajoutons encore qu'on l'observe presque toujours dans les régions sous-claviculaires, alors que le lobe inférieur est hépatisé, tandis qu'on ne l'observe pas en général dans les postéro-inférieures, alors que le

lobe supérieur est hépatisé. J'attribue cette différence à ce fait que l'hépatisation du lobe supérieur s'accompagne ordinairement d'engouement, congestion passive ou collatérale du lobe inférieur, partie déclive du poumon, et cette congestion diminuant la capacité des alvéoles et déterminant un exsudat intra-alvéolaire a pour conséquence une diminution de sonorité. une submatité de la base; le lobe supérieur, au contraire, reste plus souvent indemne à côté d'une hépatisation de la base.

II

Ce que je voudrais établir maintenant, c'est que le son tympanique dans la pneumonie peut exister non seulement au-dessus des portions hépatisées, mais *au niveau même* de l'hépatisation. Ce son tympanique peut s'accompagner de vibrations métalliques constituant un bruit de pot fêlé.

Démontrons d'abord le fait :

Obs. I. — B. J..., 42 ans, entre le 16 février 1886 à la clinique le onzième jour d'une pneumonie ; il meurt le 17 février au soir, à onze heures. Frisson initial, fièvre continue, dyspnée, crachats vert-olive, visqueux. Voici les signes physiques constatés le 17 : sous la clavicule gauche *son tympanique aigu peu ample ; au deuxième et au troisième espace, même son, avec pot fêlé ;* au quatrième et au cinquième espace, matité. En arrière, matité dans toute la hauteur plus accentuée au sommet. A l'auscultation en avant à gauche, râles trachéaux bronchiques avec sibilances des deux côtés ; respiration plus faible à gauche qu'à droite ; en arrière, respiration soufflée dans toute la hauteur ; râles sous-crépitants dans la moitié supérieure, ainsi qu'à l'aisselle. A droite, sonorité normale. L'autopsie montre *une hépatisation totale* du poumon gauche, compact, granuleux, gris marbré de noir ; *la portion du poumon correspondant au son tympanique était hépatisée.*

Donc tympanisme au niveau de l'hépatisation ; ajoutons que ce tympanisme s'étendait nettement aux trois espaces intercostaux et transversalement du sternum jusqu'à l'aisselle, aussi prononcé vers la ligne axillaire antérieure que vers le sternum. Il ne s'agissait pas de la sonorité trachéale transmise, du son trachéal de Williams ; c'était un son tympanique pulmonaire.

Dans les deux observations suivantes, le criterium de l'autopsie fait défaut, mais l'hépatisation des portions tympaniques du poumon est établie par les signes physiques :

Obs. II. — S. C..., 29 ans, charron, entre à la clinique le 6 février 1886, le sixième jour d'une pneumonie, qui fait sa défervescence du huitième au neuvième jour. Frisson, point de côté au-dessous du sein gauche, expectoration jus de réglisse ; température : 39 à 40 degrés. Voici les signes physiques consignés le septième jour : sous la clavicule gauche, *son tympanique aigu, peu ample, avec pot fêlé. Le même son, le même pot fêlé existent aux deuxième, troisième et quatrième espaces ;* à ce niveau, le son est moins aigu, mais toujours métallique. *En arrière,* du même côté, le *son est peu ample, aigu, avec une nuance métallique* depuis la fosse sus-épineuse jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse ; à partir de là, le son devient plus obscur.

A l'auscultation, à gauche et en avant, respiration rude, expiration prolongée, cordes de basse et râles sous-crépitants dans toute la hauteur ; plus gros à partir du troisième espace. En arrière, respiration rude, râles secs et sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse ; mêmes râles sous-crépitants, avec souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse et vers le creux axillaire ; à la base, râles muqueux simples.

Le lendemain, huitième jour, même son tympanique aigu, peu ample, pot fêlé dans les quatre premiers espaces intercostaux antérieurs ; en arrière, matité dans toute la hauteur. A l'auscultation, râles sous-crépitants en avant dans toute la hauteur ; en

©BIU Santé

arrière, souffle, avec bouffées de râles sous-crépitants dans les fosses sus et sous-épineuses, jusqu'à la base, ainsi que dans l'aisselle.

Ces signes physiques persistent encore quelque temps après la défervescence ; le douzième jour, le bruit de pot fêlé, avec son métallique, est encore très net dans les trois premiers espaces intercostaux : la respiration à ce niveau est devenue vésiculaire, avec ronchus et sibilances ; quelques râles fins à partir du quatrième espace ; en arrière, des bouffées de râles crépitants s'entendent dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi qu'à l'aisselle.

Il s'agit donc là aussi d'une *hépatisation du lobe supérieur qui a déterminé un son tympanique aigu avec pot fêlé dans les quatre premiers espaces intercostaux.*

Obs. III. — F. P..., terrassier, 47 ans, entre à la clinique le cinquième jour d'une pneumonie, qui fait sa défervescence le neuvième jour. Frisson, point de côté, expectoration gommeuse, dyspnée ; température : 39 à 40 degrés. Voici les signes physiques le sixième jour :

A la percussion, en avant, son clair, profond des deux côtés, *tympanique à gauche ;* ce son tympanique recouvre la matité précordiale. En arrière, son normal à droite, assez clair dans la fosse sus et sous-épineuse gauche ; matité au-dessous de l'angle de l'omoplate.

A l'auscultation, respiration nette en avant des deux côtés ; quelques sibilances. En arrière, respiration nette dans la fosse sus-épineuse, soufflée depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à l'angle ; silence respiratoire au-dessous ; persistance des vibrations thoraciques.

Le son tympanique coexistant avec une respiration nette sous la clavicule semble indiquer une rétraction du parenchyme non hépatisé, mais les jours suivants la respiration soufflée et les râles crépitants fins en avant et en arrière dans toute la hauteur indiquent que tout le lobe supérieur est hépatisé, et cependant la sonorité tympanique profonde se maintient dans la région sous-claviculaire.

Il est donc absolument démontré, et notre première observation suffit à l'établir, que le *poumon hépatisé dur et compact peut donner lieu à un son tympanique* grave ou aigu, ample ou peu ample, avec ou sans pot fêlé ; d'ordinaire, ce son est peu ample, et c'est pour cela qu'à une percussion superficielle, il est inconnu.

Ce tympanisme est plus fréquent dans les régions sous-claviculaires ; c'est là aussi qu'il acquiert son timbre le plus métallique et peut s'accompagner du pot fêlé. On l'*observe aussi, bien que moins accentué, au sommet postérieur* (observation II). Enfin, *il n'est pas rare au niveau du lobe inférieur hépatisé.* Dans l'observation III, je trouve noté vers l'angle de l'omoplate gauche, un son tympanique profond, peu ample, *son de carton* (*schachtelton* des Allemands), qui se prolonge jusqu'au neuvième espace, où commence la matité complète.

Je me rappelle avoir souvent constaté, à une percussion un peu forte, cette sonorité spéciale, ce son de carton un peu au-dessus de la base du poumon hépatisé. Il suffit que l'attention soit appelée là-dessus, pour que toutes ces nuances de sonorité s'imposent clairement à l'oreille. En percutant rapidement et légèrement, on les méconnaît ou on les néglige ; car, ici comme ailleurs, on ne trouve que ce qu'on cherche, et on est tout étonné, quand on a trouvé si aisément, d'avoir passé journellement à côté du phénomène sans le trouver.

Resterait à interpréter le mécanisme. Dans quelles conditions particulières le poumon hépatisé qui donne habituellement un son mat, souvent

absolument mat, *tanquam percussi femoris*, donne-t-il un son tympanique? Est-ce lorsque les grosses et moyennes bronches qui le traversent ne contiennent que de l'air, sans mélange de sécrétion bronchique? Les vibrations aériennes, engendrées par la percussion, seraient transmises à travers le tissu hépatisé, homogène, bon conducteur du son, tandis que la présence de liquide ou d'exsudat solide dans les bronches, diminuant leur contenu aérien et en troublant les vibrations, empêcherait le son de se produire? Je ne sais; j'ai voulu établir seulement le phénomène clinique : le son tympanique dans la pneumonie peut exister au-dessus de l'hépatisation, au niveau du poumon relâché ; il peut exister aussi au niveau même du poumon hépatisé ; dans les deux cas, c'est surtout, mais non exclusivement, dans la région antérieure et supérieure du thorax qu'on le rencontre.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MYOMES UTÉRINS, par le docteur A. VAUTRIN.

Avant d'exposer les procédés opératoires qui doivent être divisés en deux grands groupes selon que la tumeur a une évolution vaginale ou une évolution abdominale, l'auteur examine les indications générales du traitement chirurgical. L'opération ne doit jamais être une intervention de complaisance, et l'on doit poser comme règle immuable que toute opération entreprise contre une tumeur utérine qui ne présente pas de symptômes incompatibles avec la vie de la malade est téméraire et non justifiée; ceci dit, les indications de l'opération sont : la nature fibro-kystique de la tumeur, l'accroissement rapide, les hémorrhagies, les compressions graves, les douleurs vives, les signes d'obstruction pelvienne, la gangrène du néoplasme. Pour Kœberlé, il y a contre-indication à l'intervention opératoire quand il y a des adhérences vasculaires étendues, que la totalité de l'utérus est hypertrophiée, quand la tumeur remplit l'excavation et quelquefois quand le volume est trop considérable. Il ne faut pas trop compter sur l'influence de la ménopause et se souvenir que l'expectation peut être une grande faute; enfin le traitement médical, que l'on doit toujours essayer, emploie surtout le seigle ergoté en injections, le massage et l'électricité; ses échecs sont des plus nombreux.

Le chapitre consacré aux polypes est très court; autant que possible, il faut employer les moyens simples : excision par les ciseaux conduits sur le doigt ou par la torsion. Quand le pédicule n'est pas accessible ou est trop gros, on emploiera le morcellement, l'évidement ou l'écraseur dont le grand défaut est d'agir à l'aveugle.

Les myomes sessiles peuvent dépendre, soit du col, soit du corps de l'utérus. Pour ces derniers, on a cherché à produire la gangrène et l'élimination de la tumeur par le fer rouge ou d'autres procédés toujours très dangereux; en combinant l'emploi de l'ergotine avec des incisions superficielles de la tumeur ou la dilatation artificielle du col, d'autres chirurgiens sont parvenus à obtenir l'expulsion spontanée ou la gangrène du fibrome, mais l'énucléation doit être regardée comme la méthode de choix. Elle peut être complète ou incomplète et on ne doit pas l'appliquer lors de tumeurs trop grosses ou interstitielles; la gangrène est, par contre, une indication pressante. Il faut naturellement, pour ces opérations, que le col soit dilaté ou dilatable, et, dans le cas contraire, on l'a élargi par des bougies ou de l'éponge préparée; d'autres, tels que Hégar, sont parvenus au même résultat par l'emploi d'incisions bilatérales.

Après être entré dans des détails de médecine opératoire que nous ne pouvons reproduire, l'auteur prouve que la décortication de la tumeur ne doit pas être recherchée avec obstination dans les cas de myome adhérent, ramolli, enflammé ou gangrené. L'opération incomplète est alors seule indiquée, car on s'exposerait, si l'on persistait, à perforer les parois utérines, à avoir des inversions réductibles ou irréductibles; elle est, du reste, toujours grave, et cela beaucoup plus que la laparotomie.

Les complications de ces opérations sont, pour l'extirpation totale : les hémorrha-

©BIU Santé

gies, la perforation ou l'inversion de l'utérus, la septicémie, le collapsus; pour l'opération incomplète : la septicémie, la gangrène, les métro-péritonites, les lymphangites, les thromboses. En fait, l'enlèvement partiel, que l'on a vu dans quelques cas suivi de guérison, doit être considéré comme une opération de nécessité. Quand à la mortalité de l'énucléation totale, elle n'atteint pas 14 p. 100.

Les myomes de la partie inférieure du col sont faciles à atteindre et l'énucléation complète est encore le meilleur procédé. Quelquefois on a dû se résoudre à l'énucléation en plusieurs temps où à l'opération incomplète, bien moins dangereuse que pour le corps. Toute une catégorie de tumeurs de la portion sus-vaginale se développe surtout vers le rectum; on a employé, dans ce cas, le soulèvement, l'énucléation simple et la myomectomie vaginale, opération dangereuse et difficile quoique indiquée dans certaines circonstances. Enfin, contre les fibromes du col en général, M. Péan conseille l'ablation par la voie vaginale après morcellement. La colpohystérectomie, que l'on a voulu employer lors de myomes multiples et petits, est peu connue, et c'est encore une opération mal réglée.

Les myomes à évolution abdominale s'accroissent sur la surface libre de l'utérus ou dans la cavité pelvienne. Les premiers, qui peuvent être sous-séreux ou interstitiels, ont, comme indications opératoires, l'accroissement rapide, les phénomènes de compression qui peuvent devenir graves, l'ascite. On pourra quelquefois, la stérilité étant le seul symptôme dont se plaigne la malade, extirper une tumeur sous-séreuse; et quant aux hémorrhagies, elles sont surtout le fait des myomes interstitiels. Le traitement chirurgical des tumeurs à évolution vers l'abdomen a été résumé par M. Vautrin de la façon suivante :

1° Pour l'ablation des myomes sous-séreux pédiculés ou à base étroite, on fera la *myomectomie simple;* la mort arrive surtout lors du gros pédicule. Mortalité : 25 p. 100;

2° Pour l'ablation de certains myomes encapsulés dans le tissu utérin, on pratiquera l'*énucléation;* ce sont les difficultés opératoires, l'étendue des désordres qu'entraine l'opération qui causent surtout les accidents. Mortalité : 50 p. 100;

3° Pour l'ablation des myomes inclus dans la substance utérine, pour lesquels il faut enlever une partie de l'utérus avec ou sans ouverture de sa cavité, on fera l'*amputation partielle de l'utérus*. Quand la cavité utérine est ouverte, l'opération est bien plus grave et donne une mortalité de 31 p. 100; elle est seulement de 9,5 p. 100 dans le cas contraire;

4° Pour l'ablation des myomes avec extirpation de l'utérus au-dessus des insertions du vagin, on fera l'*amputation supra-vaginale*. Mortalité : 46,3 p. 100;

5° Pour l'ablation de myomes multiples avec l'utérus hypertrophié, on emploiera, dans certains cas, l'*extirpation complète de l'utérus* peu pratiquée.

L'extirpation des myomes pelviens est indiquée quand la tumeur est mobile dans l'excavation, gêne et augmente rapidement; il y a souvent, du reste, impossibilité absolue de l'enlever, et, dans ce cas, on fera la castration ou l'on se bornera à une laparotomie exploratrice. En enlevant les ovaires, on provoque une ménostase artificielle et cette méthode a donné de nombreux succès.

L'auteur consacre un long chapitre au traitement du pédicule dans l'hystérectomie; ses conclusions sont que le traitement extra-péritonéal est celui qui donne les meilleures garanties de réussite, mais que, dans certaines circonstances, il doit céder la place au traitement intra-péritonéal. On choisira la réduction du pédicule, quand, sans plus de dangers que le procédé de fixation à l'extérieur, elle permettra d'obtenir une guérison rapide; bien des fois on l'emploiera par nécessité.

Pendant la grossesse, l'hystérectomie est autorisée lors de troubles graves et dangereux causés par le myomes; les autres opérations donnent des résultats beaucoup moins bons que l'extirpation.

Un chapitre sur la castration, comme méthode de traitement, termine la thèse. Il en résulte que l'oophorectomie donne 13 p. 100 de mortalité et est loin de toujours empêcher la reproduction des hémorrhagies ou l'accroissement de la tumeur; c'est, en tout cas, le meilleur des traitements palliatifs.

De l'arthrotomie, par le docteur Ad. Jalaguier.

L'étude de l'arthrotomie doit être restreinte aux faits dans lesquels l'ouverture d'une articulation forme la partie essentielle de l'opération que l'on pratique, c'est-à-dire lors d'arthrites, d'épanchements et, enfin, de corps étrangers articulaires.

Après avoir, dans un historique fort complet, rapporté l'histoire de l'opération avant et après la découverte des pansements antiseptiques, l'auteur étudie tout d'abord l'arthrotomie dans les arthrites suppurées en se basant sur les 102 observations qu'il a pu réunir. Dans leur ensemble, ces observations ont fourni 91 guérisons simples (89,91 p. 100), 2 guérisons après résection consécutive (1,96 p. 100), et seulement 9 morts (8,22 p. 100); les guérisons sans opérations consécutives donnent 51,96 p. 100 de conservation complète ou à peu près complète des mouvements et 20,58 p. 100 d'ankylose absolue, la limitation des fonctions de l'article étant incomplète dans le reste des cas. Quant à la mortalité de l'arthrotomie antiseptique, elle est de 8,82 p. 100.

Les différentes variétés d'arthrites suppurées donnent naturellement des résultats dissemblables; la moins grave, au point de vue de l'opération et de ses suites, est l'arthrite idiopathique des enfants, la plus dangereuse est l'arthrite puerpérale; les conditions si variées dans lesquelles l'opération se pratique expliquent ces différences de gravité. D'une façon générale, du reste, plus l'intervention est précoce, plus les résultats sont favorables, et c'est là une des causes qui expliquent la fréquence des succès chez les enfants.

Les procédés opératoires se divisent en deux grandes classes, selon qu'il n'y a qu'une seule grande incision pratiquée sur l'un des côtés de la jointure, ou bien que des contre-ouvertures, des « incisions de décharge » sont faites après la première.

Si l'on prend le genou comme exemple, on voit que, lorsqu'ils ne font qu'une seule ouverture, les chirurgiens la pratiquent au côté externe de la rotule et la prolongent assez haut pour pouvoir facilement pénétrer dans le cul-de-sac sous-tricipital; le plus généralement, du reste, ils préfèrent faire au moins une contre-ouverture à la partie interne et quelquefois plusieurs autres au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale ou dans le creux poplité. Sitôt les produits morbides évacués, le nettoyage complet de l'article à l'aide d'éponges imbibées de chlorure de zinc et de sublimé devra être minutieusement pratiqué; puis, quoique cela ne soit pas indispensable, on drainera la jointure à l'aide d'un ou deux bouts de tube plutôt que de part en part; en général, c'est du quinzième au vingtième jour que les drains peuvent être définitivement enlevés. Le drainage d'avant en arrière ne doit pas être employé à la partie interne de l'article (un cas d'ulcération des vaisseaux poplités), et quand on croira devoir l'utiliser, il faudra l'appliquer à la partie externe.

Malgré les succès de M. L. Championnière, l'auteur pense, avec la plupart des chirurgiens, qu'après l'opération il vaut mieux laisser les plaies béantes que de les suturer; il regarde aussi l'immobilisation comme absolument indiquée et insiste sur les avantages que l'on peut retirer de l'extension continue.

L'arthrotomie a été très peu pratiquée dans les arthrites séreuses aiguës et dans les hémarthoses, et il y a trop peu d'observations pour que l'on puisse en tirer des conclusions fermes.

Dans l'hydarthrose, la ponction antiseptique doit toujours être essayée et donne les meilleurs résultats; certains épanchement, cependant, ne peuvent être guéris que par l'ouverture de l'article suivie de lavage et de drainage; ce sont, d.t M. Jalaguier, ceux qui se sont montrés réfractaires aux modes usuels de traitement, ceux qui s'accompagnent d'un épaississement considérable et de productions végétantes de la synoviale, et enfin ceux qui sont caractérisés par un relâchement très marqué de l'appareil ligamenteux et la présence d'une grande quantité de liquide.

Pratiquée pour les corps étrangers articulaires, l'arthrotomie est un des triomphes de la méthode antiseptique. La statistique de Larrey, publiée en 1861, donnait 21,3 p. 100 de morts par l'incision à ciel ouvert et 12 p. 100 par la méthode de Goyrand si souvent infructueuse. Eh bien, M. Jalaguier a pu réunir 112 arthrotomies antiseptiques, donnant comme mortalité 0,89 p. 100, chiffre pour ainsi dire insignifiant.

©BIU Santé

Les corps mobiles que l'on doit opérer (naturellement après avoir essayé de tous les moyens simples, et dans le cas de syphilis du traitement spécifique) sont ceux qui causent de violentes douleurs et des phénomènes d'arthrite aiguë ou chronique. Pour pratiquer l'opération, on endort le malade et on place le membre dans l'extension, puis l'artrophyte étant fixé, ce qui n'est pas toujours commode, l'incision est pratiquée sur lui et il est extrait généralement avec facilité. Dans quelques opérations, ce dernier temps a été difficile par suite du volume exagéré du corps étranger, de son enclavement ou de ses adhérences; dans tous ces cas, des manœuvres discrètes et simples ont toujours réussi à mener à bien l'arthrotomie commencée. Réunion partielle, drainage et immobilisation suffisamment prolongée: tel est le traitement consécutif employé par la plupart des opérateurs; tel est aussi celui qui, d'après les statistiques de l'auteur, est suivi des meilleurs résultats fonctionnels.

Pour M. Jalaguier, l'ouverture d'une articulation dans le cas de tumeur blanche n'est pas une véritable arthrotomie, ce n'est qu'un temps préliminaire d'une autre opération parfaitement définie, et il n'y a pas à entrer dans l'étude complète de ces faits.

Un dernier chapitre est consacré à l'étude des différents procédés opératoires appliqués à chaque articulation, et la thèse se termine par des observations inédites et les tableaux statistiques les plus complets. — P. Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

De l'emploi et de l'efficacité du tannin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses, par Duboué (de Pau). — Paris, 1886; G. Masson.

Il est certain et, sur ce point, on ne saurait assez partager l'opinion de M. Duboué, le tannin n'occupe pas dans la pratique la place à laquelle il a droit. Très certainement aussi, le patronage autorisé de M. Duboué contribuera à sa réhabilitation, et la brochure de notre confrère sera une sorte d'événement dans l'histoire assez modeste jusqu'à présent de cet agent médicamenteux.

Les observations cliniques de M. Duboué établissent, en effet, que le tannin administré par la voie gastro-intestinale diminue les divers symptômes occasionnés par les formes les plus graves des inflammations aiguës partielles ou générales des membranes séreuses, crâniennes, thoraciques et abdominales. En outre, son efficacité est encore manifeste contre les formes chroniques de pleurésie et de péritonite localisée.

Les inflammations des membranes muqueuses, dans l'entérite ou la bronchite et les congestions pulmonaires, seraient aussi modifiées favorablement par son administration. Son action s'exercerait-elle sur les éléments épithéliaux? M. Duboué le pense en vertu d'une proposition de Bichat, à savoir : que « tout agent thérapeutique qui modifie tel « élément anatomique ou tel tissu dans un organe doit, dans des conditions semblables, « le modifier de même dans tous les autres organes où ce même élément anatomique « ou tissu se trouve être le siège de la même lésion ».

Cette action est rapide, à condition que le tannin soit à l'état de pureté. M. Duboué préfère donc le tannin préparé à l'éther par le procédé de Pelouze et l'administre par doses quotidiennes de 20 ou 30 centigrammes, jusqu'à 10 ou 12 grammes, sans provoquer ni la constipation, ni les troubles digestifs qu'on observe après son ingestion par les individus en état de santé.

M. Duboué en a fait usage contre la pleurésie purulente, la pelvi-péritonite, la pérityphlite, la péritonite puerpérale, la méningite cérébro-spinale, la pneumonie double, l'étranglement interne et le rhumatisme cérébral. En tenant compte des cas les plus graves, au nombre de 16 sur 94, il n'enregistre que 5 décès, c'est-à-dire une mortalité relativement très faible de 31,25 pour 100. L'exemple de M. Duboué trouvera des imitateurs; mais, dès à présent, et on doit en former le vœu, il y aurait utilité, après cette ingénieuse initiative, de reprendre l'étude physiologique et clinique de ce produit.

Ch. Élot.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ET A LA PATHOGÉNIE DE L'ÉPILEPSIE. (CONTRIBUCIO AL ESTUDIO DE LAS LOCALIZACIONES CEREBRALES Y A LA PATHOGENIA DE LA EPILEPSIA), par le docteur ALBERTO ALBERTI. — 1886, Buenos-Ayres ; Biednia.

Mémoire couronné dans le grand concours national des sciences médicales de la République Argentine en 1884 ; l'œuvre de notre confrère américain a été écrite dans le but de confirmer la théorie des localisations cérébrales. Les occasions de la clinique et des traumatismes crâniens lui ont permis de constater l'exactitude des rapports des mouvements des membres avec l'excitation de certaines zones encéphaliques et de vérifier sur l'homme quelques-unes des conclusions de Ferrier et des expériences contradictoires de Brown-Séquard.

Cependant, ce travail est susceptible d'une objection au point de vue de la pathogénie de l'épilepsie. La provocation des mouvements épileptiformes par l'irritation des zones corticales témoigne bien en faveur, ce que nul ne conteste, de l'épilepsie cérébrale ; témoigne-t-elle pour cela de la nature du mal comitial et de l'identité de son mécanisme avec celles des convulsions épileptiformes d'origine cérébrale ? En un mot, peut-on en conclure à l'identité des phénomènes morbides de l'un et de l'autre et à l'unité de leur pathogénie ?

Nonobstant cette objection, ce mémoire fait honneur à la sagacité clinique de son auteur et au corps médical argentin. — Ch. ELOY.

L'EMBAUMEMENT, LA PRÉPARATION DES SUJETS ET LES PRÉPARATIONS ANATOMIQUES, Par M. L. LASKOWSKI. — Bâle, 1886 ; H. Georg.

Ce mémoire a été couronné par l'Académie des sciences de Caen dans le concours de l'année 1885. Il donne l'exposé des procédés d'embaumement et de conservation des pièces anatomiques recommandés depuis longtemps par M. Laskowski.

Le procédé à la glycérine phénique possède une notoriété qui nous dispense d'insister sur le mémoire actuel, puisqu'il est employé depuis l'année 1864.

En tout cas, ce mémoire donne des détails fort complets sur la technique de cette méthode appliquée à la conservation des sujets pour les dissections, et des pièces anatomiques destinées à figurer dans les musées et les collections. Cette brochure sera donc utilement consultée par les anatomistes et les étudiants qui se livrent aux travaux pratiques. En tout cas, en décernant à l'auteur les lauriers du concours, l'Académie des sciences de Caen a confirmé les mérites de l'ingénieuse méthode du professeur genevois.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Des effets antiseptiques du vinaigre et de leur emploi dans le traitement de la diphthérie, par Friederich ENGELMANN. — Ces essais ont été pratiqués, soit avec le vinaigre employé aux usages alimentaires, soit avec l'acide acétique ou officinal, en gargarismes à 1 pour 4, en vaporisations ou en badigeonnages avec une solution à 1 pour 2 ou pour 3.

La puissance antiseptique de ces solutions surpasse celle d'une solution d'acide phénique à 5 pour 100. M. Engelmann s'en est rendu compte en additionnant des cultures bactéridiennes avec les deux liquides comparativement. Il a constaté que l'addition de 3 à 10 parties de vinaigre dans les liquides septiques arrête le développement des microbes, alors qu'une solution d'acide phénique à 2 1/2 pour 100 ne donne le même résultat que si elle est mélangée par moitié avec ces mêmes liquides.

Ces résultats expérimentaux font recommander l'emploi du vinaigre à titre d'essai contre la diphthérie, d'autant plus que le maniement en est aisé et, de plus, exempt des dangers des autres agents antiseptiques. (*Centralb. f. klin. Medizine*, 3 août 1886.)

C. L. D.

©BIU Santé

De la cocaïnomanie, par ERLENMEYER. — Les malades qui étaient atteints de cocaïsme faisaient abus des injections sous-cutanées de cocaïne. Les accidents les plus caractéristiques qu'ils présentaient consistaient dans la paralysie de la vaso-motilité, l'accélération du pouls, l'augmentation de la diaphorèse, la dyspnée et l'état syncopal.

La nutrition générale était aussi altérée, les yeux avaient perdu leur éclat et la peau présentait une teinte cadavérique. Enfin, ils étaient atteints de troubles psychiques qui motivèrent leur internement.

Toutefois, ce serait une erreur d'attribuer ces accidents seulement à la cocaïne, car ces malades étaient depuis longtemps morphiomanes. (*Deutsche med. Zeitung*, 1886, n° 46.) — C. L. D.

De l'empoisonnement par la vanille, par M. DAVENPORT. — Depuis trois mois, l'auteur a été à même d'observer trois cas d'intoxication après l'ingestion de crême aromatisée avec la vanille. Les symptômes étaient ceux d'une entérite avec phénomènes de collapsus et d'algidité que l'on dut combattre par des injections d'alcool et d'ammoniaque.

La vanille avait été employée sous forme d'extrait, mais l'analyse chimique de cet extrait n'a pu donner raison des accidents observés. M. Davenport les attribue donc à des produits résultant de la fermentation des autres ingrédients qui entrent dans la préparation de ces aliments. Au reste, les empoisonnements vanilliques par les aliments ont toujours été signalés quand cet aromate était mélangé à d'autres corps. L'opinion de M. Davenport est donc vraisemblable. (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 août 1886.)

C. L. D.

De l'empoisonnement par l'iodoforme, par ELBRIDGE C. CUTLER. — Dans cette étude critique fort complète des accidents causés par l'emploi thérapeutique de l'iodoforme, M. Cutler a voulu établir que les grandes quantités d'iodoforme à la surface des plaies ne sont pas exemptes d'inconvénients, et qu'il y a lieu de les remplacer par des substances moins toxiques quand les granulations apparaissent à la surface des plaies vives.

Dans les accidents iodoformiques aigus se manifestent, il est nécessaire de les combattre énergiquement par les alcalins, l'acétate de potasse et les acides végétaux qu'on administre à l'intérieur. S'ils deviennent plus graves, on doit pratiquer la transfusion de solutions de chlorure de sodium.

Quand les formes chroniques, les premiers symptômes sont des troubles digestifs, la dépression mentale, la céphalalgie, l'insomnie et le marasme. C'est alors que l'analyse des urines peut, dans les cas douteux, mettre sur la voie du diagnostic. (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 août 1886, p. 101.) — C. L. D.

Le traitement de la neurasthénie (*Nervous weakness*), par HOLBROOK. — C'est à restaurer la nutrition que cet observateur s'efforce d'arriver en prescrivant les toniques, les amers, la salicine, la cinchonidine et la strychnine, ou bien les solutions d'acide phosphorique et de chlorure de fer. Il recommande surtout l'association du phosphate de fer à la quinine et à la strychnine.

Ces indications sont celles des cas dans lesquels la chloro-anémie intervient; mais, chez les morphiomanes, il est encore nécessaire de prescrire les préparations opiacées en même temps que les toniques. C'est alors qu'ils sont combinés avec ces derniers que les bromures rendent de grands services. Par contre, M. Holbrook ne paraît pas reconnaître une utilité aussi constante et aussi immédiate à l'électrothérapie. (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juillet 1886, p. 17.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 septembre. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Millard (de New-York), qui sollicite le titre de corres-

pondant étranger, 1re division, et adresse, à l'appui de sa candidature, un volume sur la maladie de Bright.

M. Brouardel présente, de la part de Ph. Lafon, un travail manuscrit intitulé : *Etude pharmacologique et toxicologique de la digitaline.* (Comm. MM. Jungfleisch et Schutzenberger.)

M. Maurice Perrin présente, de la part de M. le docteur G. Testevin, médecin-major, un travail manuscrit intitulé : *Quelques considérations sur les vaccinations faites au M'Zat (Algérie) en 1886.*

M. Polaillon présente le malade auquel il a pratiqué la taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette avalée. Cet opéré est aujourd'hui guéri. La guérison s'est effectuée en moins de vingt jours. Les fonctions de l'estomac se sont entièrement rétablies, et maintenant cet homme est aussi bien portant qu'avant l'opération.

Après l'extraction de la fourchette, M. Polaillon avait suturé l'incision stomacale avec un fil de catgut et il avait réduit l'estomac dans le ventre.

Le jour de l'opération, le malade éprouva, au niveau de l'estomac, une douleur assez vive pour gêner les grandes inspirations, empêcher l'expulsion des crachats et rendre difficiles de petits efforts, tels que ceux que nécessite l'émission des urines. Aussi il fallut pratiquer le cathétérisme vésical pendant plusieurs jours.

La douleur stomacale alla progressivement en diminuant. Il n'y eut aucun vomissement, aucun ballonnement du ventre ni aucun phénomène de péritonite.

Pendant les premières vingt-quatre heures, le patient fut soumis à une diète absolue. Il calmait sa soif en humectant de temps en temps sa bouche avec du champagne coupé d'eau glacée. Il n'absorba que deux cuillerées à soupe de ce breuvage, mais il reçut deux lavements de bouillon qu'il garda.

Dès le second jour, il avait faim ; on lui donne sept à huit cuillerées de bouillon glacé et un peu de champagne, puis trois lavements de bouillon.

Le troisième jour, on ne permit que du champagne glacé et coupé d'eau et trois lavements de bouillon additionnés de peptone et de vin. Ces lavements de bouillon avec peptone et vin furent continués chaque jour, jusqu'à ce que l'alimentation par les voies supérieures fût suffisante. Ils soutenaient le malade et calmaient très manifestement sa faim et sa soif.

Le quatrième jour, deux ou trois cuillerées de lait froid furent avalées et digérées.

Le cinquième jour, le malade prit une cuillerée de lait toutes les deux heures.

Le sixième jour, la sensation de la faim étant très accusée, on augmenta la quantité du lait.

Les jours suivants, on y ajouta de petits potages, une côtelette, du vin de Bordeaux. Bref, l'alimentation fut progressivement et prudemment augmentée jusqu'à ce qu'elle eût atteint son degré habituel.

Après une semaine de constipation, les garde-robes se rétablirent normalement. Comme accidents morbides consécutifs à cette taille stomacale, il n'y a à signaler qu'un ictère passager et une poussée fébrile qui coïncida avec la formation d'un petit abcès au niveau de l'incision de la paroi abdominale.

Sauf ces deux petits accidents, l'état général a été excellent pendant toute la durée de la cicatrisation.

Actuellement l'opéré ne ressent aucune douleur soit pendant la vacuité, soit pendant la réplétion de l'estomac. Il peut fléchir le tronc en avant, le courber en arrière, l'infléchir à droite ou à gauche sans éprouver jamais la moindre souffrance dans la région épigastrique, d'où il est permis de conclure que l'estomac se meut librement dans la cavité péritonéale et qu'il n'existe aucune adhérence entre l'incision stomacale et l'incision des parois abdominales. La suture perdue de la taille stomacale a donc parfaitement réussi.

— M. Joannès Chatin lit un travail sur la ladrerie du mouton.

« En résumé, dit l'auteur en terminant, rien ne justifie les craintes exprimées à l'égard du mouton : rarement les cysticerques s'y multiplient au point de déterminer une véri-

©BIU Santé

table ladrerie, et, lors même qu'ils sont aussi abondants, ils n'offrent aucun danger de transmission à l'espèce humaine.

« Loin d'être purement spéculatives, ces recherches paraîtront peut-être offrir quelque intérêt pratique : elles semblent particulièrement favorables à l'usage adopté par la thérapeutique contemporaine qui, justement soucieuse d'éviter les dangers auxquels expose l'ingestion de la viande crue de bœuf ou de porc, peut en toute sécurité prescrire la viande crue de mouton. »

M. Luys communique un travail intitulé : *Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques.* (Sera publié.)

M. Larrey regrette que le travail de M. Luys ne contienne aucune mention des recherches antérieures faites sur le même sujet.

M. Luys répond que, s'il ne l'a pas fait, c'est uniquement par discrétion et pour ne pas abuser des moments de l'Académie.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

FORMULAIRE

Eau curative. — Werner.

Térébenthine de Venise	500 grammes.
Bi-carbonate de soude	12 gr. 50.
Eau distillée	5 litres.

Faites digérer cinq à six jours, à une température qui ne dépasse pas 75 degrés, filtrez. Conseillé pour le pansement des plaies. — On imbibe de ce liquide une compresse pliée en huit, on en recouvre entièrement la plaie, et on enveloppe le tout d'une étoffe imperméable, afin d'empêcher une dessication trop rapide. On humecte la compresse toutes les quatre ou cinq heures. Ce pansement maintient la propreté des plaies, et diminue la suppuration. — N. G.

COURRIER

Société de chirurgie. — La Société de chirurgie reprendra ses séances le mereredi 6 octobre prochain, à trois heures et demie.

Bulletin bibliographique.

Vichy et ses eaux minérales, par le docteur Grellety, 4e édition. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des fractures dites indirectes des os longs par petits projectiles de guerre, par le docteur R. Lacronique.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Victor Rozier, éditeur, rue Saint-Guillaume, 26.

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. Lancereaux : La cirrhose syphilitique. — II. Revue des Journaux : De la cocaïne contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — III. L'Epidémie cholérique de 1886. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Variétés : L'épidémie de choléra du Guilvinec. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

La cirrhose syphilitique (1).

(Leçon recueillie par M. J. Besançon, interne du service.)

Aux deux espèces de cirrhose primitive que nous avons précédemment étudiées, cirrhose alcoolique et cirrhose impaludique, se joint une troisième et dernière espèce, la cirrhose syphilitique. Comme les deux autres, elle s'individualise à la fois par sa cause, par son évolution, et par ses caractères anatomiques. Ce triple critérium est nécessaire, comme je vous l'ai dit, pour légitimer l'existence d'un type morbide. A son défaut, on décrit des syndromes cliniques ou des états anatomiques, mais non des maladies. De ces trois notions, celle de la cause est la plus importante, et les autres n'en sont que les corollaires obligés. Aussi, en classant les cirrhoses d'après leur étiologie, on s'aperçoit qu'on les a classées, par le fait même, d'après leurs symptômes et d'après leurs lésions. Ce mode de nomenclature est accepté de tous en ce qui concerne la cirrhose syphilitique. Pourquoi, dès lors, ne pas étendre aux autres cirrhoses le bénéfice d'une désignation si naturelle, et continuer à les nommer, d'après un caractère inconstant et accessoire, le volume de l'organe lésé? On éviterait ainsi les confusions et les contradictions qui obscurcissent l'histoire de la cirrhose dite hypertrophique.

La cirrhose n'est qu'une des manières d'être de la syphilis du foie. Fréquemment, en effet, les productions embryonnaires dues à l'agent spécifique, au lieu de se diffuser dans l'organe pour constituer l'hépatite syphilitique infiltrée ou cirrhose, se cantonnent à quelques points du foie et y prennent la forme nodulaire. Ces nodules, par leur réunion et leur caséification spéciale, donnent lieu à la formation de gommes, c'est-à-dire de masses arrondies, jaunâtres, sèches et dures, et séparées par une coque fibreuse du tissu hépatique voisin. Ces gommes peuvent se résorber en partie ou en totalité; il en résulte de fortes cicatrices déprimées qui sillonnent le foie et le déforment en amenant sa rétraction partielle. Mais, dans l'intervalle de ces gros îlots fibreux, le parenchyme hépatique reste sensiblement sain et conserve ses caractères normaux. C'est là l'*hépatite gommeuse* que nous avons étudiée ailleurs (2) et qu'il importait de définir, pour limiter exactement le domaine de la *cirrhose* ou *hépatite syphilitique diffuse*, qui nous occupera seule ici.

C'est aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis congénitale que s'observe l'induration spécifique du foie. Mais l'hépatite de la syphilis

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 avril, 3, 10 juin, 6 juillet, 31 août et 2 septembre 1886.

(2) Lancereaux : Traité hist. et prat. de la syphilis, 2e édit., Paris 1873. — Des lésions viscérales syphilitiques. (In *Gaz. hebd.*, 1864.) — Sur les cicatrices du foie. (In *Bull. Société anat.*, 1862.)

©BIU Santé

héréditaire mérite de nous arrêter d'abord, à cause de sa fréquence qui est peut-être en rapport avec la suractivité fonctionnelle du foie aux premiers temps de l'existence.

De toutes les lésions viscérales de la syphilis acquise, les altérations du foie sont, avec celles du poumon, les plus communes, et elles affectent rarement la forme gommeuse. C'est, en général, vers le quatrième ou cinquième mois de la vie intra-utérine que débute l'affection. Elle tue souvent le fœtus avant le terme de la conception et l'avortement en est la conséquence. Cet avortement syphilitique a des caractères typiques. Il se produit du septième au neuvième mois; le fœtus est mort et macéré; l'hémorrhagie utérine peu abondante ou nulle. Il faut vous fixer ces notions dans la mémoire, car, journellement, on les utilise en clinique pour la recherche ou le diagnostic rétrospectif de la vérole chez la femme. Mais l'hépatite de la syphitis héréditaire n'amène pas invariablement la mort avant terme. On l'observe chez l'enfant nouveau-né, et il existe même une cirrhose syphilitique tardive qui peut se manifester plusieurs années après la naissance.

A l'ouverture d'un fœtus ou d'un nouveau-né qui a succombé à cette affection, on trouve d'ordinaire dans le péritoine un contenu sanguinolent. La séreuse est cependant peu altérée même au niveau de la capsule de Glisson. Le foie est augmenté de volume, mais il n'est pas déformé. Sa consistance est accrue; il est ferme et élastique; mais sa surface est lisse, sans saillies granuleuses. Le parenchyme hépatique est grisâtre ou jaunâtre, et sa couleur jointe à une sorte de demi-transparence a fait comparer son aspect à celui de la pierre à fusil. La teinte de l'organe est parfois uniforme, plus souvent nuancée de petites taches blanchâtres ou gris clair, assez nombreuses, très disséminées, non saillantes. L'altération s'étend à toute la glande, mais elle est plus accentuée au niveau du lobe gauche et du bord inférieur.

Histologiquement, cette hépatite syphilitique du fœtus est une cirrhose jeune. On n'y découvre point les tractus fibreux organisés qui sont le propre de la cirrhose alcoolique et que nous retrouverons tout à l'heure dans la cirrhose rubanée des syphilitiques adultes. La néoformation conjonctive est purement embryonnaire et se caractérise par une extrême abondance de petites cellules rondes ou ovoïdes, dont le noyau volumineux se colore vivement par le carmin. La topographie de cette cirrhose est fort irrégulière. En beaucoup de points, les éléments embryonnaires ne sont pas sensiblement plus nombreux que dans le foie normal des fœtus ou des nouveau-nés. En d'autres endroits, au contraire, la prolifération cellulaire est au maximum. Les espaces-portes sont élargis par des infiltrats d'éléments jeunes. Mais ceux-ci ne restent pas limités aux intervalles interlobulaires. Ils pénètrent dans les îlots de cellules hépatiques, le long des capillaires intra-lobulaires, et les dissocient. Aussi, les lobules sont-ils échancrés et inégalement déchiquetés par le tissu de nouvelle formation. Au degré extrême, tout le lobule est envahi; chaque cellule glandulaire est au contact de petites cellules rondes, et on peut dire alors que la cirrhose est mono-cellulaire. Mais il n'existe pas d'expression qui puisse servir à spécifier d'une façon générale la distribution de cette cirrhose de la syphilis héréditaire. S'il est vrai que la cirrhose alcoolique est habituellement annulaire, et la cirrhose impaludique insulaire, l'hépatite syphilitique des enfants est essentiellement diffuse, serpigineuse, inégalement répartie dans les espaces-portes comme dans les lobules. Elle se rapproche cepen-

dant plus par ses caractères histologiques de la cirrhose impaludique que de celle des buveurs.

Les petits points blanchâtres qui parsèment la surface du foie, et que Gubler comparait à des grains de semoule, sont de véritables petites gommes microscopiques. Ils sont constitués, en effet, par des agglomérats de cellules rondes tassées, dont quelques-unes sont déjà en voie de régression. Ils siègent toujours au niveau des espaces-portes.

Nous aurons tout à l'heure à nous demander, à propos de l'hépatite syphilitique de l'adulte, si la distribution de la cirrhose est réglée ou non par le système lymphatique du foie. Qu'il nous suffise de constater ici l'intégrité presque constante de l'appareil veineux sus-hépatique. Au niveau des espaces de Kiernan, les veinules portes sont légèrement comprimées par les amas embryonnaires. Mais leur paroi est intacte et ne montre pas trace d'endophlébite. Les canalicules biliaires sont également indemnes. La fonction biliaire du foie est cependant modifiée comme l'atteste l'état de la vésicule qui, d'ordinaire revenue sur elle-même, ne contient qu'un mucus jaunâtre.

Que deviennent, au milieu de cette énorme infiltration cellulaire, les éléments propres du foie? Ils sont relativement peu altérés, et leurs lésions sont directement en rapport avec le degré d'envahissement du lobule par la prolifération embryonnaire. Dans les îlots hépatiques les plus atteints, on voit les cellules glandulaires comprimées et déformées par l'intrusion de la néoformation spécifique. Leur protoplasma est d'habitude peu modifié; à peine quelques cellules subissent-elles une dégénération granulo-graisseuse. Mais la lésion ne dépasse généralement pas la banalité des altérations par compression.

Quant à la leucomatose, elle n'accompagne pas cette hépatite de la syphilis infantile, mais seulement celle de l'adulte.

On retrouve simultanément sur d'autres organes la signature de la syphilis. Il existe une adénopathie profonde des ganglions prévertébraux. La rate est presque toujours modifiée. Elle est augmentée de volume et souvent même elle est passivement hyperhémiée par suite de la compression des veinules-portes dans le foie. Mais elle peut aussi être le siège d'une splénite interstitielle, développée parallèlement à la sclérose hépatique. Il est possible également de la trouver parsemée de nodules gommeux. Les noyaux de pneumonie lobulaire et les gommes du poumon, les altérations des capsules surrénales telles que les a décrites Baerensprung, l'orchite syphilitique doivent être recherchées avec soin à l'autopsie. Il ne faut pas négliger, enfin, d'examiner les autres organes où les lésions sont à la vérité plus rares, les voies digestives et le pancréas, le rein, le thymus, et enfin le système nerveux qui est aussi touché par la syphilis héréditaire. Mais c'est surtout les os qu'il convient de dénuder et de sectionner avec un soin spécial.

Les symptômes de l'hépatite interstitielle de la syphilis héréditaire sont souvent perdus au milieu des manifestations multiples de la maladie. Chez un enfant cachectique couvert d'éruptions cutanées et de plaques muqueuses, les quelques phénomènes dépendant de la lésion du foie peuvent n'attirer qu'à peine l'attention. Il ne faut pourtant pas négliger de rechercher avec soin sur ces petits malades l'état de l'abdomen, et de déterminer la part d'accidents qu'il convient d'attribuer à l'altération hépatique.

Mais fréquemment aussi la cirrhose est indépendante, et fait sentir ses

©BIU Santé

effets, sans que l'enfant porte à l'extérieur des stigmates de syphilis. Le premier symptôme qui éveille l'attention est souvent alors une hémorrhagie. Les épistaxis et l'écoulement de sang par l'ombilic sont le plus communément observés. Mais on a noté encore des hémorrhagies par la bouche et par l'intestin, des hématuries, et enfin des taches purpuriques. Toutes les fois qu'une hémorrhagie survient chez un enfant nouveau-né, il faut penser à la syphilis, et chercher la tuméfaction du foie et de la rate. La palpation et la percussion montrent que ces organes sont indurés et uniformément augmentés de volume; ils descendent parfois jusqu'à l'ombilic. Le ventre est développé, météorisé. L'épanchement ascitique n'est pas toujours considérable; il semble même faire souvent défaut. L'examen méthodique de l'abdomen permettra pourtant, dans quelques cas, de déceler la présence du liquide péritonéal, au niveau des fosses iliaques. Si l'ascite est un peu abondante et que le ventre soit douloureux, il est légitime de rapporter la production de l'épanchement à la péritonite qui accompagne l'inflammation hépatique.

Les veines sous-tégumentaires de l'abdomen sont bien dessinées; mais c'est là un phénomène banal chez le nourrisson, et qui se montre à l'occasion de la plupart des affections sous-diaphragmatiques. La dilatation veineuse, si elle n'atteint pas un grand développement, n'a donc pas grande valeur pour le diagnostic de la cirrhose infantile. Dans un très petit nombre d'observations seulement, il existait des lésions du système porte (compression des veines ou pyléphlébite) suffisantes pour avoir amené de larges ectasies veineuses, en même temps qu'une ascite considérable.

L'ictère s'observe rarement pendant l'évolution de la maladie. Les selles restent colorées et les urines ne contiennent pas de pigment biliaire. Ces faits sont en rapport avec le peu d'altération des canalicules biliaires, qui subissent seulement une légère compression. Il convient cependant de croire que bien des cas désignés sous le nom d'*ictère grave des nouveau-nés* doivent être rapportés à la cirrhose syphilitique.

L'enfant pousse des cris plaintifs. Son teint est bistré ou blafard; son visage, ridé, exprime la souffrance. Il est pris de vomissements et d'une diarrhée verte s'accompagnant d'érythème des fesses. Sa peau est sèche et brûlante. Il s'amaigrit et refuse le sein. L'affaissement s'accentue progressivement, et l'enfant tombe bientôt dans une cachexie irréparable.

La marche de la maladie est infiniment plus rapide que chez l'adulte, où la succession des actes pathologiques se fait avec une extrême lenteur. De même, les nouveau-nés sont bien plus vite abattus que les enfants un peu plus âgés. C'est, en effet, le propre des affections cirrhotiques héréditaires d'être d'autant plus graves qu'elles se manifestent plus tôt. On peut diviser l'évolution de la maladie en deux phases. La première pourrait s'appeler *période de latence*. Son existence est démontrée par ce fait qu'on trouve souvent la lésion hépatique, à l'autopsie d'enfants syphilitiques qui n'avaient présenté pendant leur vie aucun symptôme du côté de l'abdomen. Nous en avons récemment encore observé un exemple.

Il est certain qu'à ce degré l'affection peut s'améliorer. Bien des nourrissons syphilitiques, convenablement traités, survivent et guérissent; et leur santé ultérieure reste d'ordinaire indéfiniment parfaite. Or, il est bien difficile de croire que, dans le nombre, il n'y en ait pas quelques-uns dont le foie ait subi l'altération spécifique. Cullerier a rapporté l'observation d'un enfant entaché de syphilis héréditaire, qui fut traité et guéri par le mercure,

et mourut d'une affection intercurrente. A l'autopsie, il trouva sur le foie une large cicatrice fibreuse, reliquat probable d'une lésion syphilitique antérieure. Ce fait que la cirrhose infantile peut rester quelque temps latente justifie, jusqu'à un certain point, la conduite des médecins qui soumettent au traitement spécifique les enfants nés de parents syphilitiques, quand même ces enfants ne présentent aucun accident apparent.

Mais quand la phase obscure de l'affection est franchie, quand les accidents abdominaux ont apparu, la mort en est la conclusion habituelle. Moins fréquemment que dans les autres cirrhoses, elle survient par le fait d'une insuffisance hépatique terminale. Le marasme final semble le plus souvent résulter à la fois de l'infection syphilitique générale et de la lésion du foie. Du reste l'issue fatale peut être hâtée par une complication, la péritonite, ou par l'adjonction d'autres accidents spécifiques. Le coryza ulcéreux en particulier, en empêchant l'enfant de têter convenablement, entraîne l'inanition et précipite le collapsus.

Le diagnostic repose sur l'amaigrissement, l'existence d'hémorrhagies et enfin sur la constatation de l'hypermégalie du foie et de la rate. Dans la syphilis héréditaire, contrairement à ce qu'on observe dans la syphilis des adultes, les désordres viscéraux sont précoces et se montrent en même temps que les éruptions cutanées. La présence des syphilides éclaire immédiatement le diagnostic. En leur absence, il convient de procéder à l'interrogatoire des parents, ou mieux à leur examen. On recherchera chez la mère les avortements antérieurs ; mais il ne faut pas se contenter de savoir qu'il y a eu auparavant une ou plusieurs fausses couches. Il importe de déterminer leur âge et leurs caractères, l'avortement des premiers mois de la grossesse n'ayant aucune signification au point de vue du diagnostic rétrospectif de la syphilis.

Une fois la cirrhose reconnue ou simplement soupçonnée, il faut se hâter d'agir. Les frictions mercurielles constituent un moyen efficace et applicable dans presque tous les cas. A leur défaut on peut recourir à la liqueur de Van Swieten à la dose de 2 à 5 grammes par jour, dans du lait. L'action du mercure peut être secondée par l'emploi de petites quantités d'iodure de potassium. Le traitement spécifique ne suffit pas. Il importe de veiller à ce que l'enfant soit soumis à une hygiène rigoureuse. Il devra vivre dans un appartement aéré ; il sera soumis à des ablutions fréquentes ou à des bains salés et à une alimentation exclusivement lactée. Le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'allaitement maternel. Quand bien même la mère n'aurait présenté aucun accident de syphilis, elle ne risque jamais d'être contaminée par son propre enfant. Il y a au contraire de graves inconvénients à confier un tel enfant à une nourrice saine.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

De la cocaïne contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par M. Fraipont. — Depuis l'observation publiée par Weiss en 1884, le chlorhydrate de cocaïne a été administré par divers observateurs pour combattre les vomissements incoercibles des femmes enceintes. Weiss prescrivait l'administration par cuillerées à café, toutes les demi-heures, d'une solution contenant 15 centigrammes de sel pour 150 grammes d'eau.

©BIU Santé

Engelmann (de Creuzmach) et Holtz ont fait usage d'une solution à 3 et à 10 p. 100, et la prescrivaient par dose de 10 à 30 gouttes par jour. Enfin, tout dernièrement, pour ne citer que ces observateurs, M. Bois (d'Aurillac) a essayé, dans le même but et avec le même succès, d'une pommade contenant 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne pour 50 grammes de vaseline. Il l'appliquait le matin et le soir sur le col de l'utérus.

M. Fraipont préfère la méthode hypodermique et injecte sous la peau de l'épigastre une seringue entière de Pravaz d'une solution à 4 p. 100. Il en a obtenu des succès contre les vomissements consécutifs à l'administration du chloroforme, et cite deux cas dans lesquels son efficacité n'a pas été douteuse : Dans l'un, il s'agissait d'intolérance gastrique survenant après une excision cunéiforme des lèvres du col utérin ; dans l'autre, des vomissements rebelles consécutifs à la kélotomie.

Cependant, il considère l'ingestion stomacale comme préférable dans les cas où l'indication consiste à calmer l'irritation nerveuse des parois stomacales. Tels sont les vomissements incoercibles de la gravidité. La méthode de M. Bois ne lui paraît utilisable que si l'estomac refuse même de tolérer les solutions de cocaïne. (*Ann. de la Soc. médico-chirur. de Liège*, août 1886, p. 367.) — C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Le choléra italien. — Le choléra autrichien. — L'épidémie dans l'Extrême-Orient. Le Conseil sanitaire international d'Alexandrie.

Le mal indien continue ses ravages sur les habitants de la péninsule italienne. Son intensité a augmenté dans ces derniers temps, dans les districts septentrionaux et en particulier à proximité de la frontière française, dans la province de Coni.

Plus récemment, il vient de pénétrer dans l'île de Sardaigne malgré les mesures quarantenaires. Au reste, cette tendance à se diffuser en surface caractérise l'épidémie actuelle, qui sévit surtout dans les campagnes et jusqu'à présent épargne plus volontiers les agglomérations urbaines. A Naples et à Milan les cas sont relativement rares et cette bénignité doit être attribuée à une prophylaxie plus sévère et mieux observée que durant les épidémie antérieures.

A côté de ce choléra italien dont on parle moins, voici le choléra autrichien dont on parle beaucoup plus et qui devient la question d'Orient de la médecine. Du littoral de l'Istrie et de la Dalmatie, où elle fait toujours des victimes à Trieste et dans les environs, l'épidémie gagne le centre de l'empire austro-hongrois, menace la Bosnie et l'Herzégovine au sud et s'avance du sud-ouest vers le nord-ouest. Il est actuellement à Buda-Pest et menace de franchir le Danube.

C'est vers le 13 ou le 15 septembre que la ville de Raab en Hongrie a été officiellement déclarée suspecte. Il est vrai que l'invasion a été précédée de diarrhées graves et nombreuses et que durant les jours précédents on avait enregistré des décès par le choléra nostras parmi les soldats de la garnison.

La ville de Raab est peuplée de 20,000 habitants. Du 15 au 20 septembre, le nombre des cas de choléra a varié entre 20 et 25 et celui des décès en 9 et 10. Depuis, l'épidémie paraît s'atténuer. Le 28, on ne comptait ni cas ni décès. Il en est de même à Lokurt.

Vers la même époque, — car il est difficile de préciser les dates à l'aide des statistiques officielles qui enregistrent des cas suspects sous la rubrique de choléra nostras, — le mal indien faisait des victimes à Buda-Pest. Depuis il a continué d'y sévir ; le 12 septembre, on signalait 60 cas environ et 20 décès ; le 25 septembre, 50 à 52 cas et 19 décès, et le 29 du même mois, 25 cas et 11 décès. L'atténuation de l'épidémie serait donc considérable, nonobstant l'hospitalisation des cholériques dans des baraquements défectueux et les lacune de l'organisation sanitaire.

Malgré les instructions du Conseil sanitaire supérieur autrichien, il y a donc lieu de craindre la propagation de l'épidémie dans l'Europe centrale. D'autre part, les Etats riverains du Danube redoutent son extension par cette voie fluviale. La Russie a établi un service médical de visite sanitaire à Sosnowitzy, Granitza, Radziwilof, Volotchisck, Novoselitza,

Ismaïl, Poltcha, Cipkany, Kaboul, Kilia, Vulkovo et à l'embouchure du Prouth. Les bateaux et les voyageurs devront s'y soumettre.

La Turquie vient aussi de prendre les mêmes dispositions à l'égard de tous les navires descendant le Danube. Ils doivent subir une observation de cinq jours avant d'être admis, passagers et équipages, à la libre pratique.

A l'autre extrémité de l'Ancien-Continent, le choléra sévit avec une intensité plus grande encore. En Corée et au Japon, il aurait fait trente mille victimes durant les derniers mois; en Birmanie, il éprouve cruellement le corps d'occupation et les troupes anglaises qui tiennent la campagne. Enfin, il serait en recrudescence en Cochinchine et au Tonkin. Une nouvelle importatiou est donc à craindre après l'extinction de l'épidémie actuelle en Europe. Cette éventualité menaçante donne une grande importance à la réorganisation du Conseil sanitaire international d'Alexandrie. A cet effet, M. Rochard faisait dernièrement appel à l'attention des pouvoirs publics, dans un article publié par le *Temps*. Vraiment, il serait temps de restituer à ce Conseil son autonomie internationale et de rappeler aux maîtres actuels de l'Egypte que la santé publique de tout un continent ne saurait entrer en balance avec les intérêts privés des marchands de la cité de Londres. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le professeur Marey donne lecture, en son nom et au nom de M. Demeny, d'une analyse cinématique de la course de l'homme :

« A. *Mouvements du membre inférieur pendant la période d'appui du pied.* — En général, le pied s'appuie par la plante, quelquefois par le talon, rarement par la pointe; dans ce dernier cas, le pas subit un raccourcissement.

« Dès qu'elle a touché le sol, la plante du pied y reste appliquée pendant un peu moins de moitié de l'appui; elle pivote ensuite autour de l'extrémité des métatarsiens, et, dans ce déroulement, l'angle décrit peut être de 90°, de sorte que la face plantaire du pied soit à peu près verticale. L'emploi de semelles plus ou moins rigides et plus ou moins longues reporte le centre de déroulement du pied en avant des métatarsiens et même au delà de l'extrémité des orteils.

« *Trajectoire de la cheville.* — Immobile pendant l'appui de la plante du pied, la cheville entre en mouvement dès que le talon se détache; elle décrit alors sensiblement un arc de cercle autour de la pointe; le rayon de ce cercle est accru par la longueur et par la rigidité des semelles.

« *Trajectoire du genou.* — Dans la première phase de l'appui, alors que la cheville est immobile, le genou décrit un arc de cercle engendré par la flexion de la jambe sur le pied. Mais, dès que le talon se détache, la trajectoire du genou présente un point de rebroussement et s'élève brusquement, car l'extension de la jambe sur le pied, qui se produit alors, a le double effet de diminuer la vitesse angulaire de la jambe et d'allonger la distance qui sépare le genou du point d'appui sur le sol.

« *Trajectoire de la hanche.* — Elle résulte de la trajectoire du genou modifiée par les mouvements de la cuisse sur la jambe. La cuisse se fléchit d'abord sur la jambe pendant la première phase de l'appui; elle s'étend au contraire pendant la seconde, c'est-à-dire pendant que le pied s'étend lui-même.

« Les changements dans la longueur du membre et les angles sous lesquels ils se produisent donnent à la trajectoire de la hanche, dans la course, une forme concave par en haut, inverse de celle qui existe dans la marche.

« B. *Mouvement du membre inférieur pendant le lever du pied.* — Le pied quitte le sol aussitôt que la vitesse communiquée au corps, suivant le prolongement du rayon du membre inférieur, l'emporte sur celle de l'allongement de ce rayon. Le membre est alors plus ou moins étendu; il est en extension complète dans la course vive. Pendant

©BIU Santé

le lever du pied, le membre inférieur exécute des mouvements angulaires autour de la hanche, dont nous étudierons avant tout la trajectoire.

« *Trajectoire de la hanche.* — Cette courbe se divise d'une façon fort nette en trois arcs, alternativement convexes et concaves par en haut. Les arcs convexes correspondent aux périodes de suspension; l'arc concave intermédiaire coïncide avec l'appui du pied gauche.

« Le premier arc convexe est décrit pendant la suspension qui succède à l'impulsion du pied droit; il est sensiblement parabolique; son sommet correspond à l'un des maxima d'élévation du tronc au-dessus du sol. La hauteur de ce maximum dépend de l'inclinaison du rayon du membre au moment de son impulsion finale et de la vitesse communiquée à la masse du corps. Le chemin parcouru est moindre pendant la suspension que pendant la durée de l'appui; son étendue est d'ailleurs liée à celle de la suspension elle-même et varie avec elle.

« L'arc concave qui vient ensuite et qui correspond, avons-nous dit, à l'appui du pied gauche, est sensiblement pareil à celui qui correspond à l'appui du pied droit; toutefois les balancements du bassin autour de ses axes vertical et transversal modifient légèrement la forme de cette trajectoire.

« Enfin, le dernier arc, dont la convexité regarde en haut et qui correspond à la seconde suspension, diffère peu de celui qui se produit dans la première période de suspension immédiatement après l'appui du pied droit.

« *En résumé*, la trajectoire de la hanche dans la course présente, pendant un pas complet, la forme d'une ligne sinueuse à quatre courbures, à savoir : deux concavités tournées en haut, correspondant aux appuis, ainsi qu'à des minima d'élévation, et deux convexités correspondant aux suspensions et à des maxima d'élévation, de la masse du corps au-dessus du sol.

« La *trajectoire du genou* résulte de celle de la hanche modifiée par les effets de la flexion de la cuisse, dont le déplacement angulaire peut atteindre 90°.

« Enfin, la *cheville*, pendant le lever du pied, suit une trajectoire qui résulte de la composition de celle du genou avec les mouvements angulaires de la jambe sur la cuisse. Durant la première moitié du lever, le genou est fléchi d'autant plus que l'allure est plus rapide; certains coureurs arrivent ainsi à faire toucher du talon la partie basse des fessiers.

« Dans la seconde moitié de l'appui, la jambe s'étend sur la cuisse; mais, au moment où le pied touche le sol, elle est encore légèrement fléchie et presque verticale.

« La trajectoire de la cheville, au lever, présente d'abord une grande élévation en se raccordant avec la courbe ascendante engendrée par le déroulement du pied à l'appui. A partir de ce moment, cette trajectoire s'abaisse; elle présente un point d'inflexion vers le milieu du pas et, finalement, rase le sol jusqu'au moment du poser. Le pied, qui était dans l'extension à la fin de l'appui, se fléchit dans la seconde moitié du pas et s'étend de nouveau au moment du poser.

« Le bassin exécute, autour de son axe transversal, des oscillations peu prononcées; mais il a des mouvements de rotation plus étendus autour d'un axe vertical qui passerait par la tête fémorale du membre à l'appui. L'effet de cette rotation est d'augmenter la vitesse de la hanche au lever.

« On a vu plus haut comment ces oscillations amènent dans la trajectoire de la hanche certaines dissemblances, suivant que l'on considère les inflexions correspondant à l'appui du pied droit ou celles qui concordent avec l'appui du pied gauche.

« Ces irrégularités ne se produisent pas dans la trajectoire du centre de gravité, non plus que dans celle du sommet de la tête et, en général, de tous les points situés dans le plan médian et qui reçoivent de l'action de chacun des membres des impulsions alternatives, mais identiques.

« On doit encore noter que le poser du pied se fait toujours en avant de la verticale qui passe par l'articulation de la hanche, et que la distance qui sépare deux appuis du même pied, distance qui constitue la longueur du pas, dépend du degré d'extension du membre et de son inclinaison au moment de l'impulsion finale, beaucoup plus que de son degré d'allongement au moment du poser.

« Les appuis du pied se font symétriquement de part et d'autre d'une ligne moyenne dans la direction de la progression. Plus la course est rapide et plus les empreintes se rapprochent de cette ligne, sur laquelle les talons finissent par se poser. En même temps, l'angle d'ouverture du pied diminue et la pointe se porte en dedans, à des degrés divers qui semblent dépendre de la structure anatomique du sujet observé et probablement aussi à l'exagération des mouvements de torsion du bassin.

« Quelle que soit la vitesse de la course, la forme des différentes trajectoires que nous venons d'étudier conserve ses principaux caractères. Celle du centre de gravité du corps est de plus en plus tendue à mesure que la course est plus rapide; elle tend à s'approcher d'une ligne droite parallèle au plan du terrain. »

VARIÉTÉS

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DU GUILVINEC

Par M. H.-C. Monod.

On sait combien la dernière épidémie de choléra a été violente dans le sud du département du Finistère. Le premier cas avait éclaté à Concarneau, puis elle a frappé successivement le Guilvinec, Audierne, Douarnenez, Quimper, et d'autres communes encore. Dans dix communes de l'arrondissement de Quimper, comptant ensemble 40,000 habitants, on a vu plus de cinq cents décès. Si à Paris la proportion avait été la même, il y aurait eu 24,000 morts du choléra. On peut juger par là combien l'épidémie était sérieuse.

La commune la plus cruellement frappée a été celle de Guilvinec. Le Guilvinec est un port, il serait plus juste de dire un abri entre les cailloux, mais dont l'importance depuis quelques années grandit à vue d'œil. Le Guilvinec est en hiver un centre de pêche pour le maquereau. Quand elle commence, les pêcheurs arrivent de toutes les parties importantes de la côte pour s'y livrer. A partir de ce moment, ce port de mer minuscule prend une importance extraordinaire. De petites charrettes, traînées par des chevaux du plus pur sang breton, se chargent de paniers de poisson et partent à fond de train pour gagner le chemin de fer à Pont-l'Abbé. Autrefois il fallait aller jusqu'à Quimper, c'était le double de route à faire. Et sur les côtes, les pentes, les montées, ces petites charrettes et leurs intrépides chevaux volaient comme le vent. C'était un spectacle. La bête forçait, rendait tout ce qu'elle pouvait et, arrivée à la gare juste pour le départ du train, semblait fourbue, s'en allait à grand'peine un pas devant l'autre gagner l'écurie où il fallait la laisser reposer jusqu'au lendemain avant de retourner. On savait à la minute le temps qu'il fallait à certains de ces chevaux pour franchir la distance; on savait s'ils pouvaient attendre encore quelques instants un dernier bateau arrivant à la côte avec sa cargaison. C'était une grosse affaire, car autrement le poisson devait attendre le lendemain et perdait beaucoup de sa valeur : le propriétaire du dernier cheval à partir l'achetait pour rien.

En temps ordinaire, le Guilvinec est beaucoup plus calme, sa population beaucoup moins dense.

Quand le choléra fit son apparition, un grand nombre d'habitants émigrèrent, il n'en resta guère que 7 ou 800, sur lesquels il y eut 125 cas et 71 décès. On était donc là en présence d'une épidémie grave sévissant sur une population extrêmement restreinte, c'est-à-dire se présentant dans les meilleures conditions pour l'étude et pour la solution des problèmes si complexes que soulève le développement en Europe de cette maladie asiatique. Un homme, qui n'est cependant pas un médecin, mais particulièrement bien placé pour être renseigné, comprit de suite tout l'avantage d'une étude démographique poursuivie sur un champ aussi restreint, et il nous a donné une histoire du plus haut intérêt de l'épidémie du Guilvinec. L'auteur du travail dont nous parlons et que la *Revue d'hygiène* s'est empressée de publier, n'est autre que le préfet même du Finistère, M. H. C. Monod. M. Monod fut appelé à administrer le département, quand l'épidémie

©BIU Santé

y était dans toute sa force, et il a eu la bonne fortune de la voir céder devant les mesures énergiques qui furent aussitôt prises. Le ministère du commerce délégua immédiatement le docteur Charrin, qui ne quitta plus les lieux contaminés, organisa, de concert avec l'administration, un service sanitaire qu'on pourrait presque dire révolutionnaire. On ne recula devant aucune mesure, de même que les fonctionnaires ne reculèrent devant aucun dévouement, et l'épidémie disparut presque tout à coup, sans laisser après elle ces *queues* qui les prolongent ordinairement un temps assez long après qu'elles ont perdu leur gravité.

Il n'est pas rare de rencontrer dans les bourgs, les villages, des hommes intelligents, de bonne volonté même, qui vous disent : « Je suis oisif, que voulez-vous qu'on fasse dans le trou que j'habite ? » Ils ne voient pas quel service signalé ils rendraient en faisant tout simplement et tout bonnement l'histoire économique et sociale de ce trou. Quelques très rares publications de ce genre existent déjà. L'étude des ressources, des industries, des idées, de la richesse, de la misère, de la bienfaisance, des préjugés dans une petite commune est une étude à la portée de tous ; et dans le nombre des monographies de ce genre qui pourraient être faites, il s'en trouverait probablement qui auraient un intérêt supérieur pour les économistes. De même l'étude d'une épidémie dans un village comme le Guilvinec — si elle est bien faite — sera beaucoup plus instructive qu'un tableau du choléra à Paris, par exemple, ou à Marseille, ou à Toulon, parce que dans ce champ étroit de recherches chaque particularité pourra être analysée, contrôlée. Allez donc démêler les faits de contagion dans la prodigieuse promiscuité des grandes villes ! Au lieu que dans un village où chacun se connaît, où chaque rencontre et chaque visite est un petit événement, il est bien plus aisé de suivre la filière des contacts par lesquels la maladie a pu se communiquer.

A ce point de vue, le mémoire de M. Monod a une importance capitale par le nombre et le détail des faits relatés. Ainsi que nous l'avons dit, M. Monod n'administrait point le Finistère quand l'épidémie éclata. Mais il eut, on le comprend, pour se renseigner, des facultés exceptionnelles. Il fut d'ailleurs servi par les circonstances. Le maire du Guilvinec est un pêcheur qui, dès le début de l'épidémie, désarma son bateau et se consacra sans réserve à éclairer, à encourager, à soigner, à secourir ses concitoyens. Il y a douze ans, dit M. Monod, que M. Le Berre est maire du Guilvinec, et il n'y a pas un habitant qu'il ne connaisse, comme il n'y a pas un malade qu'il n'ait vu et vu plusieurs fois. Il a donc pu fournir sur l'épidémie des informations abondantes et précises. Et même, paraît-il, il ne les a fournies qu'avec beaucoup de circonspection, une crainte continuelle d'exagérer ou de confondre.

C'est au moyen de ces renseignements et de tous ceux d'origine officielle que M. Monod a pu refaire l'histoire de l'épidémie du Guilvinec malade par malade et maison par maison. Le mémoire de M. Monod n'est, à proprement parler, qu'une longue série de documents, mais combien ils sont intructifs. Chacune des maisons où la maladie s'est montrée, au nombre de 69, a son dossier avec mention de la manière dont elle est agencée intérieurement, dont elle est tenue. Chacun des 125 malades atteints a, de même, son dossier, son numéro d'ordre, car il ne fallait pas mettre de noms pour pouvoir être plus véridique. Ce numéro permet toujours de retrouver le malade comme ayant donné le choléra à tel autre, ou l'ayant pris de tel autre. Veut-on un exemple du soin scrupuleux avec lequel sont faits tous ces dossiers personnels? Voici le numéro 10, par exemple : « Date de la maladie, 14 octobre. Décès, le 16 octobre. Malade habitant la maison n° 23; sexe féminin; âge, 13 ans. Enfant appartenant à une famille de pêcheurs. Famille pauvre; elle-même maladive. L'on avait sorti et porté au loin la paille d'un cholérique mort et d'autres objets pour les brûler. Cette enfant a trouvé ces objets pendant qu'on allait en chercher d'autres, a joué avec, s'est roulée dans la paille. Dès qu'on s'en est aperçu, on l'a renvoyée chez elle, où elle a été prise presque en arrivant; elle est morte le surlendemain. »

Et ainsi pour tous les malades. On voit, sans que nous y insistions, l'importance d'un pareil travail, et on comprendra comment il ne pouvait être fait que dans une petite localité. Grâce à tous ces renseignements, M. Monod a pu tracer, pour la première fois, croyons-nous, de véritables arbres généalogiques de la maladie, où nous voyons

par les numéros représentant chaque malade, comment s'est faite la contagion. Ainsi le n° 4 a été le point de départ de 23 transmissions, dont 11 décès. Le n° 33, qui a guéri, a été le point de départ de 25 transmissions, dont 18 décès. Le n° 33 avait à lui seul communiqué la maladie à 7 personnes.

Même au simple point de vue social, cette étude, si consciencieuse, mériterait d'être consultée, comme tableau des mœurs d'une petite agglomération bretonne. La description des habitations, dont quelques-unes n'ont pas deux fois la largeur du grabat qu'elles renferment, les habitudes de vie des malades soigneusement consignées sont autant de sujets de réflexion. Le nombre de fois que revient la mention « ivrogne » est vraiment effrayant. Et il en est à peu près autant signalés « sobres » ou « très sobres » qui ont été mortellement atteints. Où trouver une constatation plus manifeste que la contagion ne dépend pas, comme on le dit trop souvent, du régime des individus, pas plus que des conditions de misère ou d'opulence. La cause est ailleurs, évidemment dans un certain mode de contact, mais qu'il reste encore à déterminer, et sur la nature duquel tout ce qui a été dit du fameux bacille habitant l'intestin, n'apporte aucune lumière.

Et maintenant que nous avons fait connaître cette monographie si intéressante, il nous sera bien permis d'ajouter quelques détails qui ne s'y trouvent point, sur les moyens employés par l'auteur-préfet pour combattre l'épidémie. Quand il arriva dans le département, l'épidémie du Guilvinec était à sa fin, mais l'époque de la pêche du maquereau commençait. Des barques arrivaient déjà de différents points du littoral pour y prendre part. Ce surcroît de population était un danger. On sait, en effet, que, dans ces circonstances, quand au terme d'une épidémie survient dans une agglomération déjà frappée un surcroît de population, la maladie reparaît ordinairement, et quelquefois avec une intensité nouvelle. Tous ces arrivants, qui logent en temps ordinaire chez les habitants du Guilvinec et y déposent une partie de leur matériel de pêche et de leurs provisions, étaient donc exposés à une contagion presque certaine. On eut alors l'idée de faire dresser des tentes militaires pour les nouveau-venus. Mais voici une autre affaire. Ils refusaient d'aller s'y cantonner. Ils étaient un peu poussés à la résistance, il faut bien le dire, par les habitants qui voyaient disparaître le bénéfice qu'ils tirent chaque année des locations faites à ces pêcheurs étrangers.

Tout ce qu'avait tenté l'administration était donc en pure perte. M. Monod apprend cela et accourt au Guilvinec, il réunit les pêcheurs, il est insinuant, éloquent. Rien ne les empêche de laisser leur matériel et leurs filets chez les habitants comme les autres années. C'était dire à ceux-ci qu'ils n'éprouveront aucune perte. Mais il est important d'habiter, de coucher dans les tentes. On fait encore des objections : c'est la terre nue : « Vous aurez des planches ». Il faudrait de la paille : « Vous aurez de la paille ». L'auditoire est évidemment ébranlé. Enfin, un pêcheur, dont nous regrettons de ne pas connaître le nom, dit : « Moi je prends une tente. » Le charme était rompu. Tout le monde en voulut. Il n'y en avait pas assez. Dans la salle basse où se tenait ce grave colloque, où s'agitait en réalité une question de vie et de mort, au milieu de ces rudes hommes de mer, plus sérieux encore que de coutume, venus pour chercher le pain de leur famille dans ce village visité par un nombre inouï de deuils, on pouvait remarquer une femme, une dame. C'était Mme Monod qui avait accompagné son mari, toute prête à passer, s'il le fallait, la nuit dans une des tentes pour prouver qu'on y pouvait habiter. Sa présence ne contribua pas peu à ramener la confiance au cœur de ces braves gens. « Une crâne petite femme tout de même », nous disait d'elle un pêcheur de la côte, en rappelant ces sombres jours du Guilvinec.

Georges POUCHET.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA SEC DES PAUPIÈRES. — Galezowski.

Dans l'eczéma sec ou pityriasique des paupières, qui s'observe chez les goutteux, on

©BIU Santé

saupoudre les paupières, plusieurs fois par jour, avec du calomel porphyrisé. S'il n'atténue pas suffisamment l'irritation, on a recours au mélange suivant :

Calomel porphyrisé.....	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10 centigr.

Dès que les démangeaisons cessent, on suspend l'usage de la morphine. Si le calomel est absorbé et provoque du ptyalisme, on le mélange avec parties égales d'amidon. Cette poudre est souvent conseillée aux vieillards, chez lesquels l'eczéma des paupières revêt un caractère particulièrement tenace. — Enfin, dans les cas où le calomel échoue contre un eczéma trop rebelle, on a recours à des cautérisations légères au nitrate d'argent, que l'on neutralise immédiatement à l'aide d'une solution de chlorure de sodium. — N. G.

PILULES CONTRE LA CHLOROSE. — P. Vigier.

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal	20 grammes.
Gomme pulv.....	2 —
Réglisse pulv.....	2 —

Sirop de gomme q. s. pour 100 pilules non argentées.

Deux à quatre par jour, au moment des repas. — Vin de quinquina au Malaga, régime azoté, exercice au grand air. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. Piochon, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. Janet, agrégé des sciences physiques, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, maître de conférences de physique.

— Par arrêté ministériel en date du 23 septembre 1886, la chaire de clinique obstétricale et accouchements de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eparvier (Jean) ; Chaigneau, conseiller général de la Gironde, et Lemesle, conseiller général de Bourgueil (Indre-et-Loire).

Bulletin bibliographique.

De l'emploi et de l'efficacité du tannin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales et en particulier du choléra asiatique, par le docteur DUROUÉ (de Pau), membre correspondant de l'Académie française.

Les herpès génitaux, par P. DIDAY et A. DOYON (de Lyon). 1 vol. in-8° de 367 pages. — Prix : 6 fr.

De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre, par le docteur C. ROBERT, médecin en chef de la Maternité (Pau). Brochure in-8°. — Prix : 3 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à Paris, chez G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Lancereaux : La cirrhose syphilitique. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : Des tumeurs du larynx. — Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement. — III. Bibliothèque : La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation. — IV. Revue des Journaux : De l'action de la cocaïne sur la pression artérielle. — Recherches sur l'action diurétique de la caféine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Bulletin bibliographique.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

La cirrhose syphilitique (1).

(Leçon recueillie par M. J. Besançon, interne du service.)

La *cirrhose syphilitique acquise* n'appartient ni à la première ni à la seconde période de la syphilis. Elle fait partie des accidents viscéraux de la phase tertiaire. On la voit cependant, dans des cas très rares, survenir à la fin de la deuxième ou au début de la troisième année après l'accident primitif. De tels faits rentrent dans la catégorie des phénomènes tertiaires précoces qui relèvent des syphilis malignes. C'est de la même façon que l'on observe parfois des syphilides ulcéreuses profondes et circonscrites ou des désordres cérébraux graves chez des individus dont la vérole date au plus d'un ou deux ans.

Mais la règle est que l'hépatite interstitielle de la syphilis ne se montre que fort tard, et cela même chez des malades qui, depuis longues années, se croyaient à tout jamais débarrassés de leur maladie. Car on ne peut jamais affirmer qu'une syphilis ait disparu. Cette maladie guérit pourtant, et fréquemment, sous la seule influence d'une hygiène appropriée et d'une vie bien réglée. Mais il n'y a aucun signe positif qui permette de reconnaître qu'il en soit ainsi, et, en présence d'un syphilitique actuellement bien portant, on ne saurait dire si l'infection est épuisée ou si elle est encore capable d'exprimer ultérieurement ses effets.

Il est impossible d'établir un rapport certain entre l'intensité des accidents secondaires et la fréquence de la détermination hépatique de la syphilis. En compulsant les faits, on trouve que, chez la plupart des malades, la période secondaire avait été de moyenne gravité. Chez d'autres, les syphilides avaient été rebelles et tenaces ; quelques-uns enfin n'avaient présenté que des efflorescences superficielles et de courte durée. En pleine période secondaire, en même temps que la céphalée et les douleurs des membres, apparaît quelquefois un ictère de durée variable, que l'on s'accorde à mettre sur le compte de l'infection générale de l'organisme, et sans doute d'une altération parenchymateuse du foie. Or, jusqu'à ce jour aucun fait ne semble prouver que les syphilitiques, qui ont eu la jaunisse au début de leur maladie, soient ultérieurement prédisposés à faire une cirrhose.

Existe-t-il des causes adjuvantes capables de favoriser la localisation de la syphilis sur le foie? On peut soupçonner que les traumatismes de la région hépatique ou les fièvres puissent jouer ce rôle et augmenter la réceptivité morbide du foie. Mais il n'y a encore à cet égard rien de positif. Il paraît, au contraire, ressortir plus clairement de nos observations que

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 avril, 3, 10 juin, 6 juillet, 31 août, 2 septembre et 2 octobre 1886.

BIU Santé

les excès antérieurs de vin et de liqueurs constituent une circonstance prédisposante.

Les *lésions* sont très diverses. Il en est une qui frappe, c'est la péri-hépatite. Des adhérences très solides et très résistantes, parfaitement organisées, unissent le foie au diaphragme; elles sont partielles ou généralisées à toute la surface de la glande. Cette péri-hépatite a une importance quelquefois si considérable qu'elle constitue à elle seule le principal désordre. Chez une de nos malades, une fausse membrane enveloppait tout le foie, et par la compression qu'elle exerçait sur les vaisseaux du hile, elle avait déterminé de l'ascite et de l'ictère. Dans les autres cirrhoses, nous avons déjà observé et décrit la péritonite partielle péri-hépatique; mais jamais elle ne se montre à aussi haut degré que dans la cirrhose syphilitique.

L'aspect extérieur du foie, quoique variable, est la plupart du temps, tout aussi caractéristique que celui de la cirrhose commune des buveurs. Tantôt l'organe est mamelonné ; tantôt sa surface est parcourue par des sillons extrêmement profonds et les bandes de tissu hépatique en relief se dessinent parfois comme des circonvolutions intestinales ; tantôt enfin il est couturé, parsemé de cicatrices.

Si la cirrhose syphilitique de l'adulte se produit de bonne heure et évolue rapidement, elle ne déforme guère le foie, et son aspect se rapproche alors de celui des autres cirrhoses. Le foie est augmenté de volume, sa configuration générale est conservée, sa surface est simplement parsemée d'îlots irrégulièrement disséminés; elle n'est jamais finement chagrinée, comme dans la cirrhose impaludique, ni uniformément hérissée de granulations saillantes et sensiblement égales entre elles, comme dans la cirrhose de Laënnec. Ce sont des mamelons gris jaunâtres, de volume variable, disposés sans ordre à la surface de l'organe, et entourés, les plus gros surtout, d'épaisses travées fibreuses.

Quand la cirrhose survient dans une phase tardive de la syphilis, au bout de huit ou dix ans, par exemple, et qu'elle évolue lentement, le foie augmente encore de volume; mais, plus tard, ses dimensions diminuent par le fait de la rétraction cicatricielle. Tandis que, dans l'hépatite gommeuse, la lésion est toujours partielle et limitée à une portion de l'organe, ici l'altération est généralisée. Mais il y a toujours cependant prédominance de la sclérose au niveau d'un des lobes du foie. Les points les plus atteints se rétractent plus activement, d'où l'irrégularité caractéristique de la surface. La consistance du foie est augmentée, du moins, en certains points. « Les bords sont anfractueux, irréguliers, méconnaissables; les faces bos-« selées, inégales, sont labourées par de nombreux sillons qui, le plus sou-« vent, irradient du ligament suspenseur, et au fond desquels existe un « tissu fibreux résistant. Par suite de cette disposition, la surface de la « glande hépatique présente un aspect lobulé et une certaine ressemblance « avec la disposition du rein des jeunes veaux (1) ». La coupe du foie est ordinairement sèche; on remarque des tractus fibreux entrecroisés, limitant des îlots de tissu hépatique, plus ou moins modifié, comme à la surface. Il est manifeste, cependant, que l'altération diminue en allant vers les parties profondes de l'organe, et qu'elle n'est nulle part plus accentuée que dans ses couches superficielles.

Au point de vue histologique, la lésion est caractérisée par une néofor-

(1) Lancereaux : Traité de la syphilis, 2e édit., p. 328.

mation conjonctive dont les éléments subissent successivement toute la série des modifications de l'état embryonnaire à l'état adulte. Les grosses travées fibreuses qui sillonnent le parenchyme sont constituées par un tissu inodulaire inextensible, analogue à celui des vieilles cicatrices. Sur ces points, l'évolution conjonctive est même plus avancée que dans la cirrhose alcoolique vulgaire. Mais, de ces tractus partent des prolongements qui se diffusent entre les lobules et dans leur intérieur. Là, la néoformation est dans une phase moins avancée et prend l'aspect du tissu fibroïde en même du tissu embryonnaire, comme dans la cirrhose impaludique. On peut donc dire, avec raison, que les lésions microscopiques de la cirrhose syphilitique tiennent en même temps de la cirrhose atrophique et de la cirrhose dite hypertrophique. De la première, elle a les épaisses travées fibreuses formées de tissu connectif adulte; à la seconde, elle emprunte son cachet de cirrhose à la fois insulaire et intra-lobulaire et ses infiltrations embryonnaires.

Les parois veineuses sont médiocrement altérées. Elles semblent seulement un peu épaissies, et le calibre des vaisseaux est diminué par le fait de la compression exercée par le tissu de nouvelle formation. Cette disposition est suffisante pour déterminer la sécheresse du parenchyme et même l'imperméabilité à l'injection de quelques petits territoires vasculaires. Mais l'examen ne montre pas, comme dans la cirrhose vulgaire, la prépondérance presque exclusive des lésions péri-portales, et l'endophlébite oblitérante manque presque constamment. Nous verrons d'ailleurs que l'ascite et les dilatations veineuses ne sont pas d'ordinaire très accusées ; l'expression symptomatique des altérations du système porte fait même parfois complètement défaut, ce qui témoigne de leur inconstance. La cirrhose syphilitique n'est donc pas une cirrhose veineuse. Est-elle davantage une cirrhose biliaire? Les faits démontrent surabondamment le contraire. Les gros conduits biliaires sont libres, les canalicules interlobulaires sensiblement normaux. On peut observer quelques dilatations de ces petits canaux, ou leur multiplication sur certains points. Mais nous avons vu que cette néo-formation biliaire est un phénomène banal, qu'on la retrouve partout, que dans la cirrhose hypertrophique même elle n'est pas une caractéristique, et qu'elle est simplement en rapport avec l'envahissement de la périphérie du lobule.

C'est le système lymphatique du foie qui paraît être le point de départ de l'hépatite syphilitique diffuse, et qui semble régler sa distribution. Il ne faut pas en chercher la preuve histologique au niveau des parties anciennement fibrosées, mais aux points où la cirrhose est encore embryonnaire. L'examen des coupes montre fréquemment alors que les amas de cellules rondes sont plus fortement tassés au pourtour de fentes irrégulières souvent élargies, qui sont des espaces lymphatiques. Cette constatation est en rapport avec la conception générale de la syphilis comme infection du système lymphatique.

Les altérations des cellules propres du foie sont toujours secondaires. Elles peuvent se grouper sous trois chefs. Tantôt il s'agit d'une simple compression déterminée sur les cellules de la périphérie de l'îlot par les éléments de la sclérose. Les cellules se déforment, s'allongent, perdent leur protoplasma, s'atrophient et finalement disparaissent. Tantôt un grand nombre de cellules glandulaires ont subi l'infiltration graisseuse. En troisième lieu enfin, et ceci est le fait essentiel à connaître, on rencontre

©BIU Santé

la dégénérescence amyloïde associée à la cirrhose. Frerichs croyait que la leucomatose du foie était l'effet direct de la syphilis, et il y voyait une variété à part de syphilis hépatique, distincte de l'hépatite gommeuse et de l'hépatite interstitielle. C'est une erreur. La dégénérescence amyloïde n'intervient ici qu'à titre de complication, et elle accompagne la syphilis comme elle le fait de la tuberculose ou de toute autre affection cachectisante. La coloration à l'iode ou au violet de Bâle montre que l'altération s'est fixée à la fois sur les parois des petits vaisseaux et sur la masse cellulaire du lobule.

Presque toujours on rencontre simultanément des désordres anatomiques du côté des autres organes. Les ganglions abdominaux sont indurés et lardacés. La rate est volumineuse, soit par le fait d'un certain degré de stase permanente, soit à cause de l'infiltration amyloïde. Elle peut être touchée par un processus scléreux analogue à celui qui frappe le foie, et alors l'organe est tuméfié, dur, à cloisons épaissies. Quelques observations où l'on a trouvé la rate rétractée et très ferme, font penser que cette splénite interstitielle peut aboutir finalement à l'atrophie du parenchyme liénal. Les reins sont amyloïdes ou sains. A une phase avancée de la maladie, on trouve une altération graisseuse du cœur. Enfin il faut chercher à la surface des voies respiratoires, dans les méninges, dans les muscles et la peau, sur les os du crâne et des membres, des altérations concomitantes, ou des cicatrices consécutives à d'anciennes productions gommeuses.

Les *symptômes* sont variables, ce qui se comprend, étant connues les formes variées des lésions. En somme ils ne sont que l'effet de ces dernières, et, suivant que dominera la périhépatite, l'altération ganglionnaire ou l'induration fibreuse du foie, suivant surtout que les lésions secondaires de dégénérescence graisseuse ou amyloïde se montreront de bonne heure ou tardivement, l'expression clinique sera dissemblable. Au début, les phénomènes subjectifs accusés par le malade n'attirent guère l'attention du côté du foie. Il existe bien quelques troubles digestifs, mais ils sont assurément moins prononcés que dans les cirrhoses précédentes. Le malade se plaint de tiraillements, d'une vague douleur dans l'hypochondre droit, et quelquefois de saignements de nez. C'est souvent la constatation d'autres manifestations tertiaires, qui conduit le médecin à rechercher l'état du foie. Cet organe n'est douloureux ni à la percussion ni à la palpation; il est ordinairement augmenté de volume dans les premières périodes de la maladie, mais plus tard il se rétracte, et le seul caractère vraiment spécial qu'il présente, c'est sa déformation. Ainsi le palper permet parfois de s'assurer de la disparition presque complète du lobe gauche, alors que le lobe droit est volumineux et déborde les fausses côtes. La percussion de la rate montre l'accroissement de ses diamètres ; la coexistence de cette hypertrophie splénique avec une déformation ou même une hypermégalie du foie, en l'absence d'impaludisme et de leucémie, constitue un bon signe présomptif.

L'ictère est rare. Il n'apparaît que dans des conditions spéciales, presque toujours indépendantes de la lésion hépatique elle-même. Il résulte, par exemple, de la compression du hile par des amas ganglionnaires, ou, comme dans le cas que nous avons cité, d'une périhépatite enserrant le foie et ses conduits excréteurs. L'ascite est plus commune que l'ictère. Quand elle existe, elle s'accompagne toujours de dilatations veineuses, car ce sont là deux phénomènes connexes. Elle est l'effet des mêmes causes qui déter-

minent l'ictère, à savoir les ganglions du hile ou la périhépatite. Mais de plus elle peut dépendre de l'infiltration cirrhotique du foie et de la compression des rameaux de la veine-porte. Enfin on la voit apparaître, au terme de la maladie, en même temps que l'œdème des jambes et la cachexie finale.

C'est qu'en effet le tableau clinique s'assombrit quand à l'altération scléreuse vient s'ajouter la dégénérescence secondaire des cellules. Des épistaxis, des hémorrhagies intestinales, surtout, dénoncent le début de l'insuffisance hépatique. J'ai été appelé en 1873 auprès d'un malade dont le ventre était douloureux, ballonné et le foie mamelonné. Il avait eu du melæna, et son médecin, croyant à un cancer du foie, l'avait considéré comme perdu. La déformation du foie, diminué de volume à droite, hypertrophié à gauche, la présence de sillons cicatriciels sur la langue me firent penser à la possibilité d'une hépatite syphilitique. Sous l'influence du traitement ioduré, le malade s'améliora beaucoup. Mais il continua à souffrir de son côté droit, car lorsque les adhérences fibreuses du foie sont établies, elles ne cèdent pas plus à l'iodure de potassium qu'un tissu de cicatrice ordinaire. J'ai su que, depuis, ce malade était mort d'apoplexie.

A une période avancée de la maladie, le malade pâlit, s'anémie. Une diarrhée séreuse, quelques vomissements, l'albuminurie, l'œdème des membres inférieurs traduisent la leucomatose secondaire des viscères abdominaux. La mort survient, soit par les progrès de l'hydropisie et de l'anémie, soit à la suite d'accidents urémiques, rarement par le syndrome de l'ictère grave secondaire.

La marche de la maladie se fait en deux étapes pendant lesquelles l'évolution des symptômes suit fidèlement le processus anatomique. Tant que le foie porte uniquement les lésions directes de la syphilis, tout se borne à quelques désordres abdominaux, et la vie du malade n'est pas mise en jeu. C'est la première période. Mais lorsque, consécutivement à la sclérose, apparaît la dégradation des éléments nobles, l'affection inaugure une phase nouvelle. Les effets de l'insuffisance hépatique se font alors sentir, et le cours des événements est encore précipité par les altérations concomitantes et ultimes des autres organes, en particulier par la dégénérescence amyloïde des reins et du tube digestif.

La durée est généralement très longue. Quand la cirrhose syphilitique survient de bonne heure, aussitôt après les accidents secondaires, elle affecte parfois une allure subaiguë, et sa durée peut se restreindre à quelques mois. Mais la forme commune de cirrhose qui se montre tardivement n'évolue pas en moins de plusieurs années. Il est rare, somme toute, qu'on meure de syphilis hépatique, et bien souvent j'ai vu, à l'autopsie de syphilitiques cérébraux, des altérations du foie qui avaient pû passer à peu près entièrement inaperçues. Alors même que le malade n'est pas soigné, la guérison peut s'opérer spontanément. Le fait se produit surtout quand la cirrhose est partielle, quand elle se confine presque exclusivement au lobe gauche, par exemple. Ce lobe s'atrophie et disparaît en grande partie, tandis que les parties voisines du foie subissent une sorte d'hypertrophie de suppléance. Quand le traitement intervient, les accidents cèdent le plus souvent, pourvu que la période des dégénérescences amyloïde ou graisseuse ne soit pas atteinte.

Il faut chercher la syphilis hépatique. Elle peut être méconnue à son début ; mais quand l'attention s'est portée du côté du foie, quand une lésion

©BIU Santé

de cet organe a été reconnue, il est d'ordinaire facile de la rapporter à sa véritable cause. L'ascite considérable et les dilatations veineuses de la cirrhose des buveurs, l'amaigrissement rapide qu'elle provoque, le gros foie lisse et l'ictère de la cirrhose impaludique sont des caractères qui ne peuvent laisser place à l'erreur. S'il subsistait un doute, il se dissiperait par la connaissance de la marche de l'affection. La cirrhose alcoolique tue rapidement ; celle des paludéens va moins vite, mais elle finit par menacer gravement la vie du malade au bout de quatre ou six ans. La cirrhose syphylitique dure presque indéfiniment. Dans quelques cas, la confusion a été faite avec un kyste hydatique ou une obstruction calculeuse des voies biliaires. Quant au cancer primitif ou secondaire du foie, quand bien même l'exploration de l'organe ne suffirait pas à le faire reconnaître, il évolue de telle sorte que l'erreur ne peut être de longue durée.

Le traitement est celui de toutes les manifestations syphilitiques tertiaires. L'iodure de potassium en fait les frais. Il faut l'administrer à dose suffisante et il est prudent de lui associer les frictions mercurielles. Cette médication mesure ses effets à l'âge de la lésion. On n'a guère de chances d'agir que sur les productions conjonctives jeunes, et il serait illusoire d'espérer obtenir la résolution de formations fibreuses anciennes, aussi définitives que des cicatrices de rupia sur les jambes. Il est, de plus, nécessaire à l'efficacité du traitement que le malade n'ait pas été tourmenté et surmené par une thérapeutiqae inopportune pendant les périodes de silence de la syphilis. Il semble vraiment qu'en pareil cas, il se produise une accoutumance de l'organisme aux agents de la médication spécifique. C'est alors qu'on voit échouer des médicaments dont l'efficacité est merveilleuse quand leur emploi est limité aux indications fournies par la maladie elle-même. Le régime lacté et l'hydrothérapie ont encore ici leur utilité, mais bien moindre que dans les deux autres cirrhoses.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

DES TUMEURS DU LARYNX, par Ch.-Ed. SCHWARTZ.

Les tumeurs du larynx, qui ne doivent comprendre ni les néoplasies de la syphilis, ni celles de la tuberculose, doivent être divisées en deux grandes classes : les tumeurs bénignes dites aussi, et souvent improprement, polypes et les tumeurs malignes.

M. Schwartz consacre la première partie de son travail à l'étude des tumeurs bénignes et, après un court chapitre d'historique, expose d'abord leurs caractères anatomo-pathologiques.

Ces néoplasmes sont peu fréquents relativement aux autres maladies laryngées et peuvent naître soit des parties molles, soit, bien plus rarement, de la charpente fibro-cartilagineuse. Dans le premier cas, on a presque toujours affaire à des productions intra-glottiques naissant de l'angle de réunion des cordes vocales inférieures et du bord libre des cordes vocales, les tumeurs sous et sus-glottiques étant rarement observées. Les variétés anatomiques sont nombreuses, et en tête, comme fréquence, se placent les papillomes.

Leur siège de prédilection est sur les cordes vocales inférieures, sur les parties antérieures et moyennes de ces cordes; généralement uniques, ils sont quelquefois diffus et peuvent alors recouvrir tous les points de la muqueuse. Tantôt villeux, tantôt en grappes pédiculées comparées à des choux-fleurs, ils sont habituellement rosés ou rouge vineux, et ont un volume variant entre celui d'un grain de millet et celui d'un petit marron. Ils sont en grande partie, comme toutes les tumeurs de ce genre, constitués par de l'épithélium, récidivent facilement sur place ou d'autres points de la muqueuse

et il est probable, quoique non absolument prouvé, qu'ils peuvent se transformer en épithéliomas.

Les autres néoplasies bénignes du larynx sont véritablement rares, ce sont : les fibromes, les myxomes, les adénomes, les angiomes, les lipomes et les kystes qui se trouvent soit sur l'épiglotte, soit sur les cordes vocales inférieures.

Les tumeurs de la charpente se développent surtout sur le thyroïde et le cricoïde, et sont, dans la majorité des cas, des enchondromes, des exostoses ou des productions intermédiaires.

La seule cause vraiment efficace et directe des polypes, dit M. Schwartz, est l'hyperhémie, la congestion chronique de la muqueuse laryngée déterminée et entretenue par une cause prédisposante quelconque.

Les symptômes fonctionnels des polypes sont surtout des troubles de la voix qui peuvent aller jusqu'à l'aphonie et des troubles de la déglutition ou de l'appareil respiratoire qui sont beaucoup plus rares. Les signes fournis par le laryngoscope sont naturellement les plus importants et permettent seuls un diagnostic complet. Quant à la marche des tumeurs bénignes, elle est généralement très lente et peut être accélérée de temps à autre par des affections inflammatoires intercurrentes. Lorsque la maladie est laissée à elle-même, la mort survient par asphyxie subite, rapide ou lente, et, dans quelques cas, la respiration s'arrête brusquement sans qu'il y ait obstacle complet au passage de l'air.

Ce qui naturellement importe le plus dans le pronostic des tumeurs bénignes du larynx, c'est leur nature; le papillome est la plus grave de toutes, et il faut toujours songer, dans le cas où l'on se trouve en présence d'un néoplasme de ce genre, à la diffusion et à la récidive possibles.

Les tumeurs malignes, dont l'étude est aussi précédée de quelques mots d'historique, sont rarement primitives et, dans ce cas, elles débutent soit dans la cavité laryngienne proprement dite, soit au niveau des orifices qui la font communiquer avec la trachée et le pharynx. Très souvent, fait important pour le diagnostic, le cancer du larynx est unilatéral; ses variétés anatomiques sont le sarcome, l'épithéliome et le carcinome.

Le sarcome, qui est le moins fréquent, se développe dans la cavité elle-même et est le plus souvent fasciculé; l'épiglotte est le siège habituel des cancers extrinsèques et les cordes vocales celui des intrinsèques; en tout cas, l'épithéliome, et particulièrement le lobulé pavimenteux, est bien plus souvent rencontré que le carcinome. Parties molles et squelette sont également envahis quand une complication intercurrente n'accélère pas la terminaison fatale, et les bourgeons cancéreux peuvent perforer la peau et venir s'épanouir au dehors. Quand la tumeur est limitée à la cavité laryngienne, les ganglions sont rares; quand le cancer s'étend ou est d'emblée extrinsèque, on les trouve sous le sterno-mastoïdien.

En tête des troubles fonctionnels causés par les tumeurs malignes laryngées se placent ceux de la phonation, et surtout la dysphonie; il faut ensuite citer la toux, les troubles respiratoires et ceux du côté des voies digestives, les douleurs surtout vives quand le cancer est ulcéré, et enfin les hémorrhagies; ici encore c'est l'examen laryngoscopique qui fournira les meilleurs renseignements, car les symptômes ressemblent beaucoup à ceux des tumeurs bénignes.

Les récidives sont presque fatales et, de même que dans tous les cancers, le pronostic est des plus mauvais; quant au diagnostic, il est souvent difficile surtout au début, et doit naturellement se faire surtout avec les laryngites syphilitiques et tuberculeuses.

La dernière partie du travail de M. Schwartz est consacrée à l'exposé du traitement des tumeurs du larynx.

Pour les tumeurs bénignes, il vaut mieux employer l'arrachement ou l'excision que les caustiques et parmi ces derniers le cautère galvanique est seul quelque peu usité. La méthode endolaryngée est du reste celle de choix et doit toujours être essayée quand même des accidents pressants auraient contraint le chirurgien à faire la trachéotomie. Les laryngotomies totales ou partielles constituent la méthode extralaryngée; la thyrotomie ou laryngotomie totale est une bonne opération, mais donne une mortalité opératoire d'environ 5 p. 100; quant à la phonation, son résultat fonctionnel est souvent

©BIU Santé

assez mauvais et, d'après Mackenzie, 40 p. 100 des opérés guérissent avec de l'aphonie et 30 p. 100 avec de la dysphonie ; au point de vue de la récidive, il y a guère de différence entre les deux méthodes.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est un bon procédé pour le traitement des tumeurs sus-glottiques et n'est pas suivie de troubles de la voix.

La laryngotomie sous-thyroïdienne de Malgaigne et Prat est aussi une opération sans danger, mais, de même que pour les précédentes, on ne doit jamais y recourir qu'après échec de la méthode endolaryngée. Le jeune âge du patient, le siège sous-glottique ou ventriculaire de la tumeur, sa nature papillomateuse et diffuse sont les principales indications des laryngotomies.

Dans les cas d'accidents dyspnéiques menaçants chez l'enfant on emploiera la trachéotomie ; chez l'adulte, cette dernière opération ou la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

La méthode d'extirpation endolaryngée a été aussi employée pour les tumeurs malignes, mais on ne peut espérer un succès que dans le cas de sarcome pédiculé. Quant aux laryngotomies, ce n'est que dans des conditions spéciales de diagnostic précoce, de localisation et de nature exceptionnellement favorables que l'on peut avoir de bons résultats.

L'extirpation du larynx partielle ou totale est le traitement rationnel des tumeurs malignes. M. Schwartz a pu réunir 110 faits et, après un chapitre consacré au manuel opératoire et des tableaux résumant tous les cas, il entre dans l'examen de la valeur de l'opération.

Tout d'abord elle est dangereuse et donne 41 morts p. 100, les complications redoutables se produisant surtout du côté de l'appareil respiratoire (broncho-pneumonie, pleurésies, gangrènes) ; 27 p. 100 des opérés survivants succombent à la récidive et généralement avant 1 an est révolu ; enfin, le succès, jusqu'à présent, n'a été définitif que dans 8 cas. L'extirpation partielle est moins grave que l'extirpation totale, mais a été trop peu pratiquée pour que l'on puisse émettre un jugement certain.

Comme le dit l'auteur, en présence de pareils résultats, on comprend que Solis Cahen ait rejeté presque complètement l'extirpation du larynx en faveur de la trachéotomie palliative qui ne guérit pas, il est vrai, mais qui soulage et donne aux malades une survie remarquable. Que l'on se serve de cette opération ou de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, la dyspnée et la suffocation diminuent beaucoup ou disparaissent pour un temps et on peut prolonger les jours du patient qui finit toujours, il est vrai, par succomber à l'inanition, à l'épuisement ou aux affections thoraciques inflammatoires.

DU CANCER UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, par le docteur Paul BAR.

L'auteur établit d'abord que, vu la rareté des observations, il ne peut étudier que le cancer du col, puis, après un chapitre d'anatomie pathologique, il montre que, le plus souvent, la grossesse exerce sur le cancer une influence nuisible en ce qu'elle en rend la marche beaucoup plus rapide. L'aggravation est due aux modifications anatomiques du cancer où tendent à dominer les éléments embryonnaires et à la diminution de la résistance que les tissus opposent à l'envahissement.

Les accidents dus à la tumeur maligne peuvent devenir très graves pendant la gestation ; les plus fréquents sont les hémorrhagies qui sont continues ou intermittentes, ont parfois été prises pour la continuation des règles et ont pu, par leur intensité, menacer directement la vie. Les autres complications sont celles que l'on observe dans tous les cas où le cancer marche vite, elles peuvent naturellement entraîner une cachexie rapide. Quant à la grossesse elle-même, elle est, dans beaucoup de cas, interrompue par l'avortement ou l'accouchement prématuré et souvent le fœtus est mort avant le travail.

Ce dernier a naturellement une influence sur le cancer qui peut se déchirer et se rompre ; mais c'est surtout l'action de la tumeur sur lui qu'il faut étudier avec détails.

Il arrive encore assez fréquemment que l'accouchement se fait rapidement ou a une

durée normale, cela se voyant surtout quand la tumeur n'occupe qu'un segment du col et a peu d'extension en hauteur, mais, le plus souvent, l'accouchement est prolongé.

Cette prolongation est due : 1° à l'inertie utérine; 2° à la résistance du col qui ne peut se dilater, à la tumeur qui s'oppose à l'expulsion. L'accouchement peut, après un certain temps, se terminer spontanément et sans désordres; mais, le plus habituellement, des complications surviennent. Ce sont les déchirures du tissu cancéreux qui peuvent être très variables comme siège ou étendue, comprendre le fond de la vessie, le péritoine, ou enfin entraîner les hémorrhagies les plus graves; les ruptures utérines assez rares; la péritonite, qui parfois cause la mort avant la fin du travail. La terminaison fatale peut encore survenir par épuisement résultant de la prolongation excessive ou par les pertes de sang de la délivrance.

La mort du fœtus est fréquente; il se putréfie souvent et infecte alors la parturiente.

L'accouchement prématuré et l'avortement sont, dans les cas de cancer, généralement beaucoup moins graves que l'accouchement à terme.

Au début de son évolution, la tumeur maligne est encore plus difficile à diagnostiquer pendant la gestation que dans l'état habituel. L'excision d'un petit fragment pour l'examen histologique a pu donner quelques bons résultats; cependant l'existence de plaques épidermoïdales du col ou celle d'un papillome ont pû laisser l'observateur dans le doute; quand la tumeur est très développée, on la reconnaît facilement, quoique, dans certains cas, on ait pu penser à un placenta prævia ou à une petite partie fœtale; enfin, quelquefois, le diagnostic de la grossesse elle-même a été des plus difficiles.

Le pronostic est très grave, la mort survient souvent pendant les suites de couches (shock, hémorrhagies, gangrènes, infection), et enfin, s'il y a survie, la marche du cancer est plus rapide.

Trois méthodes de traitement ont été proposées pour le cancer compliquant la grossesse. L'avortement ou l'accouchement prématuré qui forment la première n'ont pas d'action contre l'extension trop rapide de la tumeur, et quand cette dernière est susceptible de créer de grandes complications au moment du travail à terme, ils ne mettent pas à l'abri de tous les accidents et souvent font sacrifier le fœtus sans bénéfice pour la mère; on a encore eu recours à ces opérations pour pratiquer ensuite l'amputation du col, ce que l'auteur ne regarde pas comme légitime; enfin elles forment le premier temps de l'extirpation totale par le vagin. L'amputation du col constitue la deuxième méthode; la grossesse est interrompue dans un tiers des cas environ; quand elle continue, les malades éprouvent un grand soulagement; mais l'opération, dont les cicatrices peuvent devenir une cause de dystocie, n'a jamais été que palliative; dans un seul cas, M. Budin pense que l'on pourrait la proposer: c'est quand le cancer est limité et le fœtus viable. La troisième méthode est l'extirpation de l'utérus que l'on a pratiquée par la voie abdominale et par la voie vaginale. Les dangers de l'extirpation par l'abdomen, opération de Freund, sont bien plus considérables pendant la grossesse que quand l'utérus est vide et l'auteur la regarde comme contre-indiquée; il en est de même pour lui de l'extirpation par la voie vaginale, et il admet, en somme, qu'il « faut se borner à traiter les accidents qui peuvent survenir en soulageant les malades par les moyens que l'on emploie hors de la gestation. » Dans le cas d'épuisement menaçant de mort rapide, si l'enfant est vivant et viable, on pourra recourir à l'opération césarienne.

Pendant le travail, il faudra employer largement les injections antiseptiques, et varier sa conduite selon que le col n'est pas dilaté, est dilaté en partie ou en dilatation complète.

1° Col non dilaté. Le fœtus est vivant ou il est mort. Dans le premier cas, on peut intervenir pour abréger, autant que possible, la durée de la dilatation; la perforation des membranes, l'emploi du ballon de Barnes, de l'éponge préparée, sont contre-indiqués, les incisions ne rendent aucun service, l'extirpation de la tumeur ne peut être utile que quand on peut enlever la plus grande partie des tissus dégénérés, de sorte qu'en fait on pratiquera le plus souvent l'expectation; quand même il se produirait une rupture du col, elle aurait lieu au point le moins résistant et serait plus efficace que les

CBIU Santé

incisions. Si un accident grave apparaît chez la mère, si la fœtus souffre, il faut rapidement terminer par l'opération césarienne. Quand l'enfant est mort et qu'il n'y a pas d'accidents, on peut attendre; mais, s'il est putréfié, on recourra à l'embryotomie ou, si l'on ne réussit pas, à la laparotomie d'une gravité excessive dans ces cas.

2° *Dilatation commencée.* L'enfant est vivant. On pourra activer la dilatation par les ballons de Barnes si le cancer n'occupe qu'une partie du col et que la présentation ne soit pas celle du sommet, ou encore pratiquer l'excision de la tumeur ; mais si quelque complication oblige à terminer vite la conduite à tenir est délicate. Dans le cas de rupture utérine, on fera la laparotomie, si la présentation est celle de l'épaule ou du siège, et que la version ne soit pas possible, ou bien qu'en cas de présentation du sommet la tumeur soit volumineuse, la paroi très résistante et la dilatation peu avancée; dans le cas de parois minces et peu résistantes, de dilatation assez étendue, on pourra employer l'ablation de la tumeur quand elle peut faire disparaître l'obstacle ou bien enfin les incisions suivies d'application de forceps plutôt que l'extraction forcée avec cet instrument. Si l'enfant est mort, on emploiera, comme ci-dessus, la laparotomie ou l'embryotomie.

3° Dilatation complète ou presque complète. Après la rupture des membranes, si le fœtus est vivant, forceps avec ou sans incisions et quelquefois extirpation de la tumeur; si le fœtus est mort, embryotomie.

Quand il y a accouchement prématuré et à plus forte raison avortement, on cherchera autant que possible à terminer par l'extraction par les voies génitales.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation, par le docteur Orgeas, ancien médecin de la marine. — Un vol. in-8° de 424 pages. Paris, 1886; Octave Doin, éditeur.

L'auteur de ce travail s'est proposé de mettre en lumière un principe biologique qui n'a été que trop souvent méconnu jusqu'ici. Ce principe biologique, c'est le *non-cosmopolitisme de l'homme*. De même que le plus grand nombre des végétaux et des animaux, l'homme, le plus complexe des êtres vivants, n'est pas cosmopolite; il ne lui est pas permis de changer *impunément* de latitude et de climat. Suivant sa race, son habitat est circonscrit; hors de son milieu naturel, il ne peut vivre que dans certaines conditions de vie artificielle et il ne peut se reproduire indéfiniment. Tel est le principe biologique que l'auteur s'est efforcé d'établir et dont il a étudié les conséquences.

Les caractères physiques qui séparent les races humaines ont une raison d'être et constituent des conditions d'adaptation à leur milieu. Les caractères anthropologiques des races des climats tempérés ne sont pas en harmonie avec les climats torrides. Les différents physiques que présentent les races humaines déterminent des différences physiologiques et pathologiques. L'auteur est entré dans de longs développements pour mettre en relief ces différences physiologiques et pathologiques qui constituent le point capital de la question coloniale.

L'auteur a étudié d'une manière complète la pathologie comparée des principales races humaines : Européens, Arabes, nègres et métis, Hindous, Chinois et Annamites, subissant l'influence d'un même climat et vivant dans un même milieu : la Guyane. Il a passé successivement en revue la pathologie de chaque race, en insistant particulièrement sur l'histoire de la fièvre jaune, sur l'impaludisme et sur la pathogénie de l'anémie tropicale dont il a mis en lumière le rôle capital. L'action de la haute température continue sur l'organisme de l'Européen dont les caractères anthropologiques ne sont pas en harmonie avec les climats torrides et l'immunité des races des climats torrides contre l'action de la haute température continue constituent deux questions de la plus haute importance au point de vue physiologique et anthropologique. S'appuyant sur

les travaux scientifiques les plus récents, l'auteur est entré, à ce sujet, dans de longs développements physiologiques; il a exposé une théorie originale et nouvelle de la pathogénie de l'anémie tropicale.

Le principe du non-cosmopolitisme de l'homme complique le problème de la colonisation. Ce principe joue un rôle immense dans les phénomènes biologiques généraux. Il a, au point de vue économique et sociologique, c'est-à-dire dans la pratique de la colonisation, des conséquences considérables dont l'auteur a abordé l'étude dans la deuxième partie de son travail.

Les principales questions anthropologiques qui constituent les éléments primordiaux du problème colonial ont été traitées dans cette deuxième partie. Les conditions de la vie des Européens dans les climats torrides, la colonisation européenne dans les divers climats, les conditions de la vie des races adaptées aux climats torrides, l'esclavage colonial, l'avenir des métis, le préjugé de couleur, le non-cosmopolitisme de races des climats torrides, la décadence de la population blanche dans les anciennes colonies à esclaves, le principe de la densité de la population européenne dans les colonies à climat torride, le rôle de la pathologie des races dans les grands faits de l'histoire, les variations des races humaines et la variabilité de l'homme, l'acclimatement, les troupes coloniales, l'avenir de l'Algérie, la conception scientifique des colonies, la politique coloniale, et d'autres sujets encore, font l'objet d'autant de chapitres dans lesquels l'auteur a exposé ses idées et ses recherches.

L'unique but de ce travail est la recherche de la vérité scientifique. Cet ouvrage s'adresse à toutes les personnes possédant une culture scientifique générale, qui s'occupent de l'étude des questions fort complexes que soulève le phénomène de l'émigration et de la colonisation européennes. Ces questions ont acquis, de nos jours, une grande importance; elles se rattachent aux sciences médicales, et les médecins, plus que toutes les autres personnes, ont le devoir de ne pas y rester étrangers. Ce livre se recommande particulièrement à l'attention des anthropologistes. des médecins et des hygiénistes. — N.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action de la cocaïne sur la pression artérielle, par Skinner. — Dans ces recherches, l'auteur a étudié les modifications de la pression artérielle par les injections sous-cutanées de cocaïne associée avec l'atropine, la caféine ou la morphine, sur le chien et sur le lapin. Il a constaté qu'après les injections sous-cutanées de cocaïne le maximum d'élévation de pression artérielle se produit plus lentement qu'après l'administration de ce corps par la voie intra-veineuse. Par son association au chlorhydrate d'atropine, la cocaïne augmente les battements cardiaques et la pression artérielle, mais perd ses propriété convulsivantes.

Le même mélange suspend complètement la sécrétion salivaire; or, la cocaïne seule, d'après les travaux de M. Vulpian, possède des propriétés sialagogues. L'atropine à donc suspendu cette action.

Enfin un mélange de cocaïne et de caféine augmente la tension artérielle et le nombre des battements du cœur, effets tout différents de ceux que produit la caféine quand on l'administre isolément aux animaux. (*Bull. gén. de thérap.*, juillet 1886.) — C. L. D.

Recherches sur l'action diurétique de la caféine, par M. Von Schrœder. — S'il est un fait classique, c'est celui des modifications du pouls et de l'augmentation de la pression sanguine sous l'influence de la caféine. Ces phénomènes ne donnent pas raison de l'action de cette substance sur la sécrétion urinaire. M. Von Schrœder a essayé de l'étudier en détruisant les nerfs vaso-moteurs du rein et en cherchant ainsi à déterminer directement le rôle de l'épithélium rénal.

Des canules étaient placées dans chaque uretère des lapins mis en expérience, et la pression sanguine carotidienne était notée avec le kymographion de Ludwig. On constatait alors que la diurèse augmentait, quoique la pression sanguine fût inférieure à

©BIU Santé

la normale. Cette expérience a été contrôlée en opérant sur des animaux dont il avait détruit tous les éléments nerveux se rendant à l'un des reins. L'animal avait été morphiné, parce que, chez les animaux soumis à l'action de cette substance, la caféine ne provoque pas la diurèse. Or, dans le cas actuel, le rein, séparé de ses éléments nerveux, sécrétait une urine abondante après l'administration de la caféine. Par contre, la sécrétion du rein qui conservait ses relations nerveuses vaso-motrices, n'augmentait pas.

La caféine exercerait donc une action énergique et directe sur l'épithélium rénal, action toute indépendante de sa propriété de modifier le système nerveux. (*Centralb. für die medicin Wissenschaf*, n° 26, 1886.) — C. L. D.

FORMULAIRE

MASTIC DENTAIRE CALMANT. — A. Gaudet.

Chloroforme	7 grammes.
Mastic en larmes	4 —

Faites dissoudre le mastic dans le chloroforme, puis ajoutez :

Baume du Pérou	2 gr. 50 centigr.

Deux ou trois gouttes du liquide sont versées sur une boulette de coton, que l'on introduit dans la cavité de la dent douloureuse. — N. G.

COURRIER

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 20 décembre 1886, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours pour huit places d'élèves internes.

Le lundi 27 décembre 1886, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour cinq places d'élèves externes.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices, à l'Hôtel Dieu, et reproduire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au concours de l'*internat*, recevront une indemnité de voyage réglée comme suit : les frais de voyage, pour l'aller, seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes; les frais de voyage, pour l'aller et le retour, seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après le nombre d'élèves nommés internes.

Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour huit places seulement, et celui de l'externat pour cinq places seulement, ce nombre pourra être plus élevé si la commission le croit nécessaire.

Bulletin bibliographique.

L'immunité par les leucomaïnes, par E. G... B...

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez O. Berthier, libraire, boulevard Saint-Germain, 104.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Bouchard : Des peptonuries et particulièrement de la peptonurie d'origine hépatique. — II. Bibliothèque : Rapports sur les travaux des conseils et commissions d'hygiène et de salubrité publique du département d'Alger en 1885. — III. Revue des Journaux : Note sur les propriétés anti-abortives du viburnum prunifolium. — De la diarrhée infantile et de son traitement. — IV. Thérapeutique : Chlorose et albuminate de fer. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Des peptonuries et particulièrement de la peptonurie d'origine hépatique

D'après une leçon de M. le professeur Ch. Bouchard (avril 1886).

C'est une histoire plus ancienne qu'on ne le suppose que celle de la peptonurie. Sans remonter jusqu'aux recherches de Réaumur et de Spallanzani, il faut rappeler que, depuis le jour où on a su qu'il y avait dans le suc gastrique un ferment capable de transformer les albuminoïdes, on s'est occupé de ce que deviennent dans l'économie les produits de cette transformation, s'ils sont entièrement assimilés et si on n'en trouve pas des traces dans les urines. En tout cas, à partir des travaux de Miahle, en 1852, la question est très nettement posée; c'était d'albuminose, il est vrai, que parlait Miahle et non de peptone; mais la matière qu'il appelait albuminose était par ses caractères chimiques identique à la peptone, et Miahle disait qu'on peut la trouver dans l'urine d'un assez grand nombre d'individus. On a contesté cette assertion de Miahle, et cependant il est réel que, chez un certain nombre d'individus qui se disent sains ou chez lesquels ne s'est produit qu'un très léger degré de dérangement de la santé, on peut voir apparaître la peptonurie.

Les peptones sont de l'albumine légèrement modifiée, ayant subi, nous dit Wurtz, un premier degré d'hydratation qui les rend plus facilement dialysables; elles diffèrent encore de l'albumine par ce caractère de ne plus être précipitées par la chaleur, l'acide nitrique, le ferro-cyanure de potassium.

Elles donnent une coloration rose par l'addition de sulfate de cuivre en présence des alcalis et précipitent par l'iodure double de mercure et de potassium en solution acidifiée par l'acide acétique. Ce dernier réactif, connu sous le nom de solution de Tanret, précipite aussi l'albumine; mais le précipité d'albumine ne se redissout pas par la chaleur, tandis que celle-ci dissout le précipité de peptone, qu'on peut à volonté précipiter de nouveau en plongeant dans l'eau le tube d'urine pour le refroidir.

La peptonurie avait été constatée d'abord en 1851 dans l'atrophie jaune aiguë par Frerichs; elle l'a été, en 1869, par Schultzen et Ries; plus tard, par Gerhardt, dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, puis dans d'autres affections destructives du foie. Ainsi, c'est dans les maladies du foie seules qu'on a d'abord vu et cherché la peptonurie. Mais, avec Hoffmeister (1879), tout change : à partir de ses recherches, la peptonurie fut considérée comme un accident morbide digne d'être étudié dans toutes les maladies, dans les phlegmasies surtout, et même on en est venu à oublier ses attaches avec les maladies du foie.

D'où viennent les peptones qu'on trouve dans les urines? Le tube digestif, dans lequel s'opère quotidiennement une fabrication de peptones, doit

©BIU Santé

en être, pense-t-on, la source; il doit en être la source principale. Mais, en est-il la seule? M. Bouchard ne le croit pas.

On ne trouve pas de peptone dans le sang de la circulation générale, ni dans celui de la veine porte même pendant la période digestive; on n'en trouve pas dans la lymphe, même après la ligature du canal thoracique, alors qu'il se produit une transsudation de liquide dans le péritoine. La matière azotée résultant de la transformation des albuminoïdes alimentaires passe certainement dans l'économie; les peptones introduites dans le gros intestin sont absorbées, puisque la nutrition continue à s'accomplir sans que d'autres matières azotées pénètrent dans l'organisme par une autre voie; et cependant là où elle passe, cette matière azotée, on ne la voit pas dans les conditions normales de la digestion, quand l'absorption s'opère lentement. On a eu quelquefois l'illusion de la voir parce qu'on l'a confondue avec d'autres matières albuminoïdes.

Diverses explications ont été proposées au sujet de l'absence de la peptone dans le sang. On a dit qu'elle était retenue et transformée par les globules blancs.

On a dit encore que les cellules épithéliales de la paroi intestinale opéraient une déshydratation de la peptone pour la ramener à l'état d'albumine. Aussi, comme conséquence de cette hypothèse, quand la peptone apparaît aux émonctoires, on a dit que c'est parce que l'épithélium manque en quelques points du tube digestif; ainsi se trouverait expliquée la peptonurie dans le cancer ulcéré de l'estomac, dans le catarrhe et les ulcérations de l'intestin, dans la fièvre typhoïde. C'est la théorie de la peptonurie entérogène de Maixner (1884).

Cependant, Hoffmeister avait établi qu'il peut exister une certaine quantité de peptone dans le sang pendant la digestion des albuminoïdes. Mais cette peptonémie a ce caractère particulier d'être une peptonémie de certains globules. Or, ceux-ci contiennent-ils de la peptone qu'ils auraient empruntée au sérum, leur vient-elle de l'intestin, ou l'ont-ils fabriquée?

Ludwig, ayant fait au point de vue de la recherche de la peptone l'examen de sang leucémique, l'a trouvé riche en peptone, mais celle-ci se trouve dans les éléments figurés et non dans le plasma.

Jaksch (1884) a dit que, chez les leucémiques, la peptonurie est exceptionnelle, mais que le sang est très riche en peptone et que celle-ci se trouve uniquement dans les globules; or, la très grande abondance des globules blancs (10 pour 100 de plus que les globules rouges) est en rapport avec cette peptonurie.

Bockendahl et Landwehr ont trouvé aussi beaucoup de peptone dans le sang leucémique, mais pas dans le sérum. L'examen du pus montre que ce liquide est extrêmement riche en peptone, et que celle-ci est contenue uniquement dans les globules; or, les cellules du pus sont des éléments de même ordre que les globules blancs. C'est donc une nouvelle preuve de l'aptitude de ceux-ci à s'emparer de la peptone.

L'injection de peptone dans le sang produit la peptonurie, comme l'a montré Hoffmeister; mais toute la peptone injectée dans le sang ne se retrouve pas dans l'urine; une partie disparaît, et proportionnellement il en disparaît d'autant plus qu'on en a moins injecté; le sang semble en retenir toujours une quantité déterminée. Les globules retiennent la quantité de peptone qu'ils peuvent fixer, et tant qu'on n'injecte pas plus que cette quantité, la peptonurie ne se montre pas.

A envisager les choses d'un point de vue plus général, toutes les cellules sont capables de fabriquer des peptones et l'on observe la peptonémie dans tous les cas où se fait une production rapide d'éléments anatomiques. Ce phénomène se produit non seulement dans les suppurations abondantes, mais quand se développe une tumeur encéphaloïde ou un sarcome à marche rapide.

En 1884, Fenomenow a dit qu'il se fait aussi de la peptone dans le réservoir urinaire, à la surface de la vessie, quand les urines albumineuses et acides contiennent des cellules épithéliales à l'état de desquamation, des leucocytes ou des hématies. De là une peptonurie particulière, qui ne résulte pas, comme le croyait Senator, d'une sécrétion simultanée de l'albumine et de la peptone; car, si l'urine cesse d'être acide, la sécrétion de la peptone ne se fait plus.

Pacanowski, en 1885, a vu aussi que l'urine albumineuse acide se charge de peptone, mais que, si elle devient ammoniacale, la quantité de peptones qu'on y trouve a diminué singulièrement.

En tout cas, ces faits prouvent qu'il y a dans l'économie d'autres sources de peptones que l'intestin. On en peut tirer encore cette conclusion que la condition nécessaire de la peptonurie est la présence dans le sang d'une quantité de peptone supérieure à celle que peuvent retenir les globules blancs.

Si on examine maintenant les cas cliniques dans lesquels on a observé la peptonurie, on apprend avec Maixner qu'il existe une peptonurie d'origine intestinale (*entérogène*), alimentaire. Elle a été vue dans le cancer et le catarrhe de l'estomac, dans la dilatation de cet organe par M. Bouchard en 1884 et par M. G. Sée, dans le catarrhe intestinal, dans la fièvre typhoïde, dans les ulcérations tuberculeuses et amyloïdes de l'intestin.

Il peut exister une peptonurie *phlegmasique* (Hoffmeister), quand se forment, quelque part dans l'économie, des exsudats, quand s'opère une production intense d'éléments anatomiques nouveaux, comme dans les grandes suppurations; on peut voir ainsi la peptonurie chez des malades atteints de pleurésies, de péricardite, d'épanchements rhumatismaux des séreuses, de suppurations osseuses (Wassermann). Il ne suffit pas d'ailleurs qu'il se forme des éléments anatomiques nouveaux, il faut qu'il s'en détruise; c'est au moment de la résolution des phlegmasies (pneumonie), de la liquéfaction des exsudats, de la désagrégation des vieux leucocytes, qu'apparaît la peptonurie.

En récapitulant ces données, on arrive à reconnaître que la peptonurie réclame cinq conditions. Il faut une formation abondante de cellules, riches en peptones, — la destruction rapide de ces cellules, — la liquéfaction de l'exsudat qui les contient; il faut encore que les vaisseaux qui existent à proximité de l'exsudat soient perméables, que l'exsudat par exemple ne soit pas fibreux (la peptonurie manque dans la pleurésie chronique), — enfin que la résorption de la peptone soit en quantité suffisante pour que les globules blancs ne la retiennent pas.

Telle est la peptonurie appelée *histogénétique* de l'autre côté du Rhin.

Pour démontrer l'existence d'une peptonurie du sang, *hématogène*, Jaksch s'appuie sur ce fait qu'il l'a observée trois fois sur sept cas de scorbut. Laboulbène a montré que, dans cette maladie, il y a des leucocytes nombreux, très gros, qui se détruisent, si bien qu'on voit des débris de globules à côté de globules volumineux. Jaksch fait la même description de

©BIU Santé

l'état des leucocytes dans le scorbut; en outre, la coloration au bleu de méthyle lui a permis de mettre en évidence les noyaux.

Y a-t-il d'autres peptonuries? — On a signalé la peptonurie dans des maladies infectieuses, dans l'anémie pernicieuse, dans certains empoisonnements, mais, dans ces états pathologiques, tantôt il y a des exsudats, tantôt une destruction des leucocytes; en outre, il y a de la fièvre et certaines altérations organiques, telles que la dégénérescence graisseuse du foie. D'ailleurs, la fièvre suffit à suspendre les fonctions du foie. Nous sommes ainsi ramenés à notre point de départ, à la peptonurie dans les états morbides du foie.

C'est le moment de se demander s'il n'y a pas une peptonurie d'*origine hépatique*, hépatogène, comme on dirait de l'autre côté du Rhin.

Rappelons que Frerichs l'a vue d'abord dans l'atrophie jaune aiguë, et Gerhardt dans l'empoisonnement par le phosphore, que Schultzen et Ries en 1869 sur 10 empoisonnements phosphoriques, ont vu 5 fois la peptonurie, et l'ont rencontrée 4 fois sur 4 cas d'atrophie jaune aiguë. Jaksch l'a signalée dans la cirrhose.

Sur 76 malades apyrétiques ayant un *gros foie*, M. Bouchard a trouvé 20 fois la peptonurie. Or, en pareil cas, manquent les autres causes jusqu'ici admises de peptonurie, il n'existe ni ulcère intestinal, ni exsudat, ni destruction globulaire, ni fièvre, ni infection.

La seule cause qu'on puisse invoquer est un trouble fonctionnel du foie, et ce trouble existe; car, dans cet état du foie encore mal déterminé anatomiquement et sur les caractères cliniques duquel M. Bouchard a appelé l'attention dans ses leçons de 1886, le foie est non seulement gros, mais privé de certaines de ses fonctions; il est notamment incapable d'accomplir la fonction glycogénique normale, il laisse passer le sucre qui lui vient de l'intestin. Il est très vraisemblable qu'il laisse de même passer la peptone. M. Bouchard considère donc la peptonurie hépatique comme réelle.

(A suivre.) P. Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Rapports sur les travaux des conseils et commissions d'hygiène et de salubrité publique du département d'Alger en 1885, par E.-L. Bertherand. — Alger, 1886; Fontana.

Comme ses aînés, ce rapport contient de nombreux documents qui témoignent de l'activité des hygiénistes algériens. Il en diffère cependant parce qu'il établit les résultats qu'on est en droit d'espérer de l'initiative des communes dans les réformes sanitaires. M. Bertherand fait mention des tentatives de l'autorité municipale de Castiglione. Sur la demande de notre confrère M. Destival, elle a nommé une commission sanitaire à l'effet de constater les causes d'insalubrité, mauvaise tenue des cours, abatage des animaux en pleine ville, aménagement défectueux des irrigations, existence d'établissements insalubres non autorisés. De plus, ces constatations n'étaient pas seulement platoniques, elles avaient la sanction d'un arrêté municipal, assurant l'exécution de mesures prophylactiques et de mesures répressives. C'est dire que les pouvoirs municipaux de Castiglione ont mis à exécution l'idée de l'autonomie des communes en matière d'hygiène, autonomie légitime quand elle a la science désintéressée pour inspiratrice. M. Bertherand émet un vœu bien légitime en faveur de la fécondité de cet exemple en Algérie et dans le continent. Malheureusement, ce vœu pourrait bien n'être que platonique, car jusqu'ici, en matière d'hygiène publique, les exemples ne sont guère contagieux. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur les propriétés anti-abortives du viburnum prunifolium. (*The British Medical Journal*, 27 février 1886.) — Depuis la publication du travail du docteur Wilson, dans le *Liverpool Medico-Chirurgical Journal*, 1885, sur les propriétés du viburnum prunifolium, travail dont nous avons rendu compte à nos lecteurs comme de tous ceux qui ont eu pour objet l'étude de ce nouveau médicament si vanté et si utilisé en Amérique, le docteur Macfie Campbell (de Liverpool) a eu l'occasion de constater à diverses reprises les propriétés anti-abortives du viburnum, et se déclare autorisé par les faits à prêter l'appui de son autorité à tout ce qu'on a écrit sur ce sujet.

Il ajoute que rien n'est plus illusoire que la routine qui veut que dans les avortements on prescrive l'opium ou le chanvre indien d'une part, l'ergot de l'autre; car, dit-il, ces drogues agissent souvent dans un sens diamétralement opposé à celui qu'on se proposait, presque aussi souvent même que dans le sens voulu. Combien de fois n'a-t-on pas vu l'administration des deux premiers médicaments prescrite en vue d'enrayer l'action utérine et d'amener la cessation des douleurs, être suivie immédiatement de douleurs expulsives intenses, tandis que celle de l'ergot, donné en vue de vider l'utérus (pour des motifs inavouables), n'a eu d'autre résultat que la disparition complète de tous les symptômes alarmants et le rétablissement de l'état physiologique.

Bien que les cas dans lesquels Macfie Campbell s'est servi du viburnum ne soient qu'au nombre de 6, comme ces 6 cas d'avortement se sont montrés presque à la suite les uns des autres, comme il y a eu 5 succès sur 6 cas, comme les effets favorables ont suivi immédiatement l'administration du médicament, de façon à ne laisser subsister aucun doute sur le rôle qu'il a pu jouer dans la tournure favorable qu'ont prise les choses, l'auteur croit parfaitement légitime d'en attribuer l'honneur au viburnum prunifolium.

Voici un court extrait des cas d'avortement rapportés par l'auteur :

1er cas. — Mistress B..., grossesse de deux mois; perte subite de sang et douleurs expulsives. On ordonne d'abord l'opium et le repos. Au bout de deux jours de ce traitement classique, on donne l'extrait de viburnum à la dose de 0,12 centigrammes trois fois par jour. Celui-ci ne paraît avoir aucune influence sur les douleurs, qui persistent tandis que le col continue à se dilater, et l'utérus expulse bientôt son contenu. Peut-être la dose était-elle trop faible? En tout cas, l'auteur déclare avoir perdu deux jours avant de donner le viburnum et croit pouvoir attribuer l'insuccès à cette hésitation.

2e cas. — Mistress H..., enceinte pour la septième fois, arrivée à deux mois et demi de la grossesse, est éveillée un matin de bonne heure par la sortie d'un liquide chaud qui fait irruption hors du vagin et qui s'accompagne bientôt d'une perte de sang. A l'examen, on trouve le col ramolli et dilatable. Repos au lit, et, de suite, trois grains (0,18) d'extrait de viburnum prunifolium toutes les quatre heures. Bientôt le sang s'arrête, la décharge se tarit graduellement et, dès la première dose, les douleurs expulsives cessent presque complètement de se faire sentir.

3e cas. — Mistress B..., sixième grossesse. Arrivée au cinquième mois de sa grossesse, est réveillée pendant la nuit par la rupture de la poche des eaux. Celles-ci mouillent largement les vêtements et les draps de la malade. Bientôt surviennent les douleurs. La malade, vue dans l'après-midi, prend trois grains de viburnum trois fois par jour; les symptômes disparaissent.

4e cas. — Grossesse au cinquième mois : perte subite de sang avec douleurs utérines. Même dose de viburnum et même succès.

5e cas. — Grossesse arrivée au deuxième mois. A déjà eu deux fausses couches. Deux grains d'extrait de viburnum, trois fois par jour. Soulagement. Un mois après, retour des mêmes symptômes; même traitement; même succès.

6e cas. — Mistress S... est arrivée au quatrième mois de sa première grossesse. Déjà, avant cette attaque, à chacune des périodes menstruelles de la malade, l'avortement s'est montré imminent.

Elle eut une première menace en Amérique, menace que son médecin conjura à l'aide du viburnum. Le mois suivant, nouvelle menace, même traitement et même succès.

©BIU Santé

Sur ce, la malade devant s'embarquer, son médecin l'approvisionne largement de l'extrait fluide de viburnum, avec lequel il avait réussi à détourner déjà deux fois de suite l'échéance des symptômes d'avortement.

En mer, troisième attaque et troisième succès. Débarquée à Liverpool, à l'époque voulue, quatrième menace pour laquelle le docteur Macfie Campbell la voit et lui ordonne le viburnum, mais en pilules avec l'extrait mou et non en extrait fluide qu'elle avait pris jusqu'ici et dont elle se fatiguait, vu que cet extrait fluide, cette alcoolature est extrêmement nauséeuse. Cette fois encore, l'extrait de viburnum arrêta la fausse couche.

Pendant une absence de Macfie Campbell, la malade eut une nouvelle menace pour laquelle le docteur Westby fut appelé. Celui-ci considère que les choses étaient tellement avancées que la malade ne dut la guérison qu'au viburnum. Pendant cette dernière attaque, la malade en prit une dose relativement considérable. En fait, sa confiance dans l'efficacité du viburnum était telle qu'il fallait plutôt modérer les prises. On donna en même temps du bromure de potassium contre l'état de surexcitation nerveuse dans lequel se trouvait cette jeune dame.

Deux autres cas d'avortement, qui se terminèrent par l'expulsion du fœtus, eurent encore lieu pendant l'absence de l'auteur, et celui-ci ne peut s'empêcher de penser qu'il n'en eût pas été de même si l'on eût mis en œuvre les propriétés du viburnum. De ces deux cas, l'un ne fut adressé au docteur Westby, remplaçant de l'auteur, que le troisième jour, l'autre fut soigné par un autre médecin à l'aide de l'opium et de la morphine.

Ce sujet appelle certainement d'autres observations, mais néanmoins l'auteur se croit autorisé, après ce qu'il a vu dans sa clientèle, à considérer le viburnum comme le plus sûr moyen que nous possédions d'enrayer ou de calmer l'hyperexcitabilité utérine.

Comme le recommande le docteur Wilson, l'auteur n'emploie que l'extrait mou préparé à l'aide de l'extrait alcoolique fluide. — L. Dn.

De la diarrhée infantile et de son traitement, par Haven. — L'auteur discute l'origine de la diarrhée estivale des enfants et en trouve les causes : 1° dans l'élévation de la température atmosphérique qui déprime l'organisme et favorise les fermentations ; 2° dans le séjour à la ville ; 3° dans une alimentation défectueuse.

Le traitement de cette grave affection est préventif et curatif. La prophylaxie consiste surtout à veiller sur l'alimentation des enfants, et, confirmant l'opinion unanime des cliniciens, M. Haven recommande l'usage du lait récemment trait.

Parmi les symptômes qui exigent une intervention thérapeutique active, la fièvre occupe le premier rang. Pour combatre l'élévation thermique il emploie l'antipyrine. A titre de sédatif plutôt que d'astringent, il recommande l'opium.

La diète lactée doit être rétablie graduellement chez les enfants qui ont été sevrés; les alcalis sont indiqués quand les selles sont acides, et dans le cas contraire on les remplace par les acides. Enfin l'antisepsie intestinale : créosote, salicylate de soude, rend des services dès le début de la maladie. (*Archives of pediatry*, juillet 1886.) — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Chlorose et albuminate de fer,

Par le docteur Albert Blondel, ancien interne des hôpitaux.

La présence du fer dans l'hémoglobine a une importance physiologique capitale ; car c'est à ce fer qu'est due la fonction globulaire, c'est-à-dire la fixation de l'oxygène, un atome de fer fixant deux atomes d'oxygène. Or la chimie pathologique nous a appris, il y a longtemps déjà, que c'est à la diminution de l'hématine, élément ferrugineux de l'hémoglobine, que remontent en dernière analyse les phénomènes de la chlorose, de cet état pathologique que Piorry a qualifié d'*achalybémie* et Pujol de *déferrugination*,

longtemps aussi que la thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique, — chlorose et fer sont donc deux termes corrélatifs, indissolubles. Mais, pour obtenir de ce fer les bénéfices que l'on est en droit d'en attendre, il ne suffit pas, bien entendu, de le porter dans l'estomac brutalement et sans préparation préalable ; il faut que ce fer soit accepté, oxydé, élaboré pour sa combinaison nouvelle avec l'élément globulaire ; d'où l'obligation étroite de tenir compte, dans le choix d'un ferrugineux, de la dépression d'un organisme dont les facultés de digestion et d'assimilation sont amoindries, languissantes. C'est, croyons-nous, parce que l'on transgresse parfois cette notion primordiale que l'on se heurte trop souvent à des déceptions et à des mécomptes dus à une médication toujours héroïque quand elle bien conduite.

C'est à l'appui de cette manière de voir que nous rapportons l'observation suivante :

Observation. — Mlle E..., âgée de 18 ans, est d'une extrême pâleur, pâleur d'apparence cireuse, les muqueuses sont décolorées et se confondent avec la peau. Cette jeune personne se plaint de fréquents maux de tête, elle éprouve une faiblesse générale ; sous l'influence de la moindre émotion, des palpitations se produisent et les joues se colorent subitement, mais le visage reprend bientôt sa pâleur. Il y a une légère bouffissure des paupières.

A l'auscultation, on constate un bruit de souffle doux à la base du cœur et au premier temps, un bruit de souffle intermittent dans les artères carotides et un bruit de diable continu à renforcement dans les jugulaires. Aucun trouble du côté des voies respiratoires. L'appétit est diminué et les fonctions digestives s'accomplissent mal. Constipation opiniâtre et tympanisme.

Mlle E... a été réglée à 13 ans 1/2, d'abord à des intervalles trop rapprochés (tous les vingt jours environ) et très abondamment; puis les menstrues ont été supprimées, ne survenant qu'à des époques plus ou moins éloignées, tous les deux ou trois mois, s'accompagnant chaque fois de très vives douleurs. Dans l'intervalle des règles, un peu de leucorrhée transparente, parfois blanchâtre ou muco-purulente.

Un traitement ferrugineux avait été institué. La limaille, le fer réduit, le carbonate de fer avaient été successivement employés, mais sans grand succès, et on avait dû assez vite interrompre la médication par suite des troubles gastriques et de la constipation de plus en plus accentuée.

En dépit de résultats aussi peu encourageants et en présence des manifestations d'une chlorose si nettement caractérisée, il nous parut cependant nécessaire de revenir à l'agent indispensable, le fer, en faisant porter notre choix sur un ferrugineux d'assimilation très douce. Préalablement nous avons fait prendre des amers destinés à lutter contre l'inertie de l'estomac et conseillé contre la constipation l'usage de légers purgatifs, après quoi nous prescrivons l'albuminate de fer (formule Laprade), à la dose d'une cuillerée à bouche après chaque repas.

Le résultat ne fut sans doute pas immédiat, et pendant trois jours la médication anti-phlogistique dut nous venir en aide (lavements avec 10 gouttes de laudanum et quelques gouttes de belladone à l'intérieur). Au bout de quelques jours le fer, sous cette forme, fut parfaitement accepté sans amener le moindre trouble des fonctions digestives. Les effets du traitement ne tardèrent pas à se manifester d'une façon très nette. L'anhélation, les palpitations diminuèrent graduellement, le teint reprit une coloration normale, enfin la menstruation reparut régulière. Nous pouvions, dès lors, considérer la guérison comme obtenue.

Nous étions en droit de nous attendre à cet heureux effet de la médication suivie. Dès longtemps nous connaissions la facilité d'assimilation de l'albuminate de fer; nous avions déjà constaté son utile influence dans divers cas d'aménorrhée. Or, la chlorose, d'après le professeur Monneret, étant le plus souvent une anémie dépendant des fonctions génitales, nous devions tout naturellement être conduits à ce mode de préparation du fer pour combattre une affection où les troubles de la menstruation entrent pour une si large part.

Nous estimons aussi qu'une part du succès que nous retirons journellement de l'em-

©BIU Santé

ploi de la *liqueur de Laprade* est due à son alcalinité, l'albuminate de fer ne pouvant être rendu soluble qu'à l'état alcalino-ferrique. Nous sommes, sous ce rapport, de l'avis de Barns, qui résume ainsi ses différentes publications sur la chlorose : « Il faut commencer par calmer l'irritabilité vasculaire pour préparer l'absorption du fer; c'est ce que feront les alcalins..... On obtient, ajoute-t-il, si souvent une telle amélioration au moyen de ce traitement, qu'on ne peut s'empêcher de voir que le sang a besoin d'alcalins aussi bien que de fer, et qu'il a besoin d'abord d'alcalins; ce qu'on obtient dans la transfusion confirme ce que j'avance, c'est une véritable résurrection qui suit l'injection du liquide alcalin. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre. — Présidence de M. Sappey.

M. Marjolin présente, de la part de divers médecins-inspecteurs de la Société protectrice de l'enfance, une série de rapports sur le fonctionnement de la loi Roussel. Ces rapports sont renvoyés à l'examen de la commission d'hygiène de l'enfance.

M. Méhu dépose sur le bureau un volumineux compte rendu du sixième Congrès international pharmaceutique tenu à Bruxelles du 31 août au 6 septembre 1885, par M. Van de Vyvère, secrétaire général.

M. Luys communique les résultats de quelques recherches spéciales qui intéressent soit l'anatomie normale, soit l'anatomie pathologique des centres nerveux. Ces communications sont relatives :

1° A une méthode spéciale de durcissement et de dissection de la substance cérébrale à l'aide de réactifs spéciaux, et du clivage de ses fibres.

2° A l'emploi du plâtre pour prendre les empreintes des fibres ou de certaines régions cérébrales disséquées à l'aide des procédés précédemment indiqués.

3° A l'état morphologique spécial du cerveau chez les hystériques et à l'existence de malformations spéciales dans la répartition des fibres de l'écorce.

I. Relativement au premier point, dit M. Luys, j'ai reconnu qu'après avoir successivement immergé la substance cérébrale d'abord dans un bain de bichromate de potasse à saturation, puis d'alcool méthylique, auquel succédait un autre bain de chloral saturé, j'obtenais un durcissement spécial qui me permettait de détacher des lambeaux de substance blanche, comme on détache des fibres de bois en les suivant selon leur direction et de pouvoir ainsi suivre les fibres par une sorte de clivage dans leur direction naturelle.

Sur les pièces ainsi préparées déjà depuis plus de deux ans, ainsi que sur les images photographiques de ces mêmes pièces que je présente en ce moment, on voit très nettement l'isolement et la disposition des deux systèmes de fibres blanches disposées harmonieusement autour des noyaux centraux.

L'un, celui qui se voit à la face interne du cerveau, représente l'ensemble des fibres radiées thalamo-corticales qui vont des couches optiques vers tous les points de la périphérie corticale. Ce système de fibres comprend dans son ensemble les fibres postérieures signalées par Kolliker, les fibres de la couronne de Reil et enfin celles de la capsule interne qui ne sont qu'une dépendance de ce système rayonné spécial, fibrillaire, constituant (1) un système à part du précédent, qui, en raison de sa connexion avec l'écorce et son noyau central, peut être dénommé système des fibres cortico-striées.

Ces fibres spéciales, qui paraissent servir de trait d'union entre les régions psycho-

(1) Ces fibres rayonnantes, en raison de leurs connexions réciproques, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la dissémination des impressions sensorielles vers l'écorce.

motrices de l'écorce et les noyaux réputés moteurs du cerveau, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la transmission des incitations motrices intra-cérébrales.

II. Les pièces que je présente en ce moment ont pu, même à l'état frais, étant suffisamment durcies, recevoir une couche de plâtre qui a pris l'empreinte de leur relief et permis de conserver l'aspect naturel de leur état frais. — C'est une méthode nouvelle que celle de l'emploi du plâtre dans ce domaine spécial de l'anatomie qui permet de pouvoir conserver soit pour les collections, soit pour les démonstrations des cours, des spécimens authentiques de tel ou tel département.

C'est ainsi qu'en dehors de ces deux systèmes de fibres cérébrales, thalamo-corticales et cortico-striées, dont j'ai pu obtenir des moulages très expressifs, j'ai pu encore obtenir le relief (chose que je crois n'avoir pas encore été faite par aucun anatomiste) de ce noyau de substance grise spéciale décrit par Stilling à la base du cerveau, et qui, à l'état normal, présente le volume d'un gros pois. Sur une de mes préparations ci-jointes, on voit cette petite masse nerveuse sous forme d'un demi-sphéroïde, et sur une autre, on constate l'existence de la petite excavation qu'il a laissée dans les régions où il est situé.

III. Voici enfin le cerveau durci et momifié d'une hystérique, morte dans mon service, et qui présente, au point de vue de la disposition de certaines circonvolutions, des dispositions toutes spéciales dont je me propose de donner une description complète. Je me borne, pour le moment, à vous signaler les particularités suivantes :

La malade qui a succombé à des accidents étrangers à sa maladie primitive était atteinte de phénomènes hystériques, dans lesquels c'était principalement l'excitabilité nerveuse, l'émotivité qui étaient en jeu, les crises convulsives étant modérées, et se caractérisant çà et là par des crampes douloureuses, des secousses généralisées qui ne laissaient pas de traces permanentes. Cette malade, qui pendant de longues années a subi des traitements multiples dans les hôpitaux, était en même temps hypnotisable; mais, il faut bien le dire, les pratiques de l'hypnotisme n'ont jamais amené une sédation notable dans son état nerveux.

Elle succomba à des accidents étrangers à sa maladie primitive, et son cerveau me présenta les principales particularités de structure que je vous signale :

1° L'irrégularité morphologique porte surtout sur le lobe gauche. Là, on trouve au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando, une disposition insolite que je n'ai pas encore rencontrée.

C'est l'existence d'un pli supplémentaire qui vient du lobe ovalaire et s'interpose comme un coin entre l'extrémité de la pariétale ascendante qu'il projette en arrière, et celle de la frontale ascendante qu'il projette en avant.

Sur ce même lobe, on constate encore un fort épaississement, surtout à la base de la pariétale ascendante, ainsi que les flexuosités multiples qu'il décrit.

Le lobe droit n'est pas intéressé dans la même région; et on voit très nettement que la circonvolution frontale ascendante est très nettement interrompue dans sa continuité, et offre, par conséquent, une disposition insolite que j'ai principalement rencontrée jusqu'ici dans le cerveau d'aliénés chroniques, anciens hallucinés.

En dehors d'autres dispositions de deuxième importance, je signalerai encore l'extrême développement des lobes carrés à droite et à gauche, fait important à noter pour les auteurs qui sont portés à considérer ces régions comme les territoires propres de la sensibilité et de l'émotivité psychique, et la saillie non moins significative des régions du paracentral, fait qui coïncide encore avec certaines formes d'exaltation cérébrale dont j'ai eu l'occasion de rencontrer quelques exemples intéressants.

L'examen superficiel du cerveau de cette hystérique hypnotisable me paraît destiné à avoir une certaine importance au point de vue de la classification des symptômes de l'hystérie dans les cadres nosologiques.

On voit donc par ce simple fait que, si l'hystérie est considérée comme un ensemble protéiforme de troubles dynamiques originaux, ces troubles dynamiques ne sont pas seuls à constituer la maladie. Ils expriment un désordre organique sous-jacent, un état

©BIU Santé

cérébral souvent héréditaire, fatalement inhérent au sujet, et qui est la caractéristique véritable de l'allure de son esprit et des manifestations névropathiques de toutes sortes qu'il présente dans son évolution et auxquelles il ne peut pas se soustraire. On naît hystérique, on vit hystérique, et on meurt hystérique : les nécropsies spéciales que j'ai eu l'occasion de faire à la Salpêtrière ne me laissent aucun doute à ce sujet.

M. Lagneau demande à présenter quelques observations au sujet de la communication présente de M. Luys, ainsi que de celle que son collègue a faite dans la dernière séance.

M. Lagneau trouve très intéressantes les pièces mises par M. Luys sous les yeux de l'Académie, au double point de vue de leur préparation et de leur conservation.

En ce qui concerne les appareils présentés par M. Luys dans la dernière séance pour la mensuration du crâne, M. Lagneau rappelle qu'avec le stéréographe de Broca, on obtient rapidement des dessins très exacts.

De ces mensurations, M. Luys a conclu à la variabilité très grande du développement frontal. Comparativement au peu de variabilité du développement occipital, cette variabilité de la région frontale est confirmative des recherches statistiques de Parchappe, Lélut, Broca, de MM. Lacassagne et Cliquet, qui ont été unanimes à reconnaître qu'en général, sauf quelques exceptions, l'intelligence est en rapport non seulement avec le développement général du crâne, mais surtout avec le développement de sa partie antérieure.

Quant aux mensurations céphalométriques que M. Luys demande qu'on prenne chaque année sur les écoliers, bien qu'elles soient plus difficiles à exécuter que les recherches faites en Allemagne et en Belgique sur la coloration des cheveux et des yeux d'un grand nombre d'élèves, elles auraient l'avantage de renseigner sur la marche lente ou rapide, normale ou anormale, du développement crânien, suivant l'âge, le type ethnique, l'état de santé, le degré d'instruction, etc.

M. Lagneau constate que M. Luys, comme M. Dujardin-Beaumetz et M. Rochard, s'élève contre le surmenage intellectuel trop souvent suivi d'hébétude et de démence prématurée.

M. Luys remercie M. Lagneau de l'intérêt qu'il a bien voulu prendre à ses doux communications.

Au sujet des pièces qu'il a présentées aujourd'hui, M. Luys déclare qu'il n'est pas sûr de leur conservation indéfinie, mais il pense qu'elles se conserveront très longtemps, et il ajoute que les procédés employés par lui lui paraissent les meilleurs au point de vue de la conservation des détails morphologiques.

Au sujet des appareils qu'il a présentés dans la dernière séance, M. Luys dit que, s'ils ont au premier abord quelque analogie avec le conformateur des chapeliers, cette analogie n'est qu'apparente.

Le conformateur n'est au fond qu'un-trompe l'œil, tandis que ses céphalomètres prennent tres exactement la forme du crâne et l'inscrivent en même temps. Ils permettront d'obtenir des mensurations fidèles non seulement sur le crâne vivant dont elles peuvent suivre les évolutions, mais encore sur le crâne sec.

Revenant aux pièces qu'il vient de mettre sous les yeux de l'Académie, M. Luys signale plus particulièrement une pièce qu'il a recueillie sur une hystérique d'un certain âge et sur laquelle on constate l'existence d'une circonvolution pariétale ascendante supplémentaire. Il se demande si cette malformation n'aurait pas été chez cette femme la cause de la maladie qui a présenté, chez elle, une intensité et une ténacité particulières. L'hystérie ne pourrait-elle pas résulter d'une tare organique héréditaire, au lieu d'être considérée seulement, comme on le fait généralement, comme un simple trouble fonctionnel du système nerveux ?

M. Féréol pense qu'avant de tirer de telles conséquences de cette malformation anatomique, il faudrait rechercher si elle n'existe pas chez des individus absolument sains. On a vu, en effet, les facultés intellectuelles les plus éminentes chez des personnages dont le cerveau était irrégulierement conformé.

M. Dujardin-Beaumetz a eu pendant un an dans son service la malade dont M. Luys

vient de présenter la pièce et qui offrait le type le plus achevé de l'affection hystérique. Burcq s'était livré sur ce sujet à des expériences qui avaient donné les résultats les plus extraordinaires et les plus bizarres : hypnotisation, transposition, suggestion, etc.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Luys s'il pense que chez toutes les hystériques existerait une circonvolution supplémentaire qu'il a constatée chez sa malade.

M. Luys répond qu'il a simplement exposé un fait, sans prétendre en rien conclure. A l'avenir de montrer s'il n'y aurait pas là un fait nouveau susceptible d'avoir des conséquences au point de vue de la pathogénie de l'hystérie et de son traitement ou plutôt de son incurabilité.

— La séance est levée à quatre heures quinze.

FORMULAIRE

Vaseline phéniquée. — Nussbaum.

Acide phénique cristallisé.....	10 grammes.
Vaseline.....	90 —

Mêlez. — Pour désinfecter les mains des chirurgiens, sans rendre la peau rude, et sans provoquer les douleurs occasionnées par les lotions phéniquées. Cette pommade pénètre dans tous les pores cutanés et désinfecte bien. — N. G.

Potion tonique. — A. Sanné.

Extrait mou de quinquina.....	2 à 4 grammes.
Infusion de café.....	125 grammes.
Sirop de gomme.....	40 —

F. s. a. une potion à faire prendre par cuillerées à soupe, de deux en deux heures, aux enfants convalescents de la diphthérie. On peut aussi prescrire le quinquina à l'état de macération aqueuse, à la dose de quatre tasses à café par jour, avec ou sans sucre. Enfin, à cette période de la maladie, le fer est également indiqué, sous forme de vin de quinquina ferrugineux, par exemple, ou encore sous forme de sirop de citrate de fer. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Carrieu, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie pathologique et histologie.

M. Bimar, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie.

M. Mossé, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de thérapeutique et matière médicale.

M. Gilis, agrégé, est chargé, en outre, temporairement, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Blarez, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie à ladite Faculté.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Ledru, professeur de pathologie externe, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

M. Gros, licencié ès sciences, est institué, pour neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

— M. le docteur P. Birabeau a été élu médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

BIU Santé

— M. le docteur Adolphe Vedel est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Lunel.

— M. le docteur Claudot est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Neufchateau.

— Des travaux importants vont être prochainement entrepris à l'Asile public d'aliénés de Ville-Évrard, pour la construction de deux pavillons destinés aux paralytiques, un pavillon pour les femmes paisibles, et deux pavillons pour les bains et la cuisine.

Concours. — Un concours public pour la nomination à une place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'ouvrira le lundi 14 mars 1887, à huit heures du matin, dans cet hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du secrétariat général, à l'administration centrale des hospices. — Le registre d'inscription sera clos le mardi 1er mars 1887, à quatre heures.

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 octobre 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Horteloup : Rapport sur la candidature de M. le docteur Wickham au titre de membre titulaire. — 2. M. Perrin : Vœu à l'occasion de la lecture de M. Gimbert (de Cannes) sur les lazarets terrestres. — 3. M. Apostoli : De la galvanopuncture en gynécologie. — 4. Le Blond : Empoisonnement chez un enfant de deux mois par une voilette teintée de bleu au violet d'aniline, observation recueillie par M. le docteur Lediberder (de Lorient).

— Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publications périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Brown-Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du Journal.

Bulletin bibliographique.

Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdité-mutité, par le docteur J.-A.-A. Rattel, médecin-adjoint de l'Institut national des sourds-muets et de la clinique otologique de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 134 pages, avec figures intercalées dans le texte : 1 fr. 50 c.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Vichy et ses eaux minérales, par le docteur Grellety. 4e édition. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie, par le docteur Lagout, d'Aigueperse. — Brochure de 31 pages. — Au Bureau du Journal.

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. Ch. Bouchard : Des peptonuries et particulièrement de la peptonurie d'origine hépatique. — II. Bibliothèque : Traité clinique et pratique des maladies des femmes. — 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.

Des peptonuries et particulièrement de la peptonurie d'origine hépatique (1)

D'après une leçon de M. le professeur Ch. Bouchard (avril 1886).

Ainsi, précisons les faits acquis au point de vue de la physiologie pathologique de la peptonurie.

1° Nous savons que des peptones sont fabriquées en grande quantité dans le tube digestif par l'action du suc gastrique et du suc pancréatique. Malgré cela, il ne semble pas que telle doive être la source de la peptonurie, quand la muqueuse digestive est normale. Il ne passe pas de peptones dans le sang, puisque dans le court trajet de la cavité intestinale aux capillaires les plus proches se fait une déshydratation qui les restitue à l'état d'albumine.

2° Des peptones sont fabriquées par les cellules, surtout par les cellules jeunes en voie de formation rapide. Mais ces cellules ne livrent pas au sang les peptones qu'elles ont fabriquées, pas plus que les leucocytes ne livrent celles qu'ils ont fixées.

3° Les cellules livrent les peptones qu'elles contiennent quand elles se détruisent.

4° Les leucocytes du sang fixent des peptones et ne les restituent que quand ils viennent à se détruire.

5° Le foie arrête et transforme les peptones, non pas des peptones venues de l'intestin, mais celles qui peuvent se trouver en liberté dans le sang.

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

FEUILLETON

PENSÉES ET MAXIMES INÉDITES SUR LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS (1)

Par le professeur J. Cloquet.

5179. — Presque tous les vieux chirurgiens écrivent en gros caractères parce qu'ils tiennent à lire, sans lunettes, les ordonnances qu'ils font à leurs malades, et à ne pas laisser voir l'affaiblissement de leur vue.

5346. — Le corps humain n'est qu'une petite fabrique portative d'eaux minérales naturelles de différentes espèces, qui traversent des lits de tourbe dans des canaux creusés par la nature et sont salines et thermales pour la plupart.

5348. — Que de malades ne paient leurs médecins, quand ils les payent, qu'avec des écus rognés et en gardant l'appoint!

5428. — Que pensez-vous de l'action des eaux minérales pour la guérison des maladies? demandait un homme d'esprit à son médecin qui n'en manquait pas. — « Elles sont très efficaces, répondit en souriant l'enfant d'Esculape, mais elles font encore plus de mariages et de..... maris trompés qu'elles ne guérissent de malades. »

5557. — « Empêchez-moi de vieillir, mon cher docteur », disait à son médecin une

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 juin, 4 et 18 septembre 1886.

©BIU Santé

6° La peptonurie suppose la présence de peptones dans le plasma sanguin.

Ces données physiologiques ont permis d'interpréter certains faits cliniques. Il y a lieu d'admettre avec Hoffmeister la réalité d'une peptonurie d'origine inflammatoire, se produisant au moment de la liquéfaction de certains exsudats, lorsque se détruisent des leucocytes infiltrés ou collectés. On peut aussi regarder comme physiologiquement admissible la peptonurie hématique de Jaksch (scorbut). Enfin, M. Bouchard nous convie à admettre avec lui une peptonurie hépatique.

Mais il reste à décider s'il convient d'admettre avec Maixner une peptonurie gastro-intestinale et avec Poehl une peptonurie rénale.

En ce qui concerne la peptonurie rénale, Senator dit qu'il existe toujours de la peptone dans l'urine albumineuse, et Petri confirme le fait. Mais Poehl, ayant repris la question, n'aboutit qu'à une affirmation plus modeste : l'urine albumineuse ne contient de peptone que si elle est acide ; la peptone disparaît, si l'urine devient neutre ou alcaline. En outre, ajoute-t-il, s'il existe de la peptone dans une urine non albumineuse et acide, et que cette urine devienne neutre ou alcaline, la peptone disparaît également. Ces affirmations sont trop absolues.

Pacanowski a établi qu'une urine albumineuse acide peut ne pas contenir de peptone. Les colorations roses ou violettes que donne la réaction du biuret disparaissent si on purge les urines de la totalité de l'albumine, c'est une question de nuance un peu plus rosée. En fait, il y a fréquemment des peptones en même temps que certaines albumines. M. Bouchard a souvent constaté chez le même individu l'albuminurie et la peptonurie. C'est plus particulièrement dans les grandes albuminuries des néphrites qu'il n'a pas trouvé de peptone.

Pourquoi y a-t-il souvent de la peptone dans les urines albumineuses ? L'albumine subit-elle dans les urines acides une modification qui puisse la faire passer à l'état de peptone ? M. Bouchard a obtenu la peptonisation de

---

dame affligée à la fois de cinquante ans et de beaucoup de coquetterie. — Faites comme moi, madame, répondit gravement le médecin : Sachez oublier que vous avez été jeune, tournez le dos à l'avenir, et ne faites pas tant attention à ce misérable présent. »

5772. — La jeunesse est agitée par les désirs, l'âge adulte tourmenté par les fatigues, les déceptions et les ennuis, et la vieillesse rongée par les regrets et les chagrins.

5773. — Pour le malheur des pauvres femmes, l'amour chez elle commence un peu trop tôt et finit presque toujours un peu trop tard.

5774. — Si l'amour fait naître tous les hommes, il en tue aussi bon nombre.

5775. — L'amour n'embellit la vie de quelques hommes que pour mieux la raccourcir.

5776. — La folie n'est fréquemment que l'exagération du caractère naturel. Ainsi, deux simples travers d'esprit : l'orgueil, qui fait que l'homme s'estime au-dessus de sa valeur réelle, et la trop grande humilité, qui le porte à s'estimer moins qu'il ne vaut, conduisent également à la folie, mais par des voies opposées et pour arriver à des résultats différents.

Elevé de plus en plus dans sa propre estime par les bouffées de son orgueil, ou atténué de plus en plus par son humilité, dans la confiance qu'il se doit à lui-même, l'homme deviendra peu à peu sa propre caricature; il s'identifiera de plus en plus avec la position imaginaire qu'il s'est créée, pour en remplir le rôle, et se montrera fou aux autres hommes sans l'être à ses propres yeux.

L'orgueilleux se placera au-dessus de tous ses semblables par sa beauté, sa science,

l'albumine avec l'acide chlorhydrique à une chaleur de 110 à 120°. M. Ch. Richet l'a obtenue aussi sans forte chaleur.

La peptonisation s'accomplit-elle par l'action des cellules vivantes, comme l'a pensé Fenomenow ?

Non seulement Fenomenow admet qu'*in vitro* des cellules épithéliales, des globules rouges ou blancs peuvent former des peptones, mais il croit que les cellules fixes sont capables aussi de transformer l'albumine en peptone. Ce serait même par suite de la peptonisation de leur surface que les cylindres adhérents pourraient s'éliminer des tubes urinifères. C'est là une conception ingénieuse, mais une vue purement théorique qui ne donne pas de satisfaction complète. Ce serait une peptonurie phlegmasique, une fabrication de peptones par des cellules, mais sans l'intermédiaire du sang, une peptonurie sans peptonémie préalable. La question de la peptonurie rénale reste donc fort obscure. M. Bouchard a grande tendance à croire que l'association de la peptonurie et de l'albuminurie, quand elles coexistent, tient à ce que toutes deux sont alors sous la dépendance d'une cause commune.

Chez quels malades voit-on d'ordinaire cette association ? Dans les maladies infectieuses, les fièvres, dans certaines maladies du foie ; dans ces cas on peut expliquer la peptonurie par des exsudats, des abcès, des épanchements, une hépatisation pulmonaire, et la peptonurie peut apparaître lors de la destruction des leucocytes accumulés dans ces lésions. En outre, dans ces maladies existent souvent des altérations graisseuses du foie qui peuvent permettre au sang de se surcharger de peptone, la fièvre par elle seule peut suspendre les fonctions du foie.

Dans ces maladies, dégénérescence du foie ou fièvre, l'albuminurie est aussi presque constante. Elle peut résulter d'une néphrite infectieuse, d'un trouble de la nutrition, d'une lésion du foie, de troubles circulatoires. La peptonurie et l'albuminurie peuvent se rencontrer ensemble, mais elles peuvent être dues à des processus indépendants, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la transformation de l'albumine en peptone soit dans les voies

---

ses richesses, son pouvoir et sa nature même ; il deviendra Ovide, Cicéron, millionnaire, ministre, roi, empereur, Napoléon, Mahomet, Grand Turc, Saint-Pierre, le Messie, Dieu même ! L'homme humble, s'atténuant de plus en plus dans sa propre estime, se placera au-dessous des hommes dont il se croira méprisé, pour les servir en esclave ; il se fera volontairement bête de somme de l'humanité, s'il croit obéir à la volonté de Dieu, ou se croira changé en ver, en fourmi, en fumier.

5786. — L'industrie agricole épure les mœurs, tandis que l'industrie manufacturière les corrompt, l'une en tenant les hommes à distance sur de grands espaces, l'autre en les entassant les uns sur les autres.

5787. — Les hommes ne mourraient plus, si l'art de leur conservation était porté aussi loin que celui de leur destruction. (1845). — Que dirait aujourd'hui J. Cloquet?

5913. — En vieillissant, suivant qu'elle est naturellement sèche ou molle, la fibre humaine se raccourcit ou se pourrit.

5914. — A cette question, que peut devenir un siècle de corruption? le prophète répond : La boue deviendra poussière, le vent emportera la poussière.

5915. — Les femmes qui trafiquent de leurs charmes meurent presque toutes dans un état voisin de la misère, quand elles ne passent pas par l'hôpital pour aller à l'amphithéâtre. Ces femmes manquent de la bosse de la prévoyance, et, tant qu'elles sont jeunes, elles ne se doutent pas que

Sur l'arrière-saison de la pêche aux amours,
On n'a plus que fretin, qui ne mord pas toujours.

©BIU Santé

d'excrétion, soit dans les vases où on a recueilli l'urine. Rien ne démontre donc la peptonurie rénale.

Arrivons à la peptonurie entérogène de Maixner, qu'il est plus simple d'appeler gastro-intestinale. Si Maixner n'avait édifié sa théorie que sur la fièvre typhoïde et l'existence des ulcérations intestinales, il n'y aurait pas même à la discuter. Car dans cette maladie il ne se fait plus guère de peptonisation dans le tube digestif, puisque le malade reçoit à peine d'aliments et que les ferments peptonisants sont à peine sécrétés. En outre, la peptonurie trouverait aussi bien son explication dans l'infection, la fièvre, les exsudats et les lésions hépatiques que dans les ulcérations intestinales.

Si Maixner n'avait invoqué pour soutenir ses vues que la peptonurie du cancer de l'estomac, on pourrait lui répondre qu'elle s'explique suffisamment par la formation cellulaire néoplasique et les troubles secondaires du foie.

Mais en dehors de tout état fébrile, des maladies infectieuses et des affections du foie, on peut voir apparaître la peptonurie dans les ulcérations tuberculeuses et amyloïdes de l'intestin, dans le catarrhe gastrique ou intestinal simple, apyrétique. A la même époque (août 1884), M. G. Sée et M. Mathieu dans la *Revue de médecine*, et M. Bouchard à la Société médicale des hôpitaux, ont signalé la peptonurie dans la dilatation de l'estomac. Quand s'observe cette peptonurie ? Est-ce à une époque avancée, quand le malade est cachectisé, quand il existe des ulcérations sur la muqueuse de la grande courbure ? Non, c'est dès le début. C'est d'ailleurs un symptôme fréquent, plus ou moins durable, mais rarement passager. Sur 371 cas de dilatation, M. Bouchard l'a noté 16 fois sur 100, presque dans un cas sur 6. Or, dans cette maladie, il semble que l'étiologie de la peptonurie soit réduite à l'état de simplicité le plus net et que l'état dyspeptique soit la seule cause à incriminer. Il n'y a plus là ni infection, ni fièvre, ni exsudats, ni lésion rénale.

Et pourtant, il y a quelque chose qui mérite d'entrer en ligne de compte, ce sont les modifications anatomiques et peut-être fonctionnelles du foie

---

6003. — Le vrai philosophe a tous les genres de courage, et il faut être vrai philosophe pour être bon médecin.

6004. — Qu'il faut de courage, de vertu, pour faire simplement son devoir dans une foule de circonstances difficiles de la vie !

A la suite d'une opération, un chirurgien a le doigt sur une artère ouverte, et s'il quitte un instant le malade, celui-ci expire immédiatement. On vient l'avertir que son propre enfant a fait une chute grave et se meurt; il doit rester à son poste et laisser plutôt périr son enfant que d'abandonner son malade.

Dans une guerre civile, le général investi du commandement doit faire braquer et tirer le canon sur sa propre famille, qui se trouve dans les rangs opposés.

Un mouchard doit arrêter son père et son fils, qu'il surprend en flagrant délit, les conduire en prison et venir déposer contre eux aux pieds de la justice.

Un acteur joue le rôle d'Oreste et doit embrasser avec effusion un Pilade avec lequel il a rendez-vous pour se couper la gorge le lendemain; ou cet acteur doit couvrir de caresses sa propre femme, avec laquelle il plaide en séparation de corps.

Un pompier, père de famille, oublie sa femme et ses enfants pour éteindre l'incendie d'un magasin à poudre qui peut sauter d'un moment à l'autre.

Un bon garde national est de faction : il doit rester dans sa guérite quand on vient l'avertir que sa femme cause un peu tard avec son jeune voisin, et qu'il brûle du désir d'aller mettre le couvre-feu dans sa maison et de souhaiter la bonne nuit à son épouse.

5310. — *Questions à résoudre.* — Quels sont les points intermédiaires entre le passé et

dans cette maladie. M. Bouchard a montré la fréquence de la tuméfaction du foie dans la dilatation ; c'est même par elle qu'il a expliqué la luxation du rein, dont il a aussi fait ressortir la fréquence. Il a eu en vue la tuméfaction congestive du foie. Or, est-ce à cette congestion passagère et périodique du foie qui existe 22 fois sur 100 cas de dilatation de l'estomac, qu'il convient d'attribuer la peptonurie ?

La statistique clinique va nous répondre.

Dans la dilatation gastrique, la peptonurie qui existe avec une fréquence de 16 pour 100 est accompagnée 17 fois sur 100 de congestion du foie et se voit 16 fois sur 100 sans congestion du foie. L'équivalence est absolue ; on peut donc conclure que la congestion du foie n'influence pas la peptonurie. Dans la dilatation de l'estomac, la peptonurie ne peut être imputée qu'au seul trouble des fonctions digestives, c'est bien une peptonurie dyspeptique. Quel en peut être le mécanisme ? Il peut exister une modification de l'épithélium gastro-intestinal devenu incapable de déshydrater les peptones qui le traversent ; ou bien il se produit une malformation des peptones qui ne se laissent plus déshydrater par les cellules épithéliales demeurées normales.

Quoi qu'il en soit, et sans trancher la question du mécanisme, on peut conclure à la réalité d'une peptonurie liée au trouble fonctionnel de l'appareil de la digestion.

Nous conservons donc les peptonuries phlegmasique, hématique, hépatique et gastro-intestinale.

Un point neuf de l'histoire des peptones est utile à signaler ; il est intéressant au point de vue de la toxicologie et aussi de l'alimentation des fébricitants. On emploie souvent la peptone en thérapeutique depuis quelques années ou du moins on croit souvent en employer ; car beaucoup de substances vendues comme telles ne sont pas de véritables peptones. On l'administre par la voie gastrique ou en lavements, et les faits physiologiques et cliniques démontrent que la peptone est réellement récrémentitielle. Toutefois il faut ne pas ignorer que les peptones sont toxiques, et même à faibles

---

l'avenir ; entre le mouvement et le repos ; entre la solidité et la liquidité ; entre la liquidité et la fluidité des corps ; entre la lumière et les ténèbres ; entre le froid et le chaud ; entre l'esprit et la matière ; entre l'homme et la bête ; entre la vie et la mort ; entre Dieu et le néant ? Telles sont les questions qui ne me paraissent pas avoir été jusqu'à présent résolues d'une manière très satisfaisante par nos philosophes et nos savants.

5311. — L'esprit et le corps ne sont-ils que soudés l'un à l'autre, et alors quelle en est la soudure ? Ou bien sont-ils inclus l'un dans l'autre, ou amalgamés l'un avec l'autre ?

5312. — Comment se fait-il que, chez les pauvres humains, l'esprit et la matière se commandent et s'obéissent alternativement et réciproquement, qu'ils soient à tour de rôle maître et esclave l'un de l'autre ? Que tantôt ils fassent bon ménage, vivent dans une douce et tranquille harmonie, et que tantôt, au contraire, ils se révoltent l'un contre l'autre, se disputent, se battent, se tuent, qu'ils mettent toute la maison sens dessus dessous, pour rouler ensuite tous les deux dans le néant ? Comment se fait-il que tantôt ils pâtissent des maladies l'un de l'autre, et que tantôt, au contraire, l'un se réjouit quand l'autre s'afflige et se meurt ?

5317. — Un illustre se laisse mourir ; vite on lui bâcle un petit panégyrique impromptu, comme on ferait un compliment rimé pour la naissance d'un enfant ou un repas de noces. Le mort est comme un bonbon du jour de l'An : on l'enveloppe d'un suaire et d'un compliment avant de le déposer dans la grande corbeille.

5319. — *A propos de la succession de Breschet à l'Institut.* — Le professeur Breschet,

©BIU Santé

doses ; à 1 gr. 50 par kilogramme d'animal. Risque-t-on pour cela d'empoisonner les malades ? Pratiquement on peut négliger cette crainte ; car on n'administre que des doses trop minimes pour devenir nuisibles. Il faudrait, d'après le chiffre de la toxicité expérimentale, administrer 90 grammes de peptone à un homme de 60 kilogrammes, ce qui représente 500 grammes de viande, pour risquer des accidents toxiques. Et encore la toxicité des peptones ne se manifeste expérimentalement que si on injecte d'un seul coup dans le sang la dose toxique, tandis que dans l'alimentation l'absorption de la peptone se fait lentement, la partie toxique s'éliminant peu à peu, pendant que la partie nutritive est utilisée.

D'ailleurs la toxicité des peptones est chose variable. Au bout de six mois, elle s'est accrue des deux tiers ; même conservée à l'état sec, la peptone devient toxique à 0 gr., 50 par kilogramme. En solution, elle subit une putréfaction rapide.

A quoi peut tenir cette toxicité de la peptone ? Est-ce à sa constitution chimique ou à quelque chose de toxique qui l'accompagne. M. Tanret a montré qu'en présence des bases, même légèrement alcalines, elle donne naissance à des alcaloïdes, et en présence des alcalis du sang, cette transformation pourrait se faire. Est-ce à ces alcaloïdes qu'il faut attribuer la toxicité ? Rien ne le prouve.

En résumé, il faut veiller à ce que la peptone qu'on administre aux malades ait été récemment préparée.

P. Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique et pratique des maladies des femmes, par M. le docteur Guibout. Paris ; Masson, 1886.

Après de longues années vouées à la pratique de la dermatologie, M. le docteur Guibout a quitté l'hôpital Saint-Louis atteint par la limite d'âge réglementaire ; cette

---

qui fut pendant longtemps mon rival plutôt que mon émule, et dont je n'ai pas toujours eu à me louer, vient de se laisser mourir (10 mai 1845).

Dans nos compétitions, il a toujours su passer avant moi ; il prend encore les devants, peut-être le suivrai-je bientôt. Cela doit me donner à réfléchir et à penser mûrement.

Breschet a laissé vacant le fauteuil qu'il occupait depuis quelques années à l'Académie royale des sciences. Plusieurs de mes amis, membres eux-mêmes de cette Académie, m'engagent fortement à briguer l'honneur de le remplacer. Dois-je suivre leurs conseils, en supposant que leur amitié ne leur exagère pas ma véritable valeur ? La question est complexe.

Les raisons qui m'ont empêché de me présenter lors de la dernière élection étaient-elles bonnes, et, dans ce cas, le sont-elles encore aujourd'hui ?

Content de la position que je me suis faite, désirant la conserver, sans la changer, parce que j'ai cru sage de mettre des bornes à mon ambition ; n'ayant pas assez de santé pour m'acquitter régulièrement de mes devoir publics, irai-je me donner beaucoup de peine pour avoir un peu de plaisir d'amour-propre ? N'ayant pas les joies de l'ambition, dois-je en épouser les tribulations et les chagrins ? Le plaisir du succès peut-il être balancé par les chances du désagrément de l'insuccès ? Non.

Irai-je décliner mon nom et faire valoir mes titres à des membres qui peut-être ne connaissent pas plus mes ouvrages que ma personne ? Non.

Irai-je me battre et me faire traîner dans la boue par des compétiteurs enragés, comme cela est advenu pour les lauréats lors de la dernière élection ? Non.

retraite a dû paraître prématurée à ceux qui lui voyaient toujours la même activité physique et cette alacrité de caractère qui est si rarement compagne des cheveux blancs. L'expérience que M. Guibout avait acquise comme dermatologiste, il avait pris soin d'en consigner les fruits dans plusieurs volumes qui ont été bien accueillis du public; mais les personnes qui ont fréquenté son service savent que la dermatologie était loin d'absorber toutes ses facultés et qu'il cultivait avec amour, on peut le dire, la gynécologie.

Il avait été de bonne heure indigné de se trouver « sur ce terrain des maladies des femmes, sans cesse aux prises avec l'ignorance et le charlatanisme le plus éhonté », et avait résolu d'y remédier pour sa part en enseignant de saines pratiques aux débutants dans la carrière médicale. Chaque semaine, « pendant vingt-quatre années consécutives, parmi les 60, 80 ou 100 femmes qui se présentaient à la consultation externe, un bon tiers au moins nous accusaient, dit l'auteur dans sa préface, des affections qui, directement ou indirectement, appartenaient aux organes génitaux; à toutes celles-là, nous donnions un billet qui, le lundi suivant, les faisait admettre dans l'intérieur de l'hôpital. Là, dans un local spécialement affecté à cette destination, nous les examinions comme il convenait, en présence des élèves du service et d'un nombre plus ou moins considérable de médecins et de sages-femmes. Cet examen, nous le faisions d'abord soit au toucher, soit au spéculum, puis nous y exercions les assistants et ensuite nous prenions la parole sur les cas les plus intéressants ».

Telles étaient ces séances de *spéculum*, ou plutôt de *toucher*, fort recherchées particulièrement par les étudiants étrangers, que séduisaient le cordial accueil et la bonne humeur imperturbable du chef de service, comme aussi sa préoccupation de leur donner un enseignement exclusivement pratique. C'étaient, disons-nous, surtout des séances de toucher; car M. Guibout a toujours professé que, sauf pour un nombre limité de cas où le spéculum est indispensable, le toucher vaginal, doublé du toucher rectal au besoin, suffit à faire le diagnostic et à instituer la thérapeutique des affections utérines.

Les résultats de l'expérience qu'il avait acquise dans ces séances hebdomadaires de gynécologie, M. Guibout les a consignés dans le livre actuel. La plupart des sujets de la gynécologie courante y sont abordés; plusieurs sont traités avec ampleur : les déplacements utérins, qui ont toujours éveillé la sollicitude de M. Guibout, y sont notamment étudiés avec grands détails, et l'on peut citer comme un modèle de description minutieuse et de préoccupations pratiques le chapitre consacré à la ceinture hypogastrique,

---

Y a-t-il, en dehors de l'Académie, des hommes d'un mérite supérieur au mien? Oui, certes oui, et beaucoup.

Pour avoir été académicien, celui qui vient de se laisser mourir en a-t-il eu plus de considération? A-t-il été plus aimé, plus heureux? A-t-il vécu plus longtemps? A-t-il été plus sincèrement regretté? Non, non.

Voilà, ce me semble, des raisons péremptoires pour ne point me présenter à l'illustre Compagnie, tout en m'inclinant devant le foyer de lumière qu'elle représente à juste titre.

(On sait que, plus tard, le professeur Cloquet a été élu membre de l'Institut.)

5321. — Les savants tâchent de se faire recevoir académiciens, pour avoir cours légal dans l'opinion publique; comme les vins de Bordeaux, cherchent à se faire classer pour avoir un cours élevé dans le commerce.

5322. — Il y a des gens qui prennent au sérieux les académies et la franc-maçonnerie. et devant lesquels il ne faut pas rire de ces associations; d'autres ne veulent être ni académiciens ni francs-maçons afin de se réserver le droit de rire en liberté et toute conscience des uns et des autres; mais il ne faut pas oublier que « c'est un méchant métier que celui de médire ».

5326. — L'intérêt que me portent quelques amis m'avait fait hésiter pendant quarante-huit heures à prendre un parti au sujet de la place vacante à l'Académie des sciences. Je sors d'embarras en écrivant la lettre suivante à Velpeau avec lequel j'ai hier soir examiné la position de la question.

©BIU Santé

si souvent prescrite d'une façon banale par le médecin, et qui ne peut cependant rendre de services aux femmes que si la construction en a été savamment méditée.

Beaucoup de chapitres ressortissent autant à la clinique générale et même à la morale qu'à la gynécologie proprement dite : les pages consacrées à la nymphomanie, ou fureur utérine, ne seraient pas désavouées par les plus perspicaces de nos moralistes physio-psychologues, comme aussi celles qui sont intitulées : *De la femme au point de vue psychique*. On trouve dans ce livre des chapitres sur les maladies du sein, sur la fécondation artificielle, sur la constipation, sur le nervosisme. L'auteur eût pu prendre pour épigraphe : *Nihil feminæ a me alienum puto*.

Ainsi, il enseigne à ses jeunes confrères comment il faut se comporter à l'égard des femmes, point si important dans la pratique médicale. « La femme ne veut pas être vaincue, dit-il; donc pas d'explications sérieuses avec elle; ayons l'adresse de lui laisser croire, pour quelques instants, qu'elle est dans le vrai, lors même qu'elle est dans le faux; retirons-nous de la lutte, taisons-nous, ayons l'air de céder, lorsqu'en réalité nous triomphons, et, quand la tempête sera passée, quand le calme sera rétabli, nous la verrons, si la nature est droite et honnête, adopter d'elle-même et avec enthousiasme, le lendemain, l'opinion qu'elle avait combattue avec acharnement la veille..... La femme nous représente ces admirables régions tropicales, si riches et si fécondes, mais trop brûlantes et malheureusement bouleversées quelquefois par des cyclones. »

De telles citations mettent en lumière les qualités d'observateur, la finesse d'esprit de M. Guibout; l'auteur des *Vacances d'un médecin* n'avait plus à faire ses preuves comme écrivain élégant et précis. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Louis Olivier adresse une note *sur la flore microscopique des eaux sulfureuses*.

« En poursuivant un travail sur la réduction des sulfates par les êtres vivants, j'ai été amené à étudier la flore microscopique des sources sulfureuses. Comme ce sujet vient d'être inscrit au programme du prochain Congrès d'hydrologie, je demande à l'Académie la permission de lui présenter, avant la fin de mes recherches, quelques observations sur la matière.

Paris, 16 mai 1845.

Mon cher ami,

La nuit porte conseil, surtout quand on dort aussi mal que j'ai la fâcheuse habitude de le faire. Après avoir bien examiné le pour et le contre, et ruminé sur la question que nous avons traitée hier soir, je suis arrivé à cette conclusion, que je ne me présenterai pas pour disputer la place vacante à l'Académie des sciences. Je sais tous les avantages que procure l'honneur d'appartenir à cette savante compagnie, qui dans plusieurs occasions m'a montré une bienveillance dont je conserve un précieux souvenir et une sincère gratitude. Mais le tout n'est pas de vouloir..... De plus, mon cher ami, c'est surtout quand on descend la parabole de la vie, qu'il faut marcher avec prudence, éviter de faire des faux pas, parce qu'alors les chutes sont bien plus dangereuses et qu'on ne s'en relève pas facilement.

J'ai pris aussi en grande considération les observations et réflexions que votre expérience et votre bonne amitié m'ont faites dans mes intérêts : il y a quelque chose de vrai au fond de tout cela. Je n'en disconviens pas, parce que chacun suit plus ou moins la pente de sa nature, mes compétiteurs ne manqueront pas d'en profiter pour eux contre moi, et vous savez comment la passion sait faire d'une souris un éléphant, pour barrer le chemin à l'homme qu'elle veut empêcher de passer. D'ailleurs ma triste santé, plus délabrée encore par les chagrins et les souffrances que par le travail et l'âge, me fait sentir plus que jamais le besoin de tranquillité d'esprit et la voie dans laquelle j'allais m'engager ne m'en promettait guère.

1° *Présence d'organismes inférieurs dans les eaux sulfureuses.* — La présence d'organismes bactériens est *constante* aux griffons de toutes les eaux sulfureuses, froides ou thermales, que j'ai examinées.

« Ces organismes offrent un intérêt particulier. Je me suis assuré, en effet, que presque toutes leurs cellules renferment des granulations de soufre. Cette circonstance témoigne d'une action exercée sur la composition minérale de l'eau : elle est liée à la réduction des sulfates. »

2° *Existence de la vie active à des températures élevées.* — Un autre fait mérite d'être signalé : c'est la prolifération de ces micro-organismes à des températures relativement très élevées.

« Ils vivent et se multiplient dans la profondeur de l'eau à 55°. Il en est ainsi à la source des Œufs, à Cauterets. Dans la même station balnéaire, on observe aux griffons des Espagnols (46°,7), de César (48°), du Pré (49°) et de Mauhourat (50°) un développement abondant de matière organisée. Recueillie avec les précautions convenables, puis ensemencée dans du bouillon de bœuf, cette matière y a proliféré à 65° et même au voisinage de 70°. »

3° *Organismes des sources froides.* — Quand l'eau sulfureuse sourd à une température voisine de celle de l'air, la matière vivante du griffon est filamenteuse.

« Elle consiste en longues files rectilignes de cellules courtes et incolores dont le diamètre est très variable (en général, de 1μ à 6μ). Ce sont des *Leptothrix* dont les cellules sont garnies de granulations de soufre. Leur protoplasma en est rempli. Ce soufre, renfermé dans les filaments vivants, paraît amorphe : il ne semble exercer alors aucune action sur la lumière polarisée. »

4° *Organismes des sources chaudes.* — Dans les sources sulfureuses chaudes, la matière organisée présente une apparence très différente.

« Aux griffons de César (48°) et de Mauhourat (50°), c'est une substance mucilagineuse, un peu floconneuse, grise ou incolore, qui adhère aux rochers. Elle est composée d'une infinité de *Bacillus* d'extrême finesse. Ces organismes sont, pour la plupart, courts au point de présenter assez souvent l'aspect presque punctiforme des *Micrococcus*. Ils sont uni- ou bicellulaires, ou tout au plus composés de trois ou quatre cellules. Quelques-uns, cependant, sont plus allongés. Plusieurs ressemblent à des *Bacterium*. Tous sont immobiles. On les observe plus facilement en les colorant à l'aide du violet de méthyle et des dérivés de l'aniline.

Si quelque chose dans cette circonstance a pu réjouir mon cœur et flatter mon amour-propre, ce sont, mon cher Velpeau, les témoignages d'estime que j'ai reçus de vous et de quelques amis. Je vous en remercie de toute mon âme, et vous prie, etc.

Votre affectionné,

J. CLOQUET.

TRAITEMENT DE LA GRIPPE. — Brochin.

Si la grippe s'accompagne de fièvre continue ou rémittente, d'une grande prostration, de localisations congestives ou inflammatoires d'une certaine intensité, on administre 1 gramme à 1 gr. 50 de poudre d'ipéca, en deux prises, puis des boissons diaphorétiques, telles que des infusions de bourrache ou de coquelicot, additionnées de sel ammoniac, de carbonate d'ammoniaque ou d'esprit de Mindererus, à la dose de quelques gouttes dans chaque tasse d'infusion. L'alcoolature ou l'extrait alcoolique d'aconit sont également indiqués. Pour la nuit, infusion de tilleul additionnée d'eau de laurier-cerise, et édulcorée avec sirop de codéine, ou bien une ou deux pilules d'extrait thébaïque, ou bien enfin, une injection hypodermique de morphine. — Si la grippe sévit dans les pays à fièvres, on prescrit le sulfate de quinine. — Le quinquina et les vins généreux sont indiqués vers la période terminale. La laryngo-bronchite sera combattue à l'aide du kermès, des rubéfiants cutanés ou des ventouses sur la région thoracique. Dans le cas de complication pneumonique, kermès à haute dose uni au quinquina, potions alcooliques, ventouses sèches. — N. G.

©BIU Santé

« Les membranes gélifiées de ces petits êtres renferment un sel de fer. L'hydrogène sulfuré les noircit. Un courant d'air les décolore très rapidement.

« Le microscope montre des particules minérales et des cristaux de soufre disséminés dans le mucilage qui réunit les *Bacillus* en zooglées. Au griffon même, le protoplasma de ces *Bacillus* renferme en grande quantité des granulations très nettes de soufre, soluble dans le sulfure de carbone.

« Si, après avoir desséché la glaire des griffons, on en traite une certaine quantité par le sulfure de carbone, le liquide filtré, puis soumis à une lente évaporation, laisse déposer d'assez gros cristaux de soufre qu'il est facile d'étudier à l'œil nu. »

Les *Bacillus* de la zooglée des sources chaudes sont donc, comme les longs filaments des sources froides, des accumulateurs de soufre métalloïdique. Constituent-ils une forme indépendante, spécifiquement distincte de *Leptothrix*, ou bien faut-il voir dans le bâtonnet des griffons chauds et le long filament des griffons froids deux états d'un même organisme ? Voici quelques remarques à ce sujet :

5° *Variation de la composition de la glaire suivant la température.* — Depuis l'origine des sources jusqu'aux buvettes, les conduites d'eau et les bassins de refroidissement ont leurs parois internes revêtues d'un dépôt de matière organisée ; on en observe également dans les ruisseaux où l'eau, tout à fait refroidie, s'écoule à l'air libre. Or la composition du dépôt, loin de demeurer constante d'un bout à l'autre du parcours de l'eau, m'a paru, au contraire, varier suivant la température et l'état physique du milieu.

« Dans la profondeur des griffons chauds de Cauterets, le microscope ne montre guère que de très petits organismes, des bâtonnets extrêmement courts. Associés à ces *Bacillus* minuscules, on observe des bâtonnets un peu plus allongés dans l'eau moins chaude de certaines conduites et des réservoirs.

« Il en est ainsi, par exemple, dans l'aqueduc de la fontaine de César à l'établissement des Thermes et dans les bassins de refroidissement de la Raillère.

« Moins la température est élevée, plus allongés sont les bâtonnets. A 30° ils semblent des tronçons de *Leptothrix*. Au-dessous de 25° la forme filamenteuse commence à prédominer ; enfin, dans les ruisseaux qui ont à près la température de l'air ambiant, les filaments constituent de longues houppes soyeuses ; le microscope nous les montre identiques aux *Leptothrix* des sources sulfureuses froides.

« Cette observation m'a conduit (en juillet et août 1885) à l'expérience suivante :

« Dans des récipients stérilisés je recueille, à l'abri des germes de l'air, la zooglée des griffons où le microscope ne montre que des Bactériacées minuscules. De ces récipients je fais deux lots : dans ceux du premier lot j'introduis un peu d'acide phénique ; ceux du deuxième lot ne sont additionnés d'aucun antiseptique. J'expose ces vases à la température ordinaire. Une vingtaine de jours après la prise, la composition des glaires phéniquées n'a pas varié, tandis que dans les glaires non phéniquées abondent de longs filaments identiques aux *Leptothrix* des ruisseaux froids. »

Ce résultat établit évidemment que la glaire des griffons chauds renferme à un état particulier les éléments cellulaires des *Leptothrix*.

6° *Matière organique dissoute dans l'eau sulfureuse.* — Peut-être est-il permis de se demander s'il existe des êtres organisés dans les réservoirs souterrains de l'eau sulfureuse. On prévoit que, dans le cas où il en serait ainsi, l'eau doive, à son arrivée au griffon, contenir de la matière organique en solution. Or, c'est précisément ce qui a lieu.

« Débarrassée par filtration à la bougie Chamberland de tout élément figuré, puis désulfurée et neutralisée, l'eau du griffon réduit le chlorure d'or à l'ébullition et décolore le caméléon à froid. Elle est très riche en matière organique dissoute. Elle apporte donc des matériaux nutritifs aux habitants des griffons. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juillet 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : elle comprend les journaux et revues de la quinzaine ;

Le n° 2, t. VI, de la *Revue des travaux scientifiques du Ministère de l'instruction publique ;*

Le n° 4 des *Annales de médecine thermale.*

Correspondance manuscrite : lettres de MM. Perrin et Pellier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

Lettre de M. le docteur Larroque, sollicitant le titre de membre titulaire, et demandant un tour de lecture pour un mémoire sur la *Variole chez les aliénés.*

M. le Président annonce à la Société que M. Budin vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, et M. Dubrisay, officier d'Académie. La Société envoie à ces deux honorables confrères l'expression de ses sympathiques félicitations.

M. Gimbert (de Cannes), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le docteur Duboué (de Pau), de passage à Paris, s'excuse, par la voix de M. de Beauvais, de ne pouvoir venir à la séance.

M. Dubuc lit une observation de cystite survenue au septième mois de la grossesse, et ayant persisté avec aggravation à la suite de l'accouchement. Guérison par les instillations de nitrate d'argent. (Voir l'*Union médicale* du 21 août 1886.)

M. de Beauvais : Il y a quelques années, j'ai observé, avec M. Gueneau de Mussy, une primipare, qui avait des symptômes semblables à ceux que décrit M. Dubuc. Cette malade avait des syncopes quand elle se levait ; elle souffrait horriblement. C'était de la cystalgie plutôt que de la cystite. De grands bains et des suppositoires de beurre de cacao avec extr. de jusquiame, 0,02, amenèrent la guérison vers le cinquième mois. Le traitement de M. Dubuc aurait été indiqué dans ce cas.

M. Dubuc cite un autre cas, où la cystite ayant éclaté au début de la grossesse, l'avortement se produisit au troisième mois. Il croit à l'efficacité certaine du traitement par le nitrate d'argent en instillations.

M. Larroque lit un mémoire sur la *Variole chez les aliénés.* (Renvoyé à une commission composée de MM. de Beauvais, Dehenne et Duroziez, rapporteur.)

— M. Dehenne lit une note sur l'*Opération de la cataracte.* (Sera publiée.)

— M. de Beauvais : Messieurs, on parle depuis quelque temps beaucoup du *Massage dans les affections utérines.* Je crois que les manœuvres ne sont pas toujours inoffensives, et qu'elles peuvent même devenir fort dangereuses quand elles sont pratiquées par des personnes inexpérimentées. Il y a quelque temps, je donnais mes soins à une femme convalescente de fièvre typhoïde, chez laquelle s'était développé un phlegmon de la fosse iliaque droite : il ne pouvait y avoir aucun doute sur le diagnostic, et j'attendais la formation de l'abcès et son ouverture probable dans le gros intestin. Un jour, en allant visiter la malade, je trouvai près d'elle une garde-malade d'une soixantaine d'années, d'apparence respectable ; je n'y attachai aucune importance. Le lendemain matin, à la première heure, on vint m'appeler en toute hâte : des accidents formidables s'étaient déclarés pendant la nuit, et quand j'arrivai, la malade agonisait. On appela M. le professeur Tarnier en consultation ; la mort survint très rapidement. La cause de cette mort si imprévue ne pouvait être douteuse : il y avait eu une péritonite par perforation ; et, comme je l'appris dans l'enquête à laquelle je me livrai, cette perforation devait être, selon toute probabilité, le résultat du massage que la garde-malade avait pratiqué après mon départ et à mon insu.

Election. — M. le docteur Pintaud-Désallées (de la Rochefoucauld) est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Pellier.

COURRIER

Congrès français de chirurgie, 2e session, du 18 au 24 octobre 1886. — *Ordre des séances :*

Les séances auront lieu à l'Ecole de médecine dans le grand amphithéâtre.

©BIU Santé

Lundi 18 octobre. — A deux heures, séance d'inauguration. — Discours du président. — Compte rendu financier du secrétaire général. — Communications :

Professeur Jacques Reverdin (de Genève) : Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

Docteur Thiriar (de Bruxelles) : Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale.

Professeur Guyon (de Paris) : Des indications et contre-indications de la lithotritie.

Mardi 19. — A neuf heures et demie du matin : Nature, pathogénie et traitement du tétanos. — A trois heures : Questions diverses.

Mercredi 20. — A neuf heures et demie du matin : De la néphrotomie, et de la néphrectomie. — A trois heures : Questions diverses.

Jeudi 21. — Pas de séance. Visites et démonstrations dans les hôpitaux.

Vendredi 22. — A neuf heures et demie du matin : Des résections orthopédiques. — A trois heures : Questions diverses.

Samedi 23. — A neuf heures et demie du matin : De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — A trois heures : Séance de clôture. — Nomination du bureau pour la prochaine session. — Questions diverses.

Avis. — Les membres de la deuxième session qui ne posséderaient pas le *premier volume* des Comptes rendus sont prévenus qu'ils peuvent se le procurer chez l'éditeur M. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, avec un rabais de 4 fr. (10 fr. au lieu de 14 fr., prix fort), sur la simple présentation de leur quittance pour la cotisation de la deuxième session.

L'ordre du jour des séances de chaque jour sera publié la veille.

Des salons de lecture et de réunion sont mis à la disposition de MM. les membres du Congrès, au *Café Soufflet*, rue des Écoles, au 1er étage.

Un déjeuner, à prix fixe, y sera servi de midi à une heure, pendant la durée du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part au banquet qui aura lieu à l'Hôtel Continental, le jeudi 21 octobre, à sept heures et demie, sont priés de se faire inscrire, dès le 18, auprès du secrétaire général.

Les billets de demi-place sont valables :

Du 16 au 26 octobre pour les chemins de fer de l'Etat ;

Du 14 au 25 — pour la ligne de Lyon.

Pour les chemins de fer de l'Etat, il suffira pour l'*aller* de présenter au guichet du départ la carte de membre du Congrès ; pour le *retour*, on présentera au guichet de la gare de Paris cette même carte où l'on aura dû faire apposer le timbre du Congrès.

Les billets de demi-place délivrés par la Compagaie de Lyon sont envoyés directement aux membres qui en ont fait la demande au secrétariat général avant le 1er septembre.

S'adresser pour toutes les rectifications et tous les renseignements à M. le docteur P. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

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 1re classe ..... 95 fr. 2e classe ..... 70 »	PRIX DES BILLETS 1re classe ..... 60 fr. 2e classe ..... 45 »
Paris. — Orléans. — Blois. — Amboise. — Tours. Chenonceaux et retour a Tours.— Loches et retour a Tours.— Langeais.— Saumur.— Angers.— Nantes. Saint-Nazaire. — Le Croisic. — Guérande et retour a Paris, *vid Blois* ou *Vendôme*.	Paris. — Orléans. — Blois. — Amboise. — Tours. Chenonceaux et retour à Tours. — Loches e retour a Tours — Langeais e retour à Paris, *vid Blois* ou *Vendôme*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Sur un cas d'exstrophie de la vessie. — II. Revue des Journaux : Des expériences toxicologiques *in anima nobili* au XVe siècle. — De l'occlusion des plaies. — III. Hydrologie médicale : Gubler Châtel-Guyon et les eaux allemandes. — IV. Variétés : La médecine dans les Deux-Mondes. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Sur un cas d'exstrophie de la vessie,

Par L.-G. Richelot.

Depuis longtemps les chirurgiens ne se contentent plus, contre l'exstrophie de la vessie, du traitement purement palliatif qui consistait à faire porter au malade un appareil plus ou moins ingénieux, sans aucune restauration préalable. D'autre part, ils ont renoncé d'avance au traitement radical imaginé par Simon et Lloyd, ayant pour but de faire suppléer la vessie par le rectum en y abouchant les uretères, et qui semble condamné par l'échec de ces deux auteurs.

Nous avons reçu d'Allemagne l'écho de nouvelles tentatives. Sonnenburg a extirpé la vessie chez un garçon de neuf ans, suturé les uretères dans la gouttière pénienne, et fermé l'abdomen en rapprochant les téguments. Après de sérieux dangers, le petit malade s'est trouvé guéri, mais aussi infirme qu'avant et privé des ressources d'une autoplastie ultérieure.

Trendelenburg a cherché dans une autre voie : il disjoint violemment les symphyses sacro-iliaques, rapproche par des pressions latérales les parties antérieures du bassin et les bords de l'exstrophie, puis, au bout de six à huit semaines, avive et suture ces bords. En obtenant la réunion de la vessie et de la partie profonde de l'urèthre sans l'intervention de lambeaux cutanés, il espère utiliser les éléments musculaires, amener leurs extrémités au contact et finalement reconstituer un sphincter (1). Le procédé manque de douceur et la prétention paraît exagérée, car il est douteux qu'au milieu de ces parties arrêtées dans leur développement, on trouve un sphincter tout prêt à se reformer par la soudure de ses bouts, comme le sphincter de l'anus après la déchirure du périnée. D'ailleurs, les résultats obtenus « ne sont pas complètement satisfaisants ». Je ne veux rien préjuger, mais il me semble qu'on attendra longtemps avant qu'ils le deviennent.

Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, nous en tenir à la méthode autoplastique, inaugurée par Jules Roux en 1852, et par laquelle on reconstitue la paroi antérieure de la vessie à l'aide de lambeaux taillés sur les parties voisines. On restaure ainsi le réservoir de l'urine, assez pour prévenir les frottements douloureux de la muqueuse, l'inflammation, la fièvre, les hémorrhagies ; mais il est toujours impossible de créer un sphincter, et le seul but auquel la chirurgie puisse prétendre est de permettre au malade de porter un appareil dans de bonnes conditions.

Jules Roux s'était servi d'un unique lambeau comprenant tout le scrotum, relevé de bas en haut, la face cruentée en avant, et cousu par son bord devenu supérieur avec la lèvre supérieure d'une incision abdominale. Gangrène du lambeau, insuccès.

Richard, imitant le procédé de Nélaton pour l'épispadias, disséqua une

(1) Heydenreich, *Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie*,. Annales des mal. des organes génito-urinaires, mars 1886.

BIU Santé

bande scrotale, la fit passer par-dessus la verge, et l'appliqua sur la face cruentée d'un lambeau abdominal rabattu de haut en bas. Fièvre « nerveuse », érysipèle, péritonite et mort. Je ferai remarquer que nous sommes à l'époque des opérations et des pansements sales.

Je passe rapidement sur le procédé de Sédillot, analogue au précédent et qui n'a pas été exécuté ; sur les procédés à deux lambeaux de Pancoast, Ayres, Holmes ; et j'arrive à celui de Wood, qui marque un progrès décisif dans l'histoire de l'exstrophie vésicale. L'auteur anglais fit trois lambeaux : un abdominal, qu'il rabattit au-devant de la muqueuse ; un latéral droit, à base dirigée du côté de la vessie, qu'il retourna comme le précédent ; un latéral gauche, dont la base correspondait au scrotum et au pli de l'aine, et qu'il amena, sans le retourner, sur la face cruentée des deux autres. Mais il fit mieux chez d'autres malades : un lambeau abdominal quadrilatère, à angles arrondis, vint recouvrir la muqueuse par sa face cutanée, comme précédemment ; puis chaque lambeau latéral eut sa base au pli de l'aine, et tous deux furent amenés à s'unir sur la ligne médiane en recouvrant la face cruentée du premier. Ainsi, l'abdominal formait une couche profonde, les deux latéraux une couche superficielle ; face cutanée dans la vessie, face cutanée au dehors. La multiplicité, l'épaisseur, la superposition des lambeaux font la supériorité du procédé de Wood.

A ce procédé, M. le Fort ajouta un dernier perfectionnement, décrit dans la thèse de Valdivieso (Paris 1876) : il utilisa le prépuce pour recouvrir la partie inférieure de la vessie et soutenir le lambeau abdominal. L'idée était neuve et heureuse ; elle est applicable à tous les cas où le prépuce n'est pas trop rudimentaire. M. Le Fort réussit à souhait ; seulement il fit l'opération en plusieurs temps, à d'assez grands intervalles, et la guérison fut traversée par des incidents qui, sans doute, justifient la prudente lenteur avec laquelle il procéda. Ainsi, le 28 mars 1872, il dissèque le prépuce et la peau de la verge rudimentaire, y fait une boutonnière pour laisser passer le gland et place le lambeau préputial au-dessus du pénis, au-devant de la partie inférieure de la vessie exstrophiée. Le lambeau s'œdématie, s'enflamme, puis revient à son état normal. Deuxième opération le 16 mai : un lambeau abdominal est taillé, rabattu, puis suturé par son bord libre au bord supérieur du prépuce avivé ; mais les fils d'argent coupent les tissus gonflés par l'inflammation, et les parties se désunissent. L'opération n'est reprise que le 4 mars 1873 : le bord supérieur du lambeau préputial est dédoublé ; le lambeau supérieur, avivé sur ses deux faces, est insinué entre les deux lèvres de l'incision, puis deux bouts de sonde en gomme sont placés, l'un dans la vessie, l'autre à l'extérieur, reliés entre eux par des fils métalliques qui traversent perpendiculairement les tissus, afin de maintenir le contact en serrant peu, et d'éviter l'étranglement. Il reste, à droite et à gauche du tablier cutané qui recouvre la vessie, deux fentes latérales : celle du côté gauche est comblée dans la même séance par un court lambeau taillé sur les parties voisines et suturé avec deux bouts de sonde ; celle du côté droit a le même sort quatre mois plus tard. L'ensemble a duré 16 mois.

Le procédé de M. Le Fort est supérieur aux autres ; le lambeau préputial, ajouté aux trois lambeaux de Wood, lui donne un cachet particulier. Seulement, le gonflement inflammatoire des tissus peut être évité, la suture simplifiée, les quatre lambeaux taillés et réunis dans la même séance, les

opérations complémentaires réduites au minimum. Vous en jugerez par l'observation suivante.

Henri B..., âgé de 2 ans, est à l'hôpital Bichat depuis le mois de novembre 1885, dans le service de mon collègue et ami Terrier. Sa difformité offre les caractères ordinaires de l'exstrophie vésicale; la surface muqueuse arrondie a une étendue de 5 centimètres dans tous les sens, et comprend l'ombilic dans son bord supérieur; orifices des uretères facilement visibles, pénis rudimentaire, gland et prépuce notablement développés. Le pénis, comme de juste, est taillé en gouttière, et le prépuce, ouvert en haut, n'occupe que la partie inférieure du gland. Ecartement des pubis modéré, testicules descendus, périnée d'aspect à peu près normal, hernie inguinale droite volumineuse. L'enfant n'offre pas d'autre vice de conformation; il est fort et bien portant.

L'opération est faite le 27 novembre. Je commence par tirer la verge en avant à l'aide d'un fil passé dans l'épaisseur du gland; je fais sur elle, de chaque côté, une incision longitudinale, je passe au-dessous du gland pour en détacher le prépuce, et je dissèque ainsi un lambeau comprenant le prépuce et la peau qui lui fait suite. A la base de ce lambeau, je fais avec le bistouri une boutonnière qui donne passage au pénis, de telle sorte que la gaine cutanée de cet organe se trouve au-dessus de lui, et forme un pont assez analogue au lambeau scrotal de Nélaton pour l'épispadias. Ce lambeau préputial vient recouvrir sans effort le tiers inférieur de la vessie. Je taille ensuite un lambeau abdominal quadrilatère, à angles arrondis, de largeur égale à celle de la surface muqueuse, et j'ai soin de comprendre dans son épaisseur toute la couche sous-cutanée jusqu'à l'aponévrose, afin d'assurer sa vitalité. J'arrête la dissection à 1 centimètre environ du bord supérieur de la vessie, de peur de trouer la paroi abdominale, qui me paraît mince au niveau de l'ombilic. Je renverse alors ce lambeau supérieur, auquel j'ai donné une étendue suffisante pour s'unir au lambeau préputial sans traction.

Pour chaque lambeau latéral : incision interne suivant le bord correspondant de la surface muqueuse, commençant à la base du lambeau abdominal et s'arrêtant à 1 centimètre environ au-dessus de la base du préputial; incision externe parallèle, s'arrêtant un peu au-dessus du pli de l'aine; incision transversale plus courte, faisant suite à la base du lambeau abdominal et reliant les deux précédentes. J'ai ainsi deux lambeaux légèrement allongés, à bases tournées vers l'aine, de largeur suffisante pour recouvrir toute la surface cruentée du lambeau abdominal; infléchis en dedans, leurs bords supérieurs viennent se joindre sur la ligne médiane, où je les réunis par plusieurs points de suture au crin de Florence. Le bord supérieur du lambeau préputial est fixé à son tour, par des crins de Florence nombreux et rapprochés, aux bords inférieurs superposés des trois autres. Il reste, à droite et à gauche, entre la base du lambeau latéral et celle du préputial, un orifice admettant à peine le petit doigt, qu'il faudra combler ultérieurement. Il reste aussi de larges plaies, que je rétrécis au niveau de leurs angles par quelques points de suture, et qui devront se couvrir de bourgeons charnus.

L'opération a été faite avec toutes les précautions antiseptiques, sauf la pulvérisation; avant le pansement, la peau est lavée avec la solution faible

©BIU Santé

d'acide phénique; puis toutes les surfaces sont enduites de vaseline boriquée, recouvertes de protective et d'ouate hydrophile.

Les jours suivants, il y eut une éruption qui débuta autour des plaies et s'étendit à presque tout le corps; elle simulait tant bien que mal la rougeole ou la scarlatine, et s'accompagnait de fièvre; c'était, sans nul doute, un érythème phéniqué. L'accident devait être passager, puisque l'acide phénique n'avait été employé qu'en lavage sur la peau, et que l'âge de l'enfant nous avait décidés à ne faire usage que d'acide borique pour les pansements. Tout disparut, en effet, au bout de quelques jours, et l'enfant ne cessa depuis lors d'avoir une santé parfaite. Les pansements, souillés par l'urine, étaient renouvelés avec le plus grand soin. Il n'y eut pas de gonflement inflammatoire, pas de sphacèle; aucun point de la suture ne manqua, les fils furent retirés au bout d'une semaine, et la réunion se fit partout sans aucune difficulté. Les plaies latérales étaient cicatrisées les premières; celle du lambeau abdominal bourgeonna lentement, se rétrécit peu à peu; au commencement de janvier, ce n'était plus qu'une surface vive de 1 centimètre de hauteur longeant le bord supérieur de la nouvelle paroi vésicale; au milieu du mois, il n'y avait plus trace de plaie, et la paroi antérieure de la vessie formait au-dessus du pubis, comme aujourd'hui, une surface arrondie, légèrement convexe, portant la trace des sutures et bordée par un liséré cicatriciel. Depuis le commencement, les embouchures des uretères, placées justement au niveau des deux orifices latéraux et saillantes à la surface de la muqueuse, versaient l'urine directement au dehors.

La guérison était assurée, car l'oblitération des orifices latéraux ne pouvait offrir de grosses difficultés. Je résolus de ne pas les boucher tous les deux le même jour, de peur que l'urine, en s'accumulant derrière eux avant de prendre le chemin de la gouttière pénienne, ne compromît la réunion. J'opérai donc le côté gauche, le 20 janvier 1886. J'avivai sur une largeur d'un centimètre la demi-circonférence externe de l'orifice, constituée par l'épais lambeau latéral; mais la demi-circonférence interne, formée par le préputial, était plus mince; et, sur le conseil de M. Terrier, au lieu de l'aviver simplement, je la dédoublai, de manière à obtenir une large surface d'affrontement sans l'amincir davantage. Puis, avec l'aiguille de Reverdin, je plaçai cinq fils (crins de Florence) très rapprochés sur une ligne verticale. Ablation des fils le 4 février; la réunion est faite, sauf en un point, à la partie inférieure, d'où j'ai vu s'échapper une goutte d'urine; c'est un pertuis presque invisible, qui s'oblitérera de lui-même ou qu'une légère cautérisation fermera facilement.

Seconde opération complémentaire, du côté droit, le 15 février; ablation des fils le septième jour; le 8 mars, deux petits orifices donnent encore passage à l'urine et sont touchés avec le thermo-cautère. Au bout de quelques jours, la cicatrisation est parfaite.

On dit que souvent les hernies congénitales guérissent d'elles-mêmes après l'autoplastie, par la rétraction cicatricielle. Chez Henri B..., il n'en fut rien; sa hernie inguinale droite sortait volumineuse dans la station verticale et gênait l'enfant pour marcher; il y eut même, pendant quelques jours, une tuméfaction inflammatoire douloureuse qui l'obligea de rester au lit. Aussi me décidé-je vite à la cure radicale, qui fut pratiquée le 4 avril. J'incise les téguments, j'ouvre le canal séreux, et par de simples tractions je

le déchire au-dessus du testicule, laissant à la vaginale, isolée du péritoine par ce procédé sommaire, le soin de se fermer d'elle-même. Puis, saisissant avec une pince la partie inférieure du canal séreux, je le dissèque sans autre outil que la pince et les doigts, jusque dans la profondeur du trajet inguinal. Arrivé là, je le résèque au-dessous d'un fil qui oblitère le péritoine. Soit dit en passant, je n'eus aucune difficulté à séparer la séreuse des éléments du cordon, et cette cure radicale fut faite, en résumé, par l'oblitération du péritoine avec résection du conduit péritonéo-vaginal et respect absolu du testicule. Je note ce fait parce qu'il dément une opinion accréditée sur la cure des hernies congénitales, et se rattache à d'autres faits semblables auxquels j'attache une grande importance.

La réunion primitive se fit à souhait, et mon petit malade fut guéri comme on peut l'être d'une pareille infirmité, c'est-à-dire qu'il nous a quittés bien portant, avec un appareil appliqué dans de bonnes conditions.

J'ai encore, Messieurs, quelques mots à vous dire.

Mon malade avait 2 ans, et je l'ai opéré sans attendre. Sauf un insuccès de Wood chez une fille faible de 1 an 1/2, tous les cas cités dans la thèse de Valdivieso varient entre 6 1/2 et 30 ans. Valait-il mieux temporiser jusqu'à 7, 8 ou 10 ans, de peur que les cris et les efforts ne compromissent la réunion, ou que l'enfant n'eût pas assez de force pour supporter l'opération et cicatriser de larges surfaces? Je pense qu'avec une bonne santé il vaut mieux opérer de bonne heure; jamais la réunion n'a plus de chances de réussir ni les plaies de se guérir vite si elles sont tenues proprement; et plus tôt la restauration est faite, plus on a le droit d'espérer que le développement ultérieur arrangera toutes choses et effacera dans une certaine mesure les traces de la difformité congénitale.

J'ai adopté le procédé de Wood complété par Le Fort. Les trois lambeaux superposés de l'auteur anglais peuvent suffire, et il faut bien s'en contenter quand le prépuce existe à peine; mais, dans le cas opposé, le quatrième lambeau préputial est fort utile, car il donne de l'étoffe, amplifie la paroi nouvelle, et s'applique exactement sur la face dorsale du pénis, de manière à former avec la gouttière pénienne un étroit orifice pour l'écoulement de l'urine, et pour l'application d'un appareil de petit volume.

Tous les lambeaux ont été taillés et suturés dans la même séance, et la réunion immédiate a réussi d'emblée. Sans pouvoir affirmer que le succès sera toujours égal, j'ai cependant quelques raisons de croire qu'on évitera généralement l'inflammation, la gangrène des lambeaux et les nombreuses retouches, en opérant dans les conditions où je me suis trouvé : âge très favorable à l'adhésion, asepsie complète. Ces conditions, et surtout la dernière, dispenseront de recourir à un mode de suture compliqué, puisqu'on n'aura plus à craindre les gonflements extrêmes et l'étranglement des tissus. Ici comme dans beaucoup d'autres opérations où s'est exercée l'ingéniosité des chirurgiens (la périnéorrhaphie, par exemple), il faut oublier les nœuds bizarres, les chevilles, les boutons et les tubes; la suture simple, à points séparés, est toujours la meilleure, et le crin de Florence répond à toutes les indications. Fin, souple, résistant, facile à retirer, il coupe et irrite au minimum; lambeaux petits ou grands, minces ou épais, lâches ou tiraillés, il n'est pas d'autoplastie qui ne se trouve bien de son emploi.

Un dernier point : en taillant chaque lambeau latéral, j'ai laissé quelque distance entre sa base et celle du lambeau préputial, et il en est résulté un

©BIU Santé

orifice à combler ultérieurement. J'aurais pu, en prolongeant jusqu'à la base du lambeau préputial l'incision qui longeait verticalement le bord de la muqueuse, continuer jusqu'en bas la suture de ce lambeau avec le latéral. et ne laisser aucun orifice. En voyant le succès rapide de la première opération, j'ai pensé que j'aurais pu terminer tout en une seule fois, et ne garder pour l'avenir aucune opération complémentaire. Mais, d'autre part, si je n'avais pas eu cette double voie largement ouverte au niveau de l'embouchure des uretères, qui s'y présentaient pour verser l'urine au dehors, mes sutures auraient-elles aussi bien tenu ? Dans le doute, j'oserai peut-être une autre fois compléter la suture; mais je dois dire que les deux petites opérations complémentaires n'ont pas grande importance et ne prolongent pas assez la cure pour qu'on tienne absolument à les éviter.

Messieurs, l'observation de Henri B... est un exemple intéressant qui montre bien où en est la chirurgie dans la question de l'exstrophie vésicale. Mais qui nous donnera une méthode pour supprimer radicalement l'incontinence d'urine? Qui trouvera le moyen de faire à la vessie un sphincter et de lui rendre sa fonction?

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Des expériences toxicologiques *in anima nobili* **au XVe siècle.** Notes et considérations, par M. le professeur A. Corradi. (In *Annali universali di medicina e chirurgia* Août. Vol. 277.) — Au chapitre XIV de son livre : *De tumoribus*, Fallope parle des poisons à propos de la douleur en général et du moyen de la calmer. Il raconte qu'à Pise, il put expérimenter, *in homine anatomizando*, la résistance de la fièvre à un poison froid; *nam Princeps jubet ut nobis dent hominem quem nostro modo interficimus et illum anatomizamus*. Il donna donc à son sujet 2 drachmes d'opium, environ 8 grammes, au moment de l'accès, qui empêcha l'effet toxique de se produire. On répéta l'expérience à deux autres reprises et toujours le même résultat se produisit. Le prince eut alors la grandeur d'âme d'accorder la grâce du malheureux patient, mais celui-ci n'en jouit pas longtemps, car l'opium lui ayant été donné une dernière fois, en dehors des accès, des accidents mortels survinrent avec rapidité.

Les contemporains du célèbre anatomiste, et bien des écrivains depuis lors, ont sévèrement jugé cette cruelle expérience qu'un auteur belge, Burggraeve, ne veut excuser que par « le fanatisme de la science ». (*Précis de l'Histoire de l'anatomie*. Gand, 1840, page 198.)

Si maintenant l'on jette un coup d'œil sur ce qui se passait aux temps les plus reculés, on trouve nombre de faits semblables qui peuvent tous s'expliquer par la même pensée des expérimentateurs : Être utile à l'humanité par la science! Nous pourrions citer parmi les exemples de l'antiquité ceux d'Attale III, dernier roi de Pergame, de Mithridate, roi de Pont, les récits de Galeise, d'Alexandrie, etc., etc.

Sans remonter aussi loin, nous voyons, dans l'étude de M. le professeur Corradi, qu'au xve siècle, et avant même que Fallope n'eût tenté sa stupéfiante expérience, des essais de poisons avaient lieu fréquemment sur les condamnés à mort sur lesquels on étudiait les effets toxiques des substances vénéneuses et les contre-poisons pouvant les atténuer. Mattioli, en parlant de l'aconit, dit avoir vu les crises terribles provoquées par cette plante, au Capitole, du temps de Clément VII, qui désirait essayer et démontrer la valeur, comme contre-poison, d'une huile mystérieuse. Par son ordre, le suc de l'aconit fut donné à deux assassins corses condamnés à être pendus. On donna à l'un une grande quantité de poison dans un massepain et, aussitôt après, la fameuse huile qui réussit à le préserver. A l'autre, au contraire, on ne fit prendre qu'une faible dose

du toxique, mais sans y joindre le contre-poison, et ce malheureux mourut 17 heures après en présentant tous les symptômes décrits par Avicenne. Une autre expérience fut encore faite par ordre du même pape et eut un plein succès; il s'agissait cette fois d'un malfaiteur de Mantoue.

D'autres récits ne font aucun doute sur les empoisonnements scientifiques de cette époque d'ignorance. Le médecin de Ferrare, Antonio-Musa Brasavola, maître de Fallope, chaque fois qu'il devait employer un remède nouveau, *illud*, écrivait-il, *in scelerato homine exerceo, ad præsentaneam mortem a prætore condemnato*, et cela parce qu'il ne lui convenait pas de jouer avec la vie de ses semblables, tandis qu'il se croyait autorisé à pouvoir le faire impunément avec celle d'un misérable assassin.

Remise de la peine capitale était faite aux condamnés qui se soumettaient à ces chanceuses épreuves; c'était le prix d'encouragement que les potentats d'alors offraient à la science. Il y eut une quantité de faits semblables que l'histoire ne saurait trop flétrir comme autant de crimes de lèse-humanité.

Le sublimé, l'arsenic, l'opium, l'aconit, différents métaux et quelques produits animaux, venins et autres, furent ainsi essayés, et le plus souvent coûtèrent la vie aux malheureuses victimes expiatoires. On voit apparaître comme ordonnateurs dans ce long martyrologe les grandes figures de l'époque, papes, ducs, princes, savants, tous dévorés par le démon de l'alchimie et désireux d'obtenir le triomphe de leurs lugubres secrets de laboratoire.

C'est vraiment un singulier spectacle que d'entrevoir ces tortionnaires, penchés nuit et jour sur leurs fourneaux noircis, agiter fiévreusement des cornues aux mille formes, distiller toutes sortes de plantes, faire de bizarres mélanges ou évaporer des sels; les uns à la recherche de la pierre philosophale, beaucoup voulant faire de l'or avec d'autres métaux, le plus grand nombre espérant trouver au fond d'un alambic le secret de la vie, peut-être empêcher la mort ou au moins la faire reculer par une savante combinaison chimique!!

Ambroise Paré n'échappa pas à ce travers de l'époque expérimentale, il fit l'essai, sur « quelque coquin qui avait gaigné le pendre », d'un remède secret (poudre de bézoard) venu d'Espagne et offert en don à Charles IX comme le plus puissant antidote de tous les poisons connus. Le pauvre homme qu'il choisit devait effectivement être pendu; on lui promit la vie, à la condition d'avaler une certaine dose de sublimé et de prendre aussitôt le contre-poison qui devait en atténuer l'effet. Tout se passa de la sorte, mais le malheureux finit par mourir dans d'atroces souffrances, regrettant amèrement « n'estre mort à la potence ».

Ce coin du xve siècle, soulevé par M. le professeur Corradi, est un bien curieux chapitre ajouté à tant d'autres sortis de la plume érudite et féconde de cet historiographe. La lecture en est si attrayante que, pour un instant, l'illusion transporte le lecteur en plein palais des Médicis, dans cette fameuse « Fonderia », où s'élaboraient tous ces mystérieux remèdes dont les effets, prônés aux quatre coins du monde, n'étaient cependant qu'une preuve de plus de l'ignorance profonde dans laquelle la société vivait alors.

De l'occlusion des plaies (*Actes de l'Institut vénitien des sciences et des lettres*, Série VI, tome IV. Venise, 1886), par Giovanni Fioranni. — Sous la dénomination de *medicatura chiusa*, l'auteur comprend les différents moyens employés à fermer exactement les plaies, afin de les soustraire au contact de l'air et des agents infectieux extérieurs. C'est le but qu'ont poursuivi et atteint avec de brillants succès, il y a plus de vingt ans, Jules et Alphonse Guérin, Maisonneuve et d'autres encore, avant de connaître la précison et les bienfaits de la méthode antiseptique.

Quoi qu'il en soit, M. le professeur Fioranni obtient de très beaux résultats dans les grands traumatismes par les règles suivantes :

1° Observer des préceptes antiseptiques;

2° Exécuter une hémostase complète;

3° Bien affronter les lambeaux par la suture;

4° Chasser l'air des cavités cruentées avant de faire le pansement;

©BIU Santé

5° Couvrir le tout par un pansement stable qui ne sera changé que lorsque l'on croira la cicatrisation complète.

Rien de plus simple, comme on voit, et à l'appui de ces préceptes, M. le professeur Fioranni présente un grand nombre de faits vraiment encourageants pour la nouvelle méthode. — MILLOT-CARPENTIER.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Gubler Châtel-Guyon et les eaux allemandes.

L'importance thérapeutique de l'Eau de Châtel-Guyon a été proclamée à la fin du siècle dernier par Raulin, inspecteur général des Eaux minérales du royaume; il a constaté en même temps la propriété qu'ont ces eaux de conserver leurs vertus après transport en dehors de la source; aussi les trouvait-on alors dans tous les bureaux officiels de vente d'eaux minérales.

Après la guerre de 1870, les travaux du professeur Gubler appelèrent de nouveau l'attention sur les Eaux de Châtel-Guyon, et sur les services qu'elles pouvaient rendre en nous affranchissant du tribut que nous payions aux Eaux allemandes auxquelles elles sont supérieures à plus d'un titre.

Depuis lors, la notoriété de Châtel-Guyon s'est accrue de jour en jour, et l'exportation de l'Eau a pris le plus grand développement.

Le nom de Gubler a été donné à la source qui se trouvait dans les conditions les plus favorables pour le puisement de l'eau et par suite pour sa conservation. Et, en effet, il résulte d'expériences récentes que l'on trouvera consignées dans un ouvrage du docteur de Lavarenne sur « *les Eaux de Châtel-Guyon et leur emploi en dehors de la source* », que l'Eau **Gubler** peut se conserver intacte pendant plusieurs années, lorsqu'elle a été placée dans les conditions voulues, c'est-à-dire les bouteilles couchées à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité. Son action, dans ce cas, est sensiblement la même que celle observée à Châtel-Guyon, à la source.

A petites doses, elle est eupeptique, apéritive, digestive et diurétique; à doses plus élevées, elle devient laxative, puis purgative si l'on augmente encore la dose. Aucun inconvénient ne peut résulter de son usage prolongé parce qu'elle est tonique et reconstituante, en même temps que révulsive, résolutive et décongestionnante.

Son action se fait sentir surtout sur le tube digestif (estomac, intestins) et sur ses annexes (foie), sur les reins et la vessie, sur l'utérus et les ovaires, sur les fibres musculaires lisses de la vie organique, sur la circulation du sang, sur le sang lui-même et le système nerveux.

Ses nombreuses propriétés font que l'Eau **Gubler Châtel-Guyon** peut être utilisée dans le traitement de beaucoup de maladies.

Mais son indication principale est dans les maladies des voies digestives (*dyspepsies*), soit que la difficulté de la digestion tienne à une modification de quantité ou de qualité des sucs digestifs (suc gastrique, suc intestinal, bile, suc pancréatique), ce qui constitue la vraie dyspepsie; soit qu'elle consiste en une simple atonie de toutes les fonctions digestives, ce qui est la pseudo-dyspepsie.

Si la dyspepsie ne constitue pas à elle seule l'origine de la maladie, si elle est l'une des conséquences d'autres états morbides, tels que la ménopause, les maladies de l'utérus, l'anémie, la chlorose, l'effet de l'Eau **Gubler Châtel-Guyon** sera d'autant plus certain qu'elle est spécialement indiquée pour combattre isolément ces mêmes affections.

Elle a encore une action de premier ordre sur tous les *engorgements du foie*, et, en général, sur les *affections du foie* s'accompagnant d'*ictère* ou de *coliques hépatiques*.

Elle agit de même sur les *affections des reins*, sur la *gravelle* et sur les *catarrhes* de la vessie.

Son usage prolongé et répété constitue le seul remède réellement efficace contre la *constipation habituelle*.

Ses vertus reconstituantes et toniques sont très précieuses dans le traitement de l'*anémie* et de la *chlorose*, et toutes les fois qu'il y a *faiblesse générale* avec *difficulté de la digestion*, dans les convalescences des maladies graves, par exemple.

Son action régulatrice de la circulation du sang rend son usage utile toutes les fois qu'il y a une tendance aux *congestions*.

Elle est souveraine dans les *congestions ovariennes* et *utérines*, dans l'*ovarite chronique* et pour traverser sans accidents graves l'époque de la *ménopause*.

Enfin elle peut être employée, comme élément de la médication, dans des états constitutionnels diathésiques comme le *diabète*, l'*obésité*, la *goutte*.

Nous nous bornons ici à indiquer sommairement les différents cas où doit être employée l'Eau **Gubler Châtel-Guyon**. Les médecins qui voudront faire une étude plus complète de ses applications trouveront, dans les ouvrages récemment publiés par les docteurs Baraduc, Voury, Delaborde, Aguilhon, de Lavarenne, etc., les plus intéressantes indications.

Il vient d'être publié une première série d'attestations basées sur l'emploi thérapeutique de l'Eau **Gubler Châtel-Guyon** qui ont été adressées spontanément à l'établissement thermal de Châtel-Guyon par un grand nombre de nos confrères. Elles sont d'autant plus concluantes que la plupart d'entre elles constituent de véritables observations cliniques précieuses pour fixer les idées des praticiens sur le parti à tirer de ce précieux médicament.

Il serait à désirer que cet intéressant recueil fût entre les mains de tous les médecins français, ils acquéreraient bien vite notre conviction que la Source **Gubler** de Châtel-Guyon est bien supérieure au Rakoczy de Kissingen, à la Kreuzbrunnen de Marienbad et au Sprudel de Carlsbad.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE DANS LES DEUX-MONDES.

Etude sur l'organisation de l'instruction médicale en Europe, en Amérique et en Australie.

Il est opportun et intéressant, à l'heure où un peu partout la vie va ressaisir les vieilles ruches universitaires endormies dans la paix des vacances de jeter un coup d'œil sur l'organisation de l'instruction médicale dans les principales parties du monde civilisé, et d'étudier comment les peuples qui marchent à la tête de cette civilisation s'efforcent d'entretenir ou d'augmenter leurs forces vives, en diffusant la science dans la jeunesse studieuse du pays et en favorisant sa culture sous la surveillance tutélaire de l'*Etat*.

Nos *amis* les Anglais, chez lesquels la pédagogie a fait de si grands progrès, fixeront d'abord notre attention.

Ce qui frappe tout d'abord, quand on veut essayer de saisir le mécanisme de l'organisation de l'instruction médicale dans le Royaume-Uni, c'est l'esprit d'extrême centralisation qui y préside, entraînant la multiplicité et la variété des établissements scolaires, le nombre et la diversité des diplômes, leur manque d'uniformité, l'inégalité de leur valeur intrinsèque. En France la manie, la fureur de centralisation à outrance « cette maladie des peuples jeunes comme les Slaves, ou des peuples vieillis comme les races orientales », parmi de minuscules avantages incapables de compenser les désastreuses conséquences qu'elle entraîne, nous en présente cependant un mince, à la vérité, qui est d'assurer l'uniformité de l'instruction requise et de la valeur des diplômes qui en témoignent, puis de faciliter l'intelligence du mécanisme administratif.

En France, l'Etat contrôle tout, surveille à l'excès, préside à tout, intervient partout, administre, réglemente, s'immisce sans relâche, suspendant celui-ci, imposant celui-là, et finalement tend à faire des grands corps enseignants une machine « dont les professeurs à la merci d'un ministre autocrate et asservis à des programmes qui enchaînent le vol de la pensée et qui creusent lentement l'ornière de la routine sont réduits à n'être que des rouages dociles ». (R. P. Didon.)

©BIU Santé

En Angleterre, les liens de subordination qui rattachent à l'Etat les centres d'instruction sont moins étroits, aussi la formule de l'organisation est-elle en apparence plus compliquée : c'est un écheveau que nous allons essayer de débrouiller.

L'immixtion légitime de l'Etat est représentée par un grand Conseil médical (General medical Council) dont les résolutions, les décrets et les statuts servent en quelque sorte de cadre à la réglementation intérieure et particulière des diverses Ecoles de médecine ou des autres centres d'instruction médicale. Celui-ci fixe aussi la condition de l'examen, réglemente et a la haute main sur les grands corps examinants chargés d'accorder les degrés et les diplômes. Chacun des innombrables centres d'instruction médicale a ainsi son organisation particulière avec ses lois et règlements que le dean ou recteur tient à la disposition de qui lui en fait la demande. La brochure est publiée, distribuée, diffusée autant que possible.

L'aspirant étudiant en médecine doit d'abord se faire inscrire au General medical Council. Son inscription aux registres est subordonnée, entre autres conditions, à la présentation d'un diplôme prouvant qu'il est en possession d'un certain degré d'éducation générale. On accepte comme preuve d'une préparation suffisante un diplôme correspondant au moins à notre baccalauréat : on l'appelle diplôme d'un *Degree in Arts ;* il est obtenu dans une Université du Royaume-Uni ou des colonies ou de toute Université reconnue par le grand Conseil médical. On accepte encore un certificat d'examen portant sur les sujets ordinaires d'instruction générale obtenu d'un corps enseignant reconnu et réglementé à ce point de vue par le General medical Council.

Le diplôme ou le certificat obtenu, les candidats ne doivent pas tarder à se faire inscrire ; car le point de départ de leurs études date seulement du quinzième jour qui précède l'inscription sur les registres du Conseil général.

L'étudiant peut, selon le titre ou le diplôme dont il poursuit l'obtention, choisir à son gré l'école à laquelle il veut s'inféoder.

La réglementation de tous les centres d'instruction médicale laisse à l'étudiant l'alternative de commencer ses études médicales de trois manières différentes. L'une ou l'autre de ces trois manières, selon le corps dispensateur du diplôme poursuivi devant lequel l'élève désire se présenter, est autorisée et compte à l'actif de l'élève le jour où il se présente pour passer ses examens. Cela varie avec le diplôme et la Faculté à laquelle il s'adresse.

Il peut : 1° s'attacher pendant un an aux services et aux cours d'un hôpital provincial ou autre institution publique qualifiée pour cela ; 2° s'inféoder comme élève à quelque maître légalement reconnu digne de cette mission pédagogique et officiellement pourvu de fonctions médicales publiques, telles que l'autorité moralement responsable et l'élève directement intéressé soient assurés que celui-ci trouvera sous la direction du maître une éducation pratique satisfaisante. Il peut enfin : 3° entrer de suite dans une des grandes Ecoles de médecine officiellement autorisées, dépendance de l'Etat.

Tout renseignement touchant les formalités de l'incription aux registres du Conseil général, ainsi que la formule de demande d'inscription, est gratuitement fournie par les Ecoles et Corps médicaux enseignants.

Les titres à l'obtention desquels est attaché le droit de pratiquer la médecine sont nombreux, et bien qu'émanant d'institutions reconnues toutes par l'Etat, sont loin d'avoir la même valeur intrinsèque.

A certaines institutions appartient seul le droit de conférer tel ou tel diplôme, et un même corps enseignant décerne plusieurs diplômes de qualification plus élevée et naturellement d'obtention plus difficile.

Le nombre des corps examinateurs (Examining Bodies) et dispensateurs de degrés et de diplômes (Licencing Bodies) est, pour le Royaume-Uni, de 20.

Ces institutions sont toutes de premier ordre comme organisation et élévation scientifique. Leurs professeurs sont les sentinelles avancées de la science anglaise. Ces grandes fondations et les qualifications qu'elles peuvent accorder sont les suivantes :

1° Le *Royal College of Physicians of London* représente la plus haute collectivité scienti-

fique médicale. Elle dispense les titres de licencié (Licenciate), de membre (Member) et de Fellow (compagnon) du Collège royal.

Ce dernier titre est l'un des plus élevés auquel un médecin distingué puisse aspirer. Il représente chez nous le membre de l'Académie de médecine ou le professeur de la Faculté. Ceux qui le possèdent dirigent de grands services dans les hôpitaux, et sont chargés de cours importants. Ses heureux titulaires ne manquent pas de faire suivre leur nom de quatre glorieuses initiales dont l'adjonction l'honore : F. R. C. P. (*Fellow of Roy. Colleg. of Physicians.*)

2° Le *Royal College of Surgeons of England* marche de pair avec le Collège royal des médecins, et, comme lui, dispense le titre de membre et de Fellow. (F. R. C. S.)

3° L'*Apothicarie's Society of London* représente l'Ecole de pharmacie et délivre les diplômes de licence en pharmacie.

4° et 5° L'*University of Oxford* et sa séculaire rivale l'*University of Cambridge* délivrent les degrés de Bachelor in medicine (B. M.), Doctor in medicine (D. M.) et de Master in surgery (maître chirurgien) (M. S.).

Le degré de docteur en médecine est hiérarchiquement supérieur à celui de bachelier en médecine, bien que celui-ci suffise pour conférer le droit de pratiquer la médecine. Le passage du degré de bachelier à celui de docteur exige des études supplémentaires et présente de très sérieuses difficultés. Je me suis laissé dire que l'obstacle à franchir prenait des proportions formidables quand le candidat affrontait le verdict des professeurs de :

6° L'*University of London* délivre les mêmes diplômes que les deux hautaines Compagnies des comtés voisins.

7° L'*University of Durham* délivre les diplômes de licence en médecine et de licence en chirurgie, de bachelier en médecine et de bachelier en chirurgie, de docteur en médecine et de maître en chirurgie.

8° La *Victoria University* de Manchester délivre les diplômes de bachelier en médecine, de docteur en médecine et de maître en chirurgie.

9° et 10° Le *Royal College of Physicians* et le *Royal College of Surgeons* d'Edimbourg délivrent des diplômes de licencié, de membre et de Fellow. Mais la charmante cité d'Edimbourg ne se contente pas d'être l'illustre capitale du Midlothian et la patrie de l'immortel Walter Scott; celle de Livingston, de Burns, de Simpson, de John Knox (le Calvin de l'Ecosse); celle de Dougald Stuart, celle de Hume, etc. Il ne lui suffit pas de mériter, par son élégance attique et pleine de pittoresque, le surnom de l'Athènes moderne, elle veut toutes les gloires et toutes les réputations; celle de ville savante paraît être celle qu'elle recherche avec prédilection.

Outre les deux grands corps savants que nous venons de nommer, il y a encore : 11° l'*University of Edimburgh*, et, tout près d'elle, groupés autour d'elle dans les grandes villes écossaises, 12° la *Faculty of Physicians and Surgeons of Glascow ;* 13° l'*University of Glasgow;* 14° l'*University of Aberdeen*, qui toutes délivrent des diplômes estimés.

L'émulation qui stimule tous les grands établissements d'instruction supérieure où ont pratiqué Sims, Simpson, Lister, fait jaillir de ces foyers d'étude un rayonnement de paisible lumière scientifique dont l'éclat attire ou retient sur la terre écossaise des phalanges studieuses de médecins en vacances et de futurs praticiens.

15° L'*University of St-Andrews*, comme les précédentes, délivre les diplômes de Bachelor, de Doctor of medicine et de Master in surgery.

Pour l'Irlande, cinq grandes Facultés président au recrutement du Corps médical. Ce sont :

16° Le *Kingand Queen's College of physicians of Ireland;* 17° le *Royal College of Surgeons of Ireland;* 18° l'*Apothicarie's Hall of Ireland* (diplôme de pharmacie); 19° l'*University of Dublin;* enfin, 20° le *Royal University of Ireland.*

Ces Corps, dispensateurs de diplômes, outre les qualifications de membre, de Fellow, de licencié, de bachelier, de docteur en médecine ou de maître en chirurgie, délivrent encore des diplômes spéciaux d'obstétrique.

L'étude et la pratique des accouchements est, en Irlande, l'objet d'une application

©BIU Santé

toute particulière, et l'hôpital de la Rotonde, de Dublin, jouit sous ce rapport d'une réputation absolument universelle.

Une partie des modifications introduites récemment en France, relativement à l'organisation des études obstétricales, ne sont qu'un emprunt fait à l'organisation irlandaise.

(*A suivre.*) Lucien Deniau.

FORMULAIRE

Solution antiseptique pour la bouche. — David.

Hydrate de chloral.....	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.
Essence d'anis.....	10 gouttes.
Essence de menthe	5 —

Mêlez. — Après les repas, on se lave la bouche avec cette solution, afin d'empêcher les fermentations, le développement des micro-organismes et la carie dentaire.

N. G.

COURRIER

Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain 11 octobre 1886, à midi, pour la nomination aux places vacantes en 1887 d'internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, se composera de MM. les docteurs Berger, Duguet, Gallard, A. Gombault, Kirmisson, A. Marchand et Polaillon.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 14 octobre 1886, à quatre heures du soir, pour la nomination aux places vacantes en 1887 d'externes des hôpitaux et hospices civils de Paris, vient d'être tiré au sort. Les membres désignés sont MM. les docteurs Ballet, Bazy, Chantemesse, Gaucher, Hirtz (Edgard), Marchant et N...

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux civils de Lyon s'ouvrira le lundi 7 avril 1887, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale des hôpitaux de Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 44. — Le registre d'inscription sera clos le vendredi 28 mars 1887, à quatre heures du soir.

École de médecine de Besançon. — M. Druhen (Étienne), professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Sanderet de Valonne, nommé professeur honoraire.

M. Chapoy, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Druhen, appelé à d'autres fonctions.

M. Gauderon, suppléant des chaires de pathologie et clinique internes, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Druhen (Ignace), nommé professeur honoraire.

École de pharmacie de Nancy. — M. Held, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de pharmacie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Durand-Fardel : Discours prononcé à la séance d'ouverture, le 1er octobre 1886, au Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz. — II. Bibliothèque : Études historiques sur les épidémies dans le Morbihan. — III. Revue des Journaux : Des fonctions des amygdales. — De l'influence des affections gastro-intestinales sur le poids des enfants. — Les effets diurétiques de la cocaïne. — Trophonévrose cutanée consécutive à une blessure du nerf médian. — Des gommes syphilitiques précoces. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier.

Discours de M. le docteur Durand-Fardel

Prononcé à la séance d'ouverture, le 1er octobre 1886, au Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz.

Mesdames, Messieurs,

J'ai souvent, pendant le cours de ma longue carrière, souhaité de me trouver parvenu à cette époque de la vie où, l'avenir ayant désormais cédé la place au passé, il semble qu'il ne reste plus qu'à goûter ce repos, longtemps attendu, que le foyer promet au retour des voyages lointains. Je ne saurais dire que les rêves paresseux de mon imagination se soient précisément réalisés; mais je dois reconnaître qu'ils recouvraient des perspectives inattendues. En effet, c'est sans doute au mérite que j'ai eu de vivre longtemps, — vivre veut dire ici travailler, — que je dois le grand honneur de présider à cette solennité, dont l'éclat est rehaussé par la présence de nombreux et illustres représentants des pays et des gouvernements étrangers, et par celle de représentants officiels de notre gouvernement. Peut-être encore a-t-on voulu reconnaître le privilège, que je dois également aux années, d'avoir vu naître en quelque sorte et grandir, suivant une rapide évolution, les deux sciences qui sont l'objet du Congrès de Biarritz, l'*hydrologie* et la *climatologie*.....

Ce sont là deux sciences essentiellement composites, et vous alliez voir de combien d'autres elles dépendent. Il est vrai qu'il n'est pas de science qui puisse vivre et se nourrir exclusivement sur elle-même, — si ce n'est la mathématique : et vous savez combien elle en est fière.

Veuillez m'accompagner d'abord, je vous prie, dans une station thermale quelconque, ou, si vous voulez, dans quelqu'une de celles que vous serez prochainement conviés à visiter avec nous.

A l'aspect de ces flots brûlants qui jaillissent incessamment depuis des époques immémoriales, apportant avec eux des combinaisons chimiques déterminées et des propriétés qui leur sont exclusivement inhérentes, la première pensée est celle-ci : D'où proviennent-ils? Où s'est élaborée leur composition? A quoi ont-ils emprunté leur thermalité? Quel mécanisme les fait surgir ainsi sans interruption à la surface du sol, dans des conditions presque toujours sensiblement identiques, et cela pendant des durées de temps illimitées?

C'est à la *géologie* de résoudre ce problème de l'origine des eaux minérales : et de ce problème combien de termes nous échappent!

Sans doute, nous pouvons suivre par la pensée la migration des eaux atmosphériques qui, à travers les pores, les fentes et les fractures de l'écorce du globe, s'en viennent fournir une alimentation incessamment renouvelée à ce laboratoire mystérieux. Sans doute, nous pouvons reconnaître, dans une certaine mesure, les relations nécessaires des principes

©BIU Santé

rapportés par ces eaux avec les roches dites *congénères*, que les soulèvements géologiques ont amenées à notre portée, ou bien avec des terrains plus superficiels.

Mais que savons-nous des lois qui président à ces conditions, constantes si nous faisons abstraction de légères variations de qualité ou de température, constantes au moins pour des périodes séculaires? Quelle part savons-nous attribuer, au sujet de la thermalité des eaux, à la température propre de la terre ou aux combinaisons chimiques qui s'opèrent dans ses profondeurs? Comment nous rendre compte de cette prodigieuse et incessante dépense de principes constituants?

Pensez que, dans une des stations que vous pourrez visiter avec nous, à Amélie, 754 kilogrammes de matière organique desséchée sont mis au jour par vingt-quatre heures, — que les sources de Vichy versent à la surface du sol 5,102 kilogrammes de substances salines par jour, soit 1,861,230 par année.

Et ces lois, qui arrêtent à un chiffre déterminé l'activité dissolvante de telle source, et à un chiffre différent celle d'une source voisine, et qui leur ont fait choisir, parmi les principes qu'elles ont rencontrés, tel et non pas tel autre, et souvent le plus rare au lieu du plus commun, ainsi la soude, qui existe à peine dans les roches primitives, au lieu de la potasse qui s'y rencontre dans de si grandes proportions, — ces lois ne s'appliquent pas seulement à ces opérations profondes, qui mettent en jeu des températures incalculables et des pressions dont nous ne pouvons nous faire l'idée, — elles s'appliquent également à ces sources froides, plus rapprochées de nous, qui empruntent, par des mécanismes différents, leur minéralisation à des couches relativement superficielles du sol.

Si l'origine des eaux minérales dérobe encore la plupart de ses secrets à nos investigations, la chimie, du moins, saura nous dévoiler leur nature.....

Ce n'est pas sous forme de combinaisons définies que l'analyse chimique va rechercher les principes contenus dans une eau minérale. Ce ne sont que des corps simples, des acides ou des bases, qu'elle recueille et qu'elle soumet à ses pesées. Et lorsque ensuite elle cherche par le calcul à reconstituer les combinaisons dissociées, les chiffres qu'elle inscrit sur ses tableaux analytiques ne sont positifs que dans une mesure : ils sont hypothétiques dans une autre. Deux chimistes également expérimentés pourront fournir des résultats différents pour une même eau minérale; et, pour ce qui concerne certaines eaux, en particulier celles qui font la gloire de la région Pyrénéenne, on ne s'est pas encore accordé sur le caractère précis de leur minéralisation.

Nous ne pouvons même dire que nous connaissions la composition intégrale des eaux minérales.

Depuis un certain nombre d'années, des procédés analytiques supérieurs ont permis de reconnaître dans un grand nombre d'entre elles des principes dont l'existence n'y avait pas été constatée jusqu'alors. C'est ainsi que nous avons vu apparaître l'arsenic (lequel fait en ce moment une nouvelle apparition dans les eaux sulfurées), puis la lithine, le rubidium, le cœsium, et la spéculation, j'entends la spéculation scientifique, s'emparant de ces découvertes, est venue étager sur leur nouveauté plus d'une interprétation théorique.

Bien plus, l'un des promoteurs les plus actifs de ce Congrès, agissant,

non plus, comme ses prédécesseurs, sur de faibles quantités, mais sur des masses d'eau minérale, a reconnu, dans quelques-unes d'entre elles, d'autres principes encore, que leur minime proportion avait dissimulés jusqu'alors et que des recherches patientes et ingénieuses ont ramenés sous ses yeux.....

Si nous en avons appelé à la géologie pour nous éclairer sur l'origine des eaux minérales, voici que les eaux minérales elles-mêmes viennent à leur tour éclairer la géologie sur la constitution des profondeurs terrestres.

Il est un appareil, dû au génie contemporain, le *spectroscope* qui permet de reconnaître, inscrits sur des lignes brillantes et distinctes par leur couleur comme par leur situation respective, les principes métalliques dont un rayon lumineux transmet au loin les vestiges spécifiques.

Et voyez quelles merveilleuses lectures ! Assis dans votre laboratoire, vous faites apparaître devant vous les éléments eux-mêmes dont se composent les couches profondes de la terre que vous foulez sous vos pieds, — et à côté, sans même avoir levé les yeux, vous pouvez voir se fixer sous votre regard les éléments dont se composent les astres qui brillent au-dessus de votre tête, — pénétrant ainsi à volonté, dans ces deux immensités, l'une relative et finie, l'autre absolue et infinie.....

..... Il serait bien facile le rôle du médecin près des eaux minérales, si l'on s'en tenait aux apparences. Les habitués d'une station thermale, que dis-je ? ses hôtes de la veille, sont tout de suite au courant de la pratique locale. Ils conseillent, ils dirigent les nouveau-venus ; ils font au besoin des conférences. Aussi, qu'exige-t-on du médecin ?

Il faut d'abord qu'il soit aimable, — avec les femmes surtout, — pas trop cependant. Ensuite, il possédera l'art de faire avaler avec plaisir une boisson chaude ou tiède, amère ou nauséabonde. Il aura le soin d'accomoder au goût de chacun les pratiques variées auxquelles se prêtera l'installation de ses thermes. Il saura inspirer la patience et persuader l'espérance. Tout ceci n'exige pas de longs stages.

Mais est-ce bien là le type que nous reconnaîtrons au médecin pratiquant près d'une station thermale ? Non assurément, et je ne crains pas d'affirmer que, de toutes les situations que comporte l'exercice de la médecine, il n'en est pas qui exige plus d'expérience, de discernement, de conscience, qu'il n'en est pas qui mette en face de sujets plus difficiles et d'un ordre plus élevé.

Les maladies chroniques, lesquelles sont exclusivement du ressort de la médication thermale, représentent le fond même de la pathologie et de la thérapeutique. La plupart des maladies aiguës, en dehors des incidents de la chronicité, peuvent n'être considérées que comme des accident venus du dehors ; et, grâce aux propriétés réagissantes de l'organisme, elles réclament de l'art plus souvent une aide intelligente qu'une intervention active : aussi se prêtent-elles volontiers aux atermoiements de la médecine dite *expectante*, confiante en ce que l'on appelle à Montpellier la *nature médicatrice*. — Les maladies chroniques, au contraire, viennent du dedans ; elles existent *per se*, elles se refusent aux évolutions salutaires spontanées et n'obéissent qu'à des interventions thérapeutiques ou hygiéniques effectives. Tels sont, du moins, leurs caractères généraux ; et l'on peut dire que c'est pour elles surtout que la médecine a été faite.

Dirai-je les difficultés sans nombre que peut entraîner leur rencontre près des eaux minérales ? La sûreté et la promptitude du diagnostic qu'elles

©BIU Santé

exigent, la possession du pronostic qu'elles imposent, la délicatesse dans ses nuances infinies de la médication qu'elles réclament ici, les interventions morales qu'elles appellent, la persévérance que commandent les traitements à longue portée, les anxiétés qu'amènent tant de cures seulement palliatives, souvent l'isolement du médecin parmi les éventualités les plus redoutables ?

Telle est la part du praticien. Mais le médecin des stations thermales a encore des obligations à remplir envers la science.

Si c'est au-dedans de nous-mêmes que nous devons aller chercher la genèse des maladies chroniques, il faut bien que nous connaissions les caractères particuliers que les influences héréditaires d'une part et les influences hygiéniques de l'autre peuvent imprimer à l'organisme.

Nous devons penser encore que les prodigieuses diversités que revêt la forme extérieure, et qui se marquent sur les traits restreints du visage, se retrouvent dans le milieu immense de l'organisme, et que, comme chacun a sa physionomie particulière, chacun a sa vie particulière. Et de même que, parmi les diversités des traits, on a pu saisir des types distincts, de même, parmi les diversités de l'organisme, on a pu marquer des types saisissables : ce sont les tempéraments dans la santé, — les diathèses dans la maladie, — les états constitutionnels dans ces conditions intermédiaires qui ne sont plus les harmonies de la santé et ne sont pas encore les perversions de la maladie.

On sait quelles déterminations confuses et conventionnelles président à la grande question des diathèses, et quelles obscurités achève d'y répandre l'analyse chimique et histologique de nos jours. Mais la clinique n'a pas perdu ses droits, et les médecins trouvent près des stations thermales le champ d'observation le plus riche qui puisse être exploité dans ce sens. Les *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris* témoignent de leur active contribution à ces questions capitales de la pathologie.

..... Aujourd'hui, grâce à une impulsion récente à laquelle ont contribué, avec la France, l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne et l'Autriche et dont la *Société d'hydrologie médicale de Paris* semble avoir donné le signal, il y a une trentaine d'années, — l'hydrologie médicale, du moins, constitue une science bien délimitée, avec une direction d'études déterminée, des classifications méthodiques, des organes spéciaux et un enseignement qui tend à se généraliser.

Il n'en est pas tout à fait de même de la CLIMATOLOGIE. Celle-ci, fille de la *Météorologie*, mais ambitieuse de s'en émanciper, est sans doute riche déjà des matériaux sans nombre qu'une armée de travailleurs vaillants et dévoués ramasse de toutes parts à son profit. De nombreux spécimens de ces observations, dues à tant de savants spéciaux et à tant de volontaires de la science, sont mis sous vos yeux, et vous pourrez admirer la somme de travail et de patience qu'ils représentent. Cependant, ce n'est encore qu'un ensemble d'observations et de documents d'une grande valeur et d'un intérêt croissant chaque jour, mais qui attendent une direction méthodiquement formulée et universellement reconnue. Et pourtant, quel sujet de plus vastes études ?.....

L'air que nous respirons, les vents qui l'agitent, la lumière qui l'échauffe, l'électricité qui s'y joue, les vapeurs qui s'y suspendent, les poussières qui l'habitent, tel est le champ où se meut la climatologie.

Mais ce n'est pas à des éléments fixes et définitifs qu'elle s'adresse. La précision des observations chimiques ne lui est que de peu de secours ; car la constitution propre de l'air atmosphérique, notre milieu extérieur, ne se prête qu'à de bien légères modifications, appréciables au moins, — pareil en cela à notre milieu intérieur, le sang, — l'existence des êtres organisés ne paraissant compatible qu'avec une intégrité sensible de ces deux aliments de leur évolution.

Aussi, est-ce dans les différences de température, de pression, d'humidité, d'altitude, d'électricité, dans la topographie, dans le voisinage ou l'éloignement des mers, l'exposition à tels ou tels mouvements atmosphériques, la constance ou la variabilité de ces différentes conditions, que la climatologie trouve à exercer ses investigations les plus élémentaires.

Mais ce n'est pas tout encore.

Le contact du sol et celui des couches d'air atmosphérique qui le recouvrent immédiatement ne réagissent-ils pas l'un sur l'autre? Et de ce contact ne résulte-t-il pas comme un climat nouveau, celui-là même où nous respirons, dans lesquels se développeraient des influences spéciales, sensibles aux êtres organisés qui s'y baignent? C'est à ce titre que les problèmes des épidémies appartiennent aux études climatologiques, ces problèmes redoutables qui mettent aux prises le génie de la science moderne avec l'ignorance perpétuée des siècles de barbarie.

Un monde nouveau vient de se révéler à nous, le monde des infiniment petits, nous dévoilant une immensité nouvelle, non plus celle de l'étendue, mais celle du nombre et de l'universalité. On croyait avoir atteint, dans les éléments cellulaires, le dernier terme de l'organisation. Mais la légion des invisibles et des impalpables, microbes, microzymas, bactéries ou bacilles, est venue envahir de toutes parts l'univers organisé. Présents partout, ils nous environnent au dehors; ils s'introduisent au plus profond de notre être; ils peuplent l'air dont nous vivons; ils président — peut-être — aux phénomènes les plus intimes de la nutrition; ils semblent assister à tous les actes de la vie.

C'est que, s'ils recèlent manifestement des éléments de mort, ils ne sont sans doute pas moins prodigues en éléments de vie. Car, croyez-le bien, quel que puisse être le mystère indéchiffré de la création, soudaine ou successive, miracle ou évolution, rien n'est contradictoire à ses fins. La terre serait inhabitable sans les êtres immondes qui se nourrissent de nos dépouilles : et là où n'apparaissaient d'abord que des éléments de destruction, nous pouvons le plus souvent retrouver des agents de conservation.

Or, s'il faut bien reconnaître que, en dehors du fait même de leur existence, la philosophie de ces micro-organismes, c'est-à-dire la détermination du rôle, ou de la fonction qui peut leur être attribuée, se trouve encore livrée tout entière aux disputations de la science, l'idée que l'innocuité des uns et la nocivité des autres, dans le milieu cosmique comme dans le milieu organique, se rattacheraient étroitement aux conditions particulières et actuelles de ces mêmes milieux, — cette idée a revêtu un caractère éminemment scientifique. C'est elle qui rapproche directement leur histoire de celle de la climatologie à laquelle elle ouvre un vaste et nouveau champ d'études.

Que recueillerons-nous de nos recherches sur un sujet né d'hier, et dont le premier chapitre est à peine entr'ouvert? Il n'est donné à personne de le

©BIU Santé

prédire : mais personne aussi ne saurait prétendre à borner l'horizon de la science. La science est comme l'infini, s'étendant à mesure qu'on y pénètre, et, à chaque pas nouveau, reculant ses limites, que l'imagination elle-même demeure impuissante à fixer.

De semblables sujets évoquent un nom glorieux. Vous saluerez le nom de Pasteur, et les nations qui nous entourent sont assez riches de leur propre gloire pour que les éminents représentants qu'elles nous ont envoyés puissent mêler sans envie leurs applaudissements aux vôtres.

Un mot encore. Il faut être bien persuadé que le caractère dominant des études climatologiques est que leurs solutions ne sauraient dépendre de recherches isolées et d'observations morcelées, et qu'elles ne pourront aboutir que par des efforts combinés non d'observateur à observateur, d'association à association, mais de contrée à contrée, de continent à continent. Leur observatoire est le monde, et leur laboratoire est le globe terrestre.

L'honneur, comme l'ambition du Congrès de Biarritz, aura été de convier les savants de tous les pays à ouvrir à la climatologie des assises où ils pourront jeter, d'un commun accord, les fondements d'une science universelle et définitive.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDES HISTORIQUES SUR LES ÉPIDÉMIES DANS LE MORBIHAN. (EXPOSÉ HISTORIQUE ET STATISTIQUE DES AFFECTIONS VÉNÉRIENNES), par M. Alph. MAURICEAU. — Vannes, 1885. Galles.

Les apôtres de la liberté de la prostitution auraient quelque profit à retirer de la lecture de ce mémoire. Ils pourraient y constater les résultats funestes pour l'hygiène du défaut de surveillance des filles galantes et les rapports qui existent entre les négligences de la police et le développement des cas de syphilis.

Dans les villes du Morbihan, où ces visites sanitaires sont régulières, la maladie est en décroissance parmi les hommes et parmi les femmes. Les statistiques militaires et les statistiques hospitalières en donnent la preuve. Or, cette question présente un intérêt considérable dans les départements du littoral où les marins du commerce ont été souvent contaminés dans les ports étrangers et propagent la maladie, non seulement parmi les prostituées des ports de relâche, mais bien aussi dans leur famille. M. Mauriceau demande avec raison qu'ils soient soumis, avant leur débarquement, à une visite sanitaire comme celle que subissent les marins de l'Etat.

Le mémoire de notre savant confrère contient sans doute beaucoup de chiffres; mais il possède la valeur d'un document à consulter par les syphiliographes et à méditer par les fonctionnaires publics chargés d'assurer l'hygiène du pays. Il faut quelque courage pour aborder de telles questions et pour les plaider contre l'indifférence trop générale des administrations locales et départementales. M. Mauriceau ne désarme pas, et son mémoire prouve une fois de plus que les Conseils d'hygiène départementaux rendent de nombreux services, malgré les regrettables lacunes de leur organisation actuelle.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Des fonctions des amygdales, par HINGSTON FOX. — Ce physiologiste a discuté le rôle de ces glandes dans l'économie animale. Il estime qu'elles appartiennent au tube digestif par leurs fonctions. Placées sur le trajet du bol alimentaire, elles auraient pour

action d'absorber quelques-uns des principes contenus dans la salive dans l'intervalle des repas. Cette opinion s'appuie sur ce fait que les amygdales pourraient absorber directement les poisons morbides véhiculés par le liquide salivaire. (*The Lancet*, 24 juillet 1886.) — C. L. D.

De l'influence des affections gastro-intestinales sur le poids des enfants, par Nakatsu Migamoto. — Notre confrère japonais a étudié les variations du poids du corps des enfants dans 10 cas de dyspepsie, 15 cas de catarrhe intestinal, 8 cas d'entérite et 6 cas de choléra infantile. La diminution du poids du corps est constante dans la dyspepsie et peut être évaluée à 33 grammes par jour.

Le catarrhe intestinal produit le même effet. L'entérite provoque une diminution de poids un peu inférieure : M. Nakatsu Migamoto l'évalue à 30 grammes par jour. Enfin le choléra infantile a pour conséquence un amaigrissement encore plus rapide. Dans les cas qu'il examinait et qui tous étaient mortels, cette diminution a été évaluée à un dixième du poids total du corps dans l'espace de vingt-quatre heures. (*Arch. f. Kinderheilkunde*, 1886, nos 3 et 4.) — C. L. D.

Les effets diurétiques de la cocaïne, par J. M. Da Costa et Penrose. — Les remarques de ces observateurs portent sur 9 malades auxquels ils administraient la cocaïne, soit par la voie buccale, soit par la voie sous-cutanée. Chez 8 d'entre eux, dont 3 étaient albuminuriques, l'augmentation de la diurèse fut constante et la dose de cocaïne variait quotidiennement de un grain à un demi-grain. L'augmentation quantitative de l'urine débutait le lendemain du jour où on administrait le médicament et persistait durant deux ou trois jours après sa cessation.

La densité de ce liquide n'était pas diminuée et la quantité d'albumine n'était guère modifiée. Aussi MM. Da Costa et Penrose attribuent ces effets diurétiques à une augmentation de la pression artérielle sans atténuation des substances solides que ce liquide véhicule. (*Medical news*, 19 juin 1886. — C. L. D.

Trophonévrose cutanée consécutive à une blessure du nerf médian, par G. H. Filden. — Trois ou quatre jours après le traumatisme, la sensibilité des deux dernières phalanges du médius et de l'index était abolie et trois semaines plus tard une éruption bulleuse apparaissait dans cette même zone. La peau présentait l'aspect de la *glossy skin*.

Après trois semaines, le traitement par la faradisation avait amené une amélioration telle que le malade pouvait se livrer à sa profession de charpentier. Mais après une autre période semblable les mêmes accidents se manifestèrent de nouveau. Dans les cas semblables, M. Filden prescrit l'électrothérapie, les applications de vésicatoires au niveau du traumatisme et dans les cas rebelles la résection du cordon nerveux. (*The N.-York medical Record*, 11 septembre 1886. p. 304.) — C. L. D.

Des gommes syphilitiques précoces, par W. Taylor. — Dans ce mémoire l'auteur a étudié les gommes syphilitiqnes qui apparaissent vers le deuxième mois après l'infection. Elles sont donc plus précoces que les gommes classiques qui se manifestent vers le troisième ou le quatrième mois.

Les gommes syphilitiques précoces sont tantôt généralisées et fort nombreuses, tantôt localisées dans certaines régions et en particulier sur la nuque ou la face ; tantôt enfin précédées de névralgies et accompagnées de syphilides analogues de forme à l'érythème noueux. Elles diffèrent des gommes classiques par l'acuité de leur invasion, leur évolution rapide et la moindre gravité des désordres qu'elles provoquent. En outre elles se se présentent sous deux variétés : selon qu'elles tendent vers l'ulcération ou vers la résolution.

Leur traitement est d'ailleurs la médication mixte et consiste dans l'administration de l'iodure de potassium et du mercure. (*The N.-York medical Record*, 11 sept. 1886, p. 303). — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Imperforation de l'hymen. — Sondes à demeure. — Articulation temporo-maxillaire, sa luxation. — Taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette.

La Société de chirurgie a tenu aujourd'hui sa séance de rentrée. Diverses communications y ont été faites.

La première, par M. Le Dentu, est un rapport sur un cas d'imperforation de l'hymen chez une jeune fille de 14 ans dont M. le docteur Ozeski (de Montgeron) a recueilli l'observation.

Pour remédier aux vives souffrances éprouvées par la jeune malade, M. Ozeski, après avoir vidé la vessie par le cathétérisme, pratiqua la ponction de l'hymen qui donna issue à environ 600 grammes de liquide. Il n'y eut aucun accident à la suite de l'opération. Un an après, M. Ozeski compléta son intervention par l'agrandissement de l'incision.

La seconde communication due encore à M. Le Dentu est une présentation d'instruments construits sur les indications de M. le docteur Bruck (d'Alger). Il s'agit de deux sondes ayant pour but de remplacer les sondes molles que l'on a tant de peine à retenir à demeure dans la vessie. L'une de ces sondes renferme un petit mandrin de baleine ; elle n'est d'ailleurs que la sonde de M. Le Fort modifiée. — L'autre est molle dans les trois cinquièmes de son étendue et ferme dans les deux autres cinquièmes.

Cette modification paraît avantageuse à M. le Rapporteur qui se propose de l'utiliser à la première occasion.

M. Marc Sée est d'avis qu'il suffit pour fixer la sonde de la traverser avec une épingle anglaise.

M. Le Dentu répond que ce mode de fixation lui semble insuffisant, la sonde molle ayant une grande tendance à sortir de l'urèthre.

M. Terrier déclare qu'il préfère de beaucoup pour sa part les sondes molles aux sondes rigides plus pénibles à supporter par les malades.

M. Desprès reconnaît que les sondes présentées pas M. Le Dentu peuvent avoir leur utilité ; mais, pour lui, dans la plupart des cas où la sonde à demeure est indiquée, i se sert de la vieille sonde en gomme, qui est généralement bien supportée.

M. Le Dentu estime que l'opportunité de la sonde à demeure ne saurait être mise en question; il s'agit simplement du meilleur mode de fixation de cet instrument, et il pense que les sondes de M. Bruck constituent un progrès sur ce point.

— M. Farabeuf croit devoir appeler l'attention de ses collègues sur l'articulation temporo-maxillaire envisagée au double point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie.

Il fait d'abord observer que l'apophyse coronoïde occupe un siège variable suivant les individus; tantôt elle est très basse au niveau du point sous-malaire; tantôt très haute, à 30 millimètres au-dessus de ce point. Dans ce dernier cas, la luxation paraît impossible. En second lieu, la distance qui sépare la branche montante du maxillaire inférieur du point sous-malaire varie de 5 à 20 millimètres. Quand elle est de 20 millimètres, la luxation par contact osseux est également impossible.

Passant ensuite en revue les ligaments et les muscles de cette articulation, M. Farabeuf entre dans diverses considérations à l'aide desquelles il cherche à expliquer les causes de la luxation et de sa fixité. Il conclut en admettant trois variétés de luxation, ou trois conditions de permanence de cette luxation :

1° Accrochement sous-malaire (il n'est pas souvent possible) ;

2° Contact rétro-malaire;

3° Point de contact osseux en raison de la conformation anatomique, et alors tension des ligaments sphéno et stylo-maxillaires.

Il résulte de ces considérations que, pour réduire la luxation, il faut exagérer la béance de la bouche avant d'exercer la propulsion.

M. Poncet fait remarquer que le rôle des ligaments indiqué par M. Farabeuf a été l'objet d'une description particulièrement bien faite de la part de M. le professeur Mathieu, son collègue au Val-de-Grâce. La disposition des ligaments, le rôle double du ménisque articulaire n'ont pas échappé à la sagacité de cet observateur. Il a montré que la permanence des luxations sous-méniscoïdes tenait à l'interposition du fibro-cartilage, et il admet là quelque chose d'analogue aux luxations du pouce; la difficulté gît dans le refoulement du bourrelet du ménisque qui s'oppose à la réduction.

M. Farabeuf répond qu'il n'a rien dit de contraire à cette opinion.

En ce qui concerne la théorie de l'accrochement et du contact, mise en avant pour expliquer la difficuté de la réduction, il la considère comme admissible grâce à la présence du muscle crotaphyte. Le tendon de ce muscle s'oppose toujours à cet accrochement de l'apophyse coronoïde.

M. Farabeuf ajoute la théorie du contact à celle de l'accrochement, et la considère comme la partie réellement neuvé de son travail. Il ne croit pas qu'un contact soit un obstacle à la rentrée du condyle.

Le centre du mouvement de la mâchoire se trouvera toujours aux environs de l'angle, par suite de la conformation même du maxillairs supérieur, ce qni n'exclut pas dans la région articulaire des centres multiples pour le ménisque; c'est en abaissant le centre de ce mouvement aux molaires que l'on fait basculer le condyle en arrière de la portion transverse.

M. Tillaux ne saurait admettre la théorie qui fait jouer le principal rôle aux ligaments dans la luxation de la mâchoire. Pour lui, ce rôle est dévolu uniquement aux muscles. La luxation est le résultat d'un mouvement forcé pendant le bâillement; c'est le changement de direction des muscles qui maintient la mâchoire dans sa nouvelle position; c'est, d'ailleurs, ce qui se passe dans toutes les luxations. Pour les réduire, il faut donc mettre les muscles dans le relâchement. C'est une erreur de croire avec M. Farabeuf qu'il faut, pour réduire la luxation de la mâchoire, exagérer la béance de la bouche, car on augmente ainsi la luxation.

M. Farabeuf répond qu'il n'a pas prétendu indiquer des causes d'irréductibilité proprement dite, mais plutôt de fixité du déplacement articulaire.

— M. Polaillon présente son opéré de taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette.

Nous avons déjà résumé pour nos lecteurs la communication faite à ce sujet par M. Polaillon devant l'Académie de médecine. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

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

Sommaire : *Du ganglion sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. — Difficulté de diagnostic de certains kystes hydatiques du foie.*

A propos du procès-verbal de la dernière séance et des communications de MM. Desplats et Desnos sur la rubéole, MM. Bourneville et Bricon écrivent une lettre pour rappeler qu'ils ont publié, en 1884, dans le *Progrès médical*, un mémoire sur la rubéole, qui n'a pas été mentionné dans l'historique de la question par les auteurs des communications faites à la Société des hôpitaux, et ajoutent que la rubéole n'est pas si rare en France que l'on a semblé le croire. — M. Desnos répond qu'il n'a pas prétendu faire l'historique complet des travaux français sur la rubéole; il s'est contenté de revendiquer

©BIU Santé

pour quelques-uns d'entre eux le mérite d'avoir traité une question, qui, suivant M. Desplats, n'aurait été étudiée qu'en Allemagne. M. Desnos n'a pas dit non plus que la rubéole fût très rare en France, mais seulement qu'elle y était beaucoup moins fréquente que dans d'autres pays, en Allemagne, par exemple.

M. Troisier : Si l'existence de ganglions cervicaux tuméfiés a pu être avec raison considérée comme un indice de cancer de la cavité thoracique, œsophage, plèvre ou poumon, il ne faut pas ignorer que dans certains cas, exceptionnels il est vrai, de cancer de l'estomac, il existe une adénopathie du creux sus-claviculaire. M. Troisier en a, pour sa part, vu trois exemples. Dans les deux premiers, la vérification anatomique n'a pas été faite, mais les caractères cliniques ne peuvent laisser subsister de doute : troubles digestifs spéciaux, douleur constante à la pression de la région épigastrique, vomissement noir et cachexie progressive jusqu'à la mort. Dans le troisième, où le cortège clinique avait été analogue à celui des cas précédents, l'autopsie a révélé un cancer en nappe du grand cul-de-sac et de l'antre du pylore, sans qu'il y eût de cancer de l'œsophage; les ganglions voisins de l'estomac et ceux de la cavité thoracique n'étaient pas dégénérés. Mais, dans ce cas comme dans les deux premiers, existaient dans le creux sus-claviculaire gauche en arrière et en dehors du sterno-mastoïdien un nombre variable de ganglions (de 1 à 10), isolés ou fusionnés, tuméfiés, durs, non douloureux, roulant sous le doigt, n'adhérant pas à la peau; dans le cas où l'autopsie fut faite, on les vit sur la coupe complètement cancéreux, et laissant suinter par le râclage un suc lactescent caractéristique.

M. Troisier cite comme ayant en Allemagne signalé l'existence de ganglions sus-claviculaires, dans le cancer de l'estomac, Henoch (*Traité des maladies du bas ventre*, Berlin 1863), Friedreich, Leube, qui attribue ce signe à Virchow sans que mention en soit faite dans le traité des tumeurs de celui-ci. En France, un fait de Merklen se trouve dans les *Bulletins* de la Société anatomique (1880), et dans une thèse de Mazan sur les Nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral (1877), où il est dit que Grisolle connaissait le ganglion sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. — C'est, en tout cas, un signe peu connu, et pourtant bon à rechercher; car le débat demeure ouvert sur les moyens de diagnostic entre les cancers et les faux cancers.

M. Guyot lit l'observation singulièrement instructive d'un cas de kyste hydatique suppuré du foie qui, par suite des caractères insolites avec lesquels il se présentait, a donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic de la part des médecins les plus éminents.

Le sujet de cette observation était un jeune officier de 24 ans qui vint trouver M. Guyot au mois de septembre 1885, se plaignant de douleurs dans la région thoracique inférieure droite en même temps que de fatigue, d'anorexie et d'autres troubles gastro-intestinaux. M. Guyot constatant de la matité jusqu'au mamelon en avant, jusque vers le milieu de la fosse sous-épineuse en arrière, l'absence de murmure respiratoire et des frottements, diagnostiqua une pleurésie sèche avec troubles gastro-intestinaux. Le foie ne débordait pas les fausses côtes; le malade n'avait ni toux, ni expectoration. On ne relevait dans ses antécédents personnels qu'une entérite contractée à l'Ecole de Saint-Cyr quelques années auparavant et, dans ses antécédents de famille, que l'arthritisme et le nervosisme.

Les douleurs thoraciques augmentant et l'état général ne s'améliorant pas, M. Potain vit le malade et diagnostiqua une tuberculose. Mais le malade fut envoyé à Amélie-les-Bains, et s'y rétablit d'une façon complète; si bien que le docteur Garnier, qui l'y soignait, ayant constaté à plusieurs reprises des signes de congestion hépatique, rejetant l'idée d'une tuberculose, admit des poussées de congestion hépatique et pleuro-pulmonaire de nature arthritique. Le malade revint donc à Paris, en apparence guéri, et reprit son service. Mais, au mois de mai, des douleurs reparurent, l'amaigrissement, les troubles gastro-intestinaux se manifestèrent de nouveau, et quand M. Guyot revit le malade, il trouva encore les signes de pleurésie sèche non seulement à la base, mais dans toute la ligne axillaire; le foie ne débordait pas les côtes; le malade se plaignait de temps à autre d'une douleur dans la région scapulo-humérale; il existait une très

légère dilatation des espaces intercostaux. M. Guyot, dès ce jour, se demanda s'il n'existerait pas quelque kyste du foie. M. Millard, appelé en consultation, diagnostiqua pleurésie sèche sans tuberculose.

Le malade, qui avait la conviction que sa maladie résidait dans le foie, alla voir M. Hanot, qui écarta l'idée d'un kyste hydatique, et dont le diagnostic fut : pleurésie sèche diaphragmatique. M. Potain revit le malade, renonça à l'idée de la tuberculose, mais ne se prononça catégoriquement dans aucun sens. M. Millard, ayant revu, lui aussi, le malade, et frappé de l'aggravation de l'état général, de la marche de la fièvre, qui présentait les caractères de la fièvre de suppuration, se rallia à l'idée d'explorer le foie par des ponctions réitérées et d'intervenir chirurgicalement, si on trouvait une poche kystique.

La famille, qui inclinait vers la tuberculose, consulta encore M. Grancher. Celui-ci admit d'abord la tuberculose, puis, examinant à nouveau et très minutieusement, se rallia à l'idée d'une affection hépatique. Une diarrhée d'une fétidité extrême était venue s'ajouter aux signes précédemment énumérés. Deux ponctions exploratrices faites dans le foie donnèrent issue à du pus dans lequel on ne trouva pas de crochets. M. Duplay appelé fit une ponction avec un gros trocart qui retira 800 grammes de pus mélangé de sang. La dilatation des espaces intercostaux disparut, mais l'état au malade ne s'améliora pas. Il eut bientôt des selles sanglantes, où l'on trouva des membranes, débris de la paroi du kyste et des crochets. La faiblesse croissant, M. Quenu pratiqua la transfusion de 110 grammes de sang ; malgré cela, les selles sanglantes continuèrent, et le malade succomba. — M. Guyot, résumant l'observation, regrette de n'avoir pas suivi l'inspiration qu'il avait eue dès le mois de mai, quand il songea pour la première fois à l'hypothèse d'un kyste hydatique, et de n'avoir pas pris dès lors l'initiative d'une ponction exploratrice.

M. Ollivier cite des cas dans lesquels un kyste hydatique ne se révéla que par des hémoptysies ; dans les crachats on trouva des crochets et des échinocoques.

M. Labbé croit que l'existence d'une pleurésie sèche de la base droite doit toujours faire songer à un kyste de la face convexe du foie.

M. Guyot répond à M. Ollivier que jamais son malade n'a eu d'expectoration, et à M. Labbé que la pleurésie siégeait non seulement à le base, mais dans toute la ligne axillaire.

Ce qui a le plus contribué à le détourner du diagnostic de kyste du foie, c'est la coexistence de la pleurésie sèche et des troubles intestinaux ; si l'un ou l'autre de ces signes avait existé seul, il aurait pensé à un kyste produisant par voisinage soit l'inflammation de la plèvre par son siège sur la convexité du foie, soit l'entérite par son siège à la face inférieure. Il faudra donc retenir désormais que l'existence des trois signes suivants : élargissement des espaces intercostaux, même sans abaissement du foie, troubles intestinaux,pleurésie sèche, devra imposer la recherche d'un kyste du foie par les ponctions. M. Guyot se repent aussi de n'avoir pas assez tenu compte de la douleur scapulo-humérale.

M. Féréol remercie M. Guyot d'avoir fait connaître un fait si plein d'enseignement et ajoute que les regrets d'une intervention plus précoce doivent être amoindris dans l'espèce ; car il est probable que l'état général était déjà assez délabré pour ôter tout espoir de guérison.

MM. Ern. Gaucher et Edg. Hirtz, nommés au dernier concours du bureau central, sont élus à l'unanimité membres titulaires, et M. Fredet (de Clermont-Ferrand) membre correspondant. — P. L. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions pour le premier trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le jeudi 14 octobre ; il sera clos le samedi 20 no-

©BIU Santé

vembre, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 octobre, et les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6 novembre (la neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours) ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 novembre.

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 leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 novembre 1886.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de 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 quatrième trimestre 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.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 11 octobre, les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 11 et le mardi 12 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen de la Faculté, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Les cartes d'étudiant en médecine, pour l'année scolaire 1886-1887, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Nécrologie. — On annonce la mort de MM. les docteurs Horand (de Lyon) ; Gendron (Frédéric), ancien interne des hôpitaux de Paris, à Alger ; Eparvier (Jean) (de Givors).

— Le doyen des chimistes et des pharmaciens italiens, Giovanni Pagliari, vient de mourir à Florence, âgé de 87 ans. C'est à lui que nous devons l'eau hémostatique, connue sous le nom d'eau de Pagliari.

BONNE POSITION à prendre, dans un établissement médical de Paris, pour un médecin disposant de quelques capitaux. M. D. *Union Médicale.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : La saccharine ou sucre de goudron, ses propriétés physiologiques et ses vertus thérapeutiques. — II. Lagoguey : Société amicale des médecins anglais. — III. Thèses d'agrégation en médecine : Du sommeil non naturel. Ses diverses formes. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

La saccharine ou sucre de goudron, ses propriétés physiologiques et ses vertus thérapeutiques.

Après avoir fourni à la teinture de merveilleuses couleurs et à la médecine des substances aromatiques et antiseptiques puissantes, voici que le goudron de houille, cet ancien *caput mortuum* des grandes usines, devient la matière première d'un corps dont les propriétés édulcorantes et antiseptiques seront, dit-on, mises à profit dans la pharmacie, l'hygiène alimentaire, et peut-être bien la thérapeutique. Ce produit est la saccharine, à laquelle on prédit déjà une rapide fortune et le privilège de révolutionner économiquement l'industrie des sucres.

C'est beaucoup! Cependant, tout en faisant la part des exagérations transatlantiques, — car la nouvelle venue est d'origine américaine, — il n'est pas inutile de résumer les connaissances actuelles sur son action physiologique, sa valeur alimentaire, ses vertus médicamenteuses, fort modestes encore, et la possibilité de son utilisation dans la pharmacie.

La saccharine, *imide de sulfonate de benzoyle*, ou *sulfinide benzoïque*, ou acide *anhydro-orthosulfamen benzoïque*, a été découverte en 1879 par le chimiste américain Constantin Fahlberg (1), qui lui donna ce nom sans tenir compte de ce qu'elle avait un homonyme dans une substance étudiée autrefois par Péligot et Scheibler, et qui en diffère par son origine, sa préparation et son amertume.

La préparation de la saccharine de Fahlberg est compliquée. Elle repose sur une série de réactions entre le toluène, l'acide sulfurique, le carbonate d'ammoniaque et le permanganate de potasse. Elle a été exposée en détail dans le *Moniteur scientifique* de Quesneville du mois d'août dernier. Les nombreuses manipulations qu'elle nécessite motivent le prix encore élevé de cette substance.

L'industrie produit la saccharine sous forme d'une poudre blanchâtre, soluble dans l'eau, où elle cristallise en prismes épais et courts. 100 grammes d'eau froide en dissolvent 40 centigrammes à la température de 25 degrés; mais l'eau chaude, l'alcool, l'éther, la glucose et la glycérine en dissolvent une quantité plus considérable.

Notons encore qu'elle forme des sels sucrés par sa combinaison avec les bases, qu'elle fond à + 200° et qu'elle se décompose partiellement à cette température.

La saveur en est douce et sucrée; elle lui a valu son nom et doit, dit-on, lui assurer un jour sa grande fortune industrielle. Ce pouvoir édulcorant serait tellement intense qu'un seul gramme de saccharine suffirait pour donner un goût sucré à 10 kilogrammes d'eau. Enfin, qualités précieuses si elles se vérifient par la suite, elle résisterait à la fermentation et serait un agent antiseptique puissant.

On le voit, la saccharine est douée de remarquables propriétés chi-

(1) *American chemical Journal*, t. I et t. II.

©BIU Santé

miques; possède-t-elle une activité physiologique équivalente? MM. Stutzer (de Bonn), Aducco et H. Mosso (de Turin) ont voulu s'en assurer. Ils l'ont fait ingérer au chien, à la grenouille, au cobaye et, non contents d'opérer sur les animaux, l'ont administrée à l'homme, constatant avec un égal succès son innocuité à toutes les doses.

Les chiens de M. Stutzer en absorbaient 5 grammes dans leur ration alimentaire quotidienne, quantité dont le pouvoir édulcorant équivaut à celui de 2,250 grammes de sucre de canne. Les chiens du laboratoire de M. Mosso en ingéraient la même dose durant plusieurs jours; bien loin d'en éprouver quelques inconvénients, ils augmentaient de poids sous son influence et, de l'aveu des expérimentateurs, sous celle..... d'une bonne nourriture.

Dans l'espace de onze jours, un chien amaigri absorba 30 grammes de saccharine et, disent-ils, s'accrut de 3 kilogrammes. Après cela, n'est-ce pas un excès de modestie de conclure, comme on l'a écrit, que la saccharine « ne possède aucune influence sur la nutrition? » Ou plutôt ne faut-il pas demander à des expériences de contrôle la vérification de résultats aussi discordants?

La muqueuse stomacale et le tissu cellulaire sous-cutané l'absorbent rapidement; une demi-heure après son administration, on constate sa présence dans les urines; par contre, elle n'a pas été retrouvée par MM. Mosso et Aducco, dans le lait d'une nourrice à laquelle ils l'avaient prescrite.

Les urines charrient donc ce produit hors de l'organisme; elles le véhiculent en nature. Ces expérimentateurs l'ont constaté sur les animaux et sur eux-mêmes en absorbant chaque jour 5 grammes de saccharine. Ils ajoutent que la composition du liquide urinaire ne présentait aucune modification, de sorte qu'avant de traverser le filtre rénal, la saccharine ne subirait aucune altération chimique dans les tissus vivants.

Cette conclusion a besoin d'être revisée; car, à moins d'admettre une action par présence, on ne s'explique guère le mécanisme par lequel la saccharine interviendrait dans les phénomènes nutritifs dont l'augmentation du poids des animaux serait l'effet. Aussi, avant de porter un jugement même provisoire, serait-il nécessaire d'être édifiée par des expériences nouvelles.

Les usages médicamenteux de la saccharine sont encore peu nombreux. Cependant, M. Leyden à mis à profit ses *propriétés édulcorantes* pour remplacer le sucre de canne dans le régime diététique des diabétiques (1). Elle y jouerait le rôle d'un condiment et serait exempte des inconvénients qu'on attribue aux autres substances sucrées.

Elle paraît appelée à jouer un rôle dans la fabrication des sirops et la préparation des potions. Son pouvoir édulcorant permettrait d'obtenir des excipients de moindre consistance et d'égale saveur, et de masquer le goût amer ou nauséeux de certains médicaments, tels que les préparations de quinquina et la quinine.

On propose d'appliquer les *propriétés antiputrides* de la saccharine à la conservation des substances fermentescibles. La saveur de ces substances ne serait pas altérée en raison de la petite quantité de saccharine nécessaire pour obtenir de tels effets. Il est probable que la médication antiseptique pourra retirer quelque profit de son emploi. C'est surtout pour pra-

(1) *Société de médecine interne de Berlin*, 1886.

tiquer l'antiseptie intestinale qu'elle peut être utile, en l'absence actuelle de médicaments antiseptiques réellement maniables à l'intérieur.

Ce sont là des mérites qui attendent, je le répète, une vérification impartiale; car l'enthousiasme de certains prophètes industriels ne peut suffire à former notre conviction.

Ch. ELOY.

Société amicale des médecins anglais.

Assurance en cas de maladie, caisse de retraite et assurance sur la vie.

Cette Société a été fondée en Angleterre sur l'initiative du docteur Ernest Hart, rédacteur en chef du *British medical*, et pour répondre à un besoin dès longtemps ressenti et à un vœu général souvent exprimé.

Elle a pour but d'assurer à ses membres, d'après les principes de l'assurance et de l'assistance mutuelles, une indemnité en cas de maladie, une retraite pour la vieillesse et une somme limitée après leur décès.

Les meilleures associations de bienfaisance existantes ont été minutieusement examinées ; de nombreux renseignements ont été puisés aux sources les plus dignes de foi : les avis d'un statisticien éminent (M. Neison), et d'autres personnes autorisées, ont permis d'organiser la Société de façon à mener à bien son œuvre, dont les lignes principales et les principes généraux sont les suivants :

Indemnité en cas de maladie et pension viagère combinée. — Payement en cas de maladie rendant incapable d'exercer le devoir professionnel, de 2, 3 ou 4 guinées par semaine, réductible de moitié, quand la maladie se prolonge au delà de 24 semaines; l'indemnité réduite est payée aussi longtemps que dure la maladie. A l'âge de 65 ans, le payement de l'indemnité cesse et est remplacé par une pension viagère de 25 livres, 37 liv. 10 sh. ou 50 livres.

Indemnité seule en cas de maladie. — Payement d'une indemnité de 2, 3 ou 4 guinées par semaine ; indemnité réduite de moitié après 26 semaines. A 65 ans, on ne paye plus de prime et on cesse de recevoir l'indemnité.

Pensions viagères. — Assurance à 65 ans, et quelle que soit la santé de l'assuré, d'une pension viagère de 20, 30, 40 ou 50 livres sterling. Une partie des primes est remboursable à volonté ou en cas de décès de l'assuré avant l'âge fixé pour la liquidation de la retraite.

Assurance sur la vie. — Sommes payables au décès de l'assuré : 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200 livres sterling.

Le payement de toutes les primes cesse à 65 ans.

Les membres sont en tout temps autorisés à éteindre le versement de leurs primes en payant une somme déterminée.

L'Association est administrée par un comité pris dans son sein et nommé par ses membres.

Tout l'avoir de l'Association est placé sur garanties et appartient exclusivement à ses membres.

Les frais de gestion forment un compte particulier et ne doivent pas dépasser 10 p. cent du revenu-prime.

La Société est placée sous la protection légale du *Friendly Societies' Act.*

Les opérations et la caisse de la Société sont arrêtées tous les cinq ans, et l'excédent constituant le bénéfice reconnu est à la disposition des assurés.

Tous les différends sont soumis à des arbitres dont la décision est sans appel; on évite ainsi toutes les chances de procès onéreux.

Conformément aux usages, le droit à l'indemnité commence six mois après l'admission, et l'assurance-vie six mois après le payement de la première prime.

Tous les membres sont astreints au paiement d'un droit d'entrée fixé à 10 sh. 6 d.

©BIU Santé

Les primes sont payables tous les trois mois, mais les versements peuvent être anticipés selon la convenance des assurés.

Enfin les trois modes d'assurance peuvent être contractés séparément ou combinés entre eux, au gré des assurés.

J'extrais du troisième compte rendu annuel les documents suivants concernant la branche assurance en cas de maladie qui a réuni le plus grand nombre d'adhérents, et paraît être de beaucoup la plus utile, au dire de nos confrères anglais.

Messieurs,

En vous présentant le troisième rapport sur l'œuvre de notre Société, nous sommes heureux de pouvoir vous féliciter de ses progrès constants et de sa situation solide et satisfaisante acquise en peu de temps. Il est, de plus, agréable de pouvoir répéter avec une énergie croissante notre foi dans l'utilité de cette œuvre et sa grande puissance future. Notre confiance a été confirmée et fortifiée par l'expérience nouvelle de ses opérations.

Ici se trouve exposé le mouvement du personnel pendant l'exercice 1885-1886 :

Effectif le 1er juillet 1883	607
Demandes d'admission	97
Décès	5
Admissions rejetées	5
Membres n'ayant payé que le droit d'entrée	5
Radiation pour non payement ou démission	13
Effectif au 30 juin 1886	676

Il est consolant de remarquer que les démissions sont peu nombreuses (environ 2 p. 100), chiffre probablement au-dessous de celui des Sociétés analogues.

L'augmentation de l'effectif est très importante, car elle permet d'assurer le fonctionnement de la loi des moyennes.

Le côté pratique et détaillé de l'œuvre s'expliquera plus aisément par l'examen des différentes caisses.

Caisse d'assurance en cas de maladie. — Les recettes de cette caisse s'élèvent à : 3,716 liv. 16 sh. 2 d. = 92,919 fr. 20 (y compris 1,008 liv. 17 sh. 3 d. d'intérêt).

Les cotisations ont produit la somme de : 3,607 liv. 18 sh. 11 d. = 90,198 fr. 60. Sur cette somme, il a été payé : 1,416 liv. 6 sh. ou 35.407 fr. 50 pour indemnités de maladie.

L'année précédente, il n'avait été dépensé que 843 liv. 2 sh. 8 d. = 21,078 fr. 30. Les deux chiffres ne peuvent être justement comparés parce que, à cette époque-là, un certain nombre de membres n'avaient pas encore acquis le droit à la participation.

On constatera cependant que les demandes d'indemnité n'ont pas atteint les prévisions qui ont servi au calcul des tables. La réserve accumulée sera plus que suffisante pour pourvoir aux obligations futures.

Les rapporteurs pensent qu'il faut attendre jusqu'à la fin de 1888 pour avoir acquis une expérience suffisante permettant de calculer dans quelle proportion croîtra le bénéfice.

Quelques particularités des dépenses de l'assurance en cas de maladie intéresseront en donnant la preuve de la bonne besogne accomplie. De même qu'elle est un mode d'action nouveau, elle est probablement aussi la branche la plus utile de l'Association.

Le montant des payements faits à 102 malades représente 443 semaines et 1 journée (3,202 journées) de maladie qui, dans chaque cas, ont été certifiées et constatées régulièrement.

Les périodes d'incapacité ont varié de 1 semaine à au delà de 6 mois, un grand nombre de maladies résultant d'accident ou de causes imprévues.

Dans la plupart des cas de maladie de longue durée, les assurés ont écrit qu'ils appréciaient vivement la bienfaisante efficacité de l'œuvre sociale.

Les maladies principales ont été : 14 accidents (plusieurs fractures); 29 affections de

la gorge et de la poitrine; 12 rhumatismes; 8 cas de maladie de l'estomac et du foie; 4 accidents septiques; 5 cas de fièvre; 4 maladies des yeux; 2 abcès de la région ischio-rectale.

On n'oubliera pas que la totalité des réserves accumulées appartient aux membres de l'Association. Comme cette Société est organisée sur la base de la mutualité stricte et absolue, il n'y a à payer ni dividendes aux actionnaires, ni gros traitements aux directeurs et tous les revenus sont utilisés pour le plus grand bien des associés, sous leur direction et leur contrôle. Un faible taux est prélevé pour les frais de gestion (la dépense a été un peu moindre que 5 p. 100).

Si nous examinons ce rapport, nous voyons qu'il confirme absolument nos prévisions et démontre qu'elles ne seront pas même atteintes.

Nos confrères anglais paient l'indemnité de maladie jusqu'à 65 ans. Un effectif qui pour l'année 1885-1886 a varié de 607 à 676 membres n'a donné que 3,102 journées de maladie (chroniques compris). La moyenne annuelle par sociétaire participant donne donc de 5,11 à 4,59 journées de maladie. La somme employée au service de l'indemnité s'élève à 35,407 francs et le produit des cotisations à 90,198 francs. Il en résulte un bénéfice pour l'année s'élevant à 54,791 francs.

On trouve aussi que la moyenne des cotisations atteint 133 fr. 43 et celle de l'indemnité quotidienne 11 fr. 41.

Ces moyennes coïncident absolument avec celles des rapport ministériels qui ont servi à établir les calculs de prévision sur lesquels repose notre projet.

On voit de plus que nous avons le droit d'espérer faire des économies très importantes nous permettant d'assurer le paiement de nos vieillards infirmes et même de donner une indemnité aux veuves et aux orphelins. L'avenir seul nous permettra de calculer l'importance de cette indemnité aux décès, mais nous pensons dès aujourd'hui qu'elle pourra représenter la part du capital social appartenant à notre associé décédé, calculée d'après le temps de son séjour dans l'Association.

Si la maladie nous épargne, comme cela a eu lieu pour les confrères anglais, toute la réserve disponible deviendra rapidement assez élevée pour que tous les doutes sur notre succès et l'accomplissement de nos promesses soient levés et que toute hésitation cesse. L'analogie, encore plus complète entre les deux projets, résulte du discours du docteur Hart, prononcé le 12 août 1886 à Brighton, lors de l'Assemblée générale de l'Association.

Il constate les résultats brillants qui donnent à l'Association toute sécurité pour l'avenir, résultats qu'on aurait difficilement espérés lors du début de l'Association. Il rappelle les difficultés de l'organisation et du recrutement, l'insuccès de tentatives analogues et répétées faites antérieurement par des Sociétés puissantes, des Compagnies d'assurance même qui s'étaient adjoint une branche d'assurance en cas de maladie et l'avaient bientôt abandonnée. L'esprit d'union, de solidarité confraternelle, le concours bienveillant de la presse médicale, le désintéressement et la bienveillance des administrateurs ont assuré la coopération non seulement dans le présent, mais encore dans l'avenir.

La Société a tenu toutes ses promesses et sera en mesure de remplir ses engagements, quels que soient les événements futurs. Tous les éléments d'aumône en ont été rejetés : personne n'y fait ou n'y demande la charité. Les plus riches peuvent y participer avec une complète indépendance et le sentiment que, par leur adhésion, non seulement ils sont prévoyants pour eux-mêmes, mais encore ils donnent le bon exemple et font quelque chose pour les autres en élargissant les bases de la Société. Les plus pauvres y trouvent, à l'aide d'une souscription modérée, le moyen de s'assurer contre les calamités que l'expérience ne saurait prévoir, qui tombent sur les laborieux, les plus économes, les plus honnêtes, et les frappent au moment où leur travail est le plus nécessaire.

Il cite l'exemple d'un membre de la Société, entré à 34 ans, en pleine santé, et qui, atteint d'ataxie locomotrice, a déjà reçu 214 livres (5,350 fr.) et acquis la certitude d'être à l'abri de la pauvreté absolue jusqu'à la fin de ses jours.

Le docteur Hart compare ensuite les sommes payées par l'assurance à celles qui sont allouées par les Sociétés médicales de bienfaisance, que tout le monde voudrait voir

prospérer et auxquelles l'assurance ne saurait être qu'utile en diminuant les appels faits à leur caisse.

L'examen de la plus admirable de toutes, la Caisse de bienfaisance des médecins anglais (*British medical Benevolent Fund*) permettrait de voir dans quels cruels embarras un grand nombre de médecins sont placés et à quelle terrible condition les malheurs ordinaires de la profession (que l'assurance soulage avec tant de succès) peuvent réduire leurs familles. On verrait aussi quelle faible part cette bienfaisance peut leur allouer et avec quelle joie mélancolique (*sic*) les plus faibles secours sont reçus par ces familles et par les médecins eux-mêmes, alors que leur imprévoyance les a fait rester en dehors d'une Société comme la nôtre et s'abandonner, dans la maladie et la vieillesse, à la charité confraternelle.

Avec l'assurance étendue à la profession médicale entière, celui que la générosité seule de ses confrères arrachait seule à une situation cruelle, pourra, à l'aide d'un sacrifice modéré, se prémunir et s'assurer un droit pour toute la durée de son existence. (Voir le *British medical*, nos 1228 et 1238, et le 3e *Report and statement of accounts of the medical sickness, annuity and life assurance Society*.)

Faire suivre ce rapport de commentaires serait en affaiblir l'autorité. Qu'il nous suffise de prier nos confrères de comparer ces résultats avec ceux que nous espérons atteindre, en regrettant que la législation qui régit les Sociétés de secours mutuels en France ne nous permette pas d'étendre notre action au delà du département de la Seine.

Dr Lagoguey.

Thèses d'agrégation en médecine.

Du sommeil non naturel. Ses diverses formes, par Henri Barth, médecin des hôpitaux.

C'était une lourde et difficile tâche que les hasards du concours avaient imposée à M. Barth. Le titre même de sa thèse prêtait à discussion et il lui a fallu se poser d'abord cette question : Que faut-il entendre par sommeil *non naturel ?*

Trois réponses y pouvaient être faites à la rigueur. — On pouvait comprendre sous le nom de sommeil non naturel les sommeils médicamenteux et toxiques, ce qui conduisait à écrire une thèse de thérapeutique expérimentale sur les narcotiques et les anesthésiques. — Par sommeil non naturel le jury avait-il voulu désigner les modifications du sommeil dans les maladies : insomnie, cauchemars, coma, etc., vaste sujet de pathologie générale ? — Enfin l'expression de sommeil non naturel n'impliquait-elle pas plutôt l'étude du sommeil nerveux, de l'hypnose et du somnambulisme ?

Le courant des idées actuelles porte tout à fait de ce dernier côté, et il est évident que M. Barth a parfaitement bien compris la position de la question en prenant « comme sujet capital de son étude le sommeil pathologique envisagé successivement dans ses formes spontanées et dans ses formes expérimentales » ; c'était l'occasion de nous rendre le signalé service « de coordonner les notions qui existent dans la science sur cette matière neuve et intéressante et de mettre en pleine lumière les résultats considérables acquis depuis quelques années, principalement grâce aux travaux de l'Ecole de la Salpêtrière. »

Il était indispensable de rappeler dans l'introduction les diverses opinions qui ont été proposées pour expliquer le problème du sommeil, cet état « que les anciens ont appelé l'Image de la mort, mais qui ne lui ressemble pas plus qu'une rivière aux eaux calmes ne ressemble à la nappe immobile d'un étang. » M. Barth nous fait comprendre que les théories de la congestion et de l'anémie du cerveau ne suffisent pas à rendre compte de la production du sommeil. Quant au trouble primitif de l'activité de la cellule nerveuse, sorte d'asphyxie (Pflüger) par arrêt des échanges dont elle est le théâtre, qu'on s'accorde assez généralement à mettre en cause aujourd'hui, quel en est le mécanisme ? Doit-on admettre avec Kohlschütter qu'il consiste en un épuisement momentané des principes oxydables dans le protoplasma cellulaire, ou avec Preyer en une accumulation dans la substance cellulaire des déchets da la nutrition ? C'est à cette théorie toxique du sommeil que semblent fournir un appui les expériences si intéressantes de M. Ch. Bouchard

sur la différence de toxicité des urines du jour et de la nuit, communiquées cette année à l'Académie des sciences.

M. Barth nous montre ensuite la dissociation des multiples activités fonctionnelles du cerveau pendant le sommeil physiologique. l'exaltation de la mémoire, de l'imagination, l'engourdissement au contraire de l'attention, de la réflexion, de la volonté. Cette exaltation de certaines fonctions au détriment des autres apparaît encore plus manifeste dans certaines formes du sommeil pathologique et trouve probablement son explication dans l'ingénieuse théorie de M. Brown-Séquard sur les réactions réciproques des centres nerveux : la surexcitation anormale d'un des centres peut réagir sur d'autres centres en connexion avec lui, soit en les excitant à leur tour (par dynamogénie), soit en les frappant d'une sorte de stupeur (par inhibition).

La première partie de la thèse de M. Barth est consacrée aux MALADIES DU SOMMEIL.

Les quatre chapitres de cette première partie traitent du *somnambulisme naturel*, du *sommeil léthargique et des attaques de sommeil*, de la *catalepsie*, enfin des *relations qui existent entre les diverses formes du sommeil pathologique*.

Le somnambulisme est défini « un rêve avec exaltation de la mémoire et de l'activité automatique des centres nerveux en l'absence de la volonté spontanée et consciente ». Chez le somnambule « les facultés particulières de sentir et de penser, comprises dans la sphère de la sensibilité générale et de l'intelligence sont désunies, en sorte que telles sensations, telles opérations de l'esprit peuvent être effectuées et d'autres rester abolies » (Maury). En décrivant en détail l'état physique et mental du somnambule, Barth rappelle la célèbre observation publiée par M. Mesnet en 1874, et de laquelle il résulte que dans certains cas la volonté n'est pas entièrement éteinte chez le somnambule, qu'il peut lutter contre l'impulsion morbide et même la vaincre.

On doit admettre des formes et degrés dans le somnambulisme : le noctambulisme ou rêve en action, le somnambulisme proprement dit qui se distingue du degré précédent par la coordination beaucoup plus parfaite des actes pendant l'accès et par une amnésie au réveil beaucoup plus constante ; pourtant le cas raconté par Fodéré du religieux qui avait failli tuer son prieur pendant un accès de somnambulisme et se souvenait au matin de la scène *comme d'un rêve*, est de nature à atténuer quelque peu l'opposition établie par les auteurs entre le rêve, dont on se souvient, et l'accès de somnambulisme, dont on ne se souvient pas. Il y avait lieu de décrire à part le *somnambulisme avec extase* (Socrate, Sainte-Thérèse, François-d'Assise, l'extatique de Fontet observée en 1875 par Mauriac et Verdalle, et Louise Lateau, la stigmatisée belge).

Le *somnambulisme à l'état de veille* (cérébration inconsciente de Carpenter) concerne les sujets qui, « sans sommeil préalable, à la suite d'une secousse qui peut passer inaperçue par les assistants, perdent brusquement la *conscience du moi* et se trouvent transformés, pour ainsi dire, en automates intelligents. Le vertige épileptique, certains accès observés dans l'alcoolisme chronique rentrent dans cette catégorie.

C'est au *somnambulisme périodique* et au *doublement de la personnalité* que mène l'exagération de la forme précédente. On voit alors les accès d'inconscience devenus de plus en plus fréquents se relier les uns aux autres par la réviviscence de la mémoire d'une crise à l'autre. M. Azam a fait connaître, en 1876, l'observation si curieuse de Félida X.... M. Ribot a cité un cas assez analogue.

Le sommeil léthargique comprend les faits de *narcolepsie* ou *somnolence invincible*, les *attaques de sommeil* (trance des Anglais), bien étudiées à la Salpêtrière par MM. Bourneville et Regnard, et dont plusieurs cas ont occupé même les journaux d'information dans ces dernières années. L'hystérie est la cause la plus fréquente du sommeil léthargique ; on l'a observé aussi lié à l'épilepsie, à l'aliénation mentale. L'*hypnosie* ou *maladie du sommeil des nègres* est très mal connue dans ses causes, et dépend peut-être quelquefois d'un état infectieux.

Il existe dans la science, sous le nom de *catalepsie*, un grand nombre d'observations disparates ; faut-il pour cette raison rayer le mot catalepsie du langage médical? Non, puisque, grâce à l'étude expérimentale des phénomènes du sommeil pathologique reproduits par l'hypnotisme, nous savons en quoi consiste l'état cataleptique vrai.

M. Barth le définit : « Une forme de sommeil pathologique caractérisée à la fois par la perte du sentiment, par l'abolition de la motilité volontaire et par une exagération de la tonicité statique des muscles, d'où il résulte que le tronc et les membres prennent sans résistance et conservent sans effort pendant un temps indéfini toutes les positions qu'on leur communique. »

Après ces descriptions et ces définitions si nettes des diverses formes du sommeil morbide, telles qu'on les observe dans les cas simples, et dégagées de toute complication, M. Barth, passant pour ainsi dire de la pathologie à la clinique, insiste avec raison sur la fréquence plus grande des cas complexes dans lesquels le somnambulisme, le sommeil léthargique, la catalepsie, sont précédés, accompagnés et suivis d'une série d'autres accidents nerveux, de manière à ne former pour ainsi dire que des anneaux dans une longue chaîne de désordres variés. Comme d'ailleurs l'hystérie ou, pour mieux dire, l'état névropathique se trouve constamment à la base de l'étiologie de ces sommeils morbides, M. Barth a fait sagement de conclure « que tous les sommeils non naturels sont proches parents, qu'ils peuvent se succéder ou se transformer l'un dans l'autre chez le même sujet, enfin qu'ils appartiennent en réalité à un même état morbide, à cette maladie protéiforme qui prend dans la pathologie moderne une place chaque jour plus grande, qui, pour mieux dire, est en train de constituer une pathologie nouvelle à côté de l'ancienne; maladie *sinè maleriâ* que, dans l'ignorance où nous sommes de sa véritable nature, nous sommes réduits à appeler l'*état nerveux?* »

Or, tous les phénomènes du somnambulisme, de la léthargie, de la catalepsie avec leurs nuances si variées peuvent être « reproduits presque à volonté chez les sujets prédisposés... par une série de procédés extrêmement simples dont l'action unique est de troubler momentanément l'équilibre du système nerveux chez le sujet en expérience, et de favoriser cette dissociation des fonctions cérébrales, condition première de tous les sommeils morbides. »

C'est à l'étude de l'HYPNOTISME ou SOMMEIL NERVEUX PROVOQUÉ qu'est consacrée la deuxième partie de la thèse de M. Barth, et, sans qu'il nous ait fait de confidences, nous pouvons dire qu'elle a dû lui coûter bien de la peine, tant le sujet offrait de difficultés. Un *historique* rapide, mais attachant, précède le chapitre sur les *moyens de provoquer l'hypnose*, moyens physiques, actions psychiques; puis M. Barth étudie spécialement chez les hystériques, et, d'après les travaux de M. Charcot, les symptômes et formes de l'hypnose. On sait que M. Charcot distingue dans le sommeil nerveux provoqué les trois états : cataleptique, léthargique, somnambulique.

En procédant à l'étude analytique des phénomènes de l'hypnose, l'auteur passe en revue l'état des fonctions organiques, des fonctions de relations et l'état mental. On trouvera dans ce chapitre certains renseignements sur la suggestion, mais on ne pouvait demander à M. Barth d'y discuter les nombreuses publications que cette année a vu éclore, à Nancy particulièrement.

Les hypothèses qu'on a émises sur la nature et la pathogénie du sommeil provoqué sont énumérées et discutées avec la prudence qui convenait en une question si parfaitement obscure.

Les derniers chapitres traitent des applications thérapeutiques et médico-légales de l'hypnotisme, point de vue si neuf et si digne de fixer notre attention.

Enfin, dans sa conclusion, M. Barth met en relief une dernière fois la parenté indiscutable qui unit tous les phénomènes du sommeil pathologique et du sommeil provoqué aux innombrables manifestations de la *diathèse nerveuse*, il insiste sur les inconvénients de la double erreur dans laquelle sont restés si longtemps le public et les médecins, et qui consistait à attribuer ces troubles nerveux, soit au miracle, soit à la supercherie.

Dans un appendice de quelques pages, M. Barth a parlé des *phénomènes cérébraux produits par quelques substances narcotiques et anesthésiques et de leurs rapports avec les symptômes du sommeil naturel et non naturel* (opium, chloral, haschich, éther et chloroforme). Un *index bibliographique* très développé sera précieux à consulter à la fin du volume.

Quand on a fini de lire et d'analyser, trop brièvement malheureusement, le thèse de M. Barth, on se dit que, pour mener à bien un travail aussi considérable dans le délai si

court dont disposait l'auteur, il était indispensable d'y être préparé par cette érudition si remarquable que M. Barth possède de longue date; quant à la mise en œuvre des matériaux, elle réclamait cette lucidité dans l'exposition et cette clarté élégante du style que les lecteurs de l'*Union médicale* ont pu apprécier dans les trop rares revues critiques de notre éminent collaborateur et ami. En songeant qu'il vient de doter la littérature médicale d'un travail si important, nous regrettons moins, il est vrai, que les soucis d'un laborieux et brillant concours nous aient privés momentanément de sa collaboration; mais nous souhaitons le revoir bientôt à nos côtés.

P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre du commerce, qui demande l'avis de l'Académie sur l'opportunité de la suppression de l'inspectorat médical des eaux minérales.

Cette lettre est renvoyée à l'examen de la commission des eaux minérales.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Oudin. (Accepté.)

M. Siredey présente, au nom de M. le docteur Duguet, médecin de Lariboisière, une brochure sur le *traitement des goitres par les injections iodées*.

M. Duplay dépose sur le bureau le troisième fascicule du tome VII de son *Traité de pathologie externe*.

M. Charpentier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vulliet (de Genève), intitulé : *D'un nouveau procédé de dilatation et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections utérines*.

L'auteur attribue à son procédé les avantages suivants :

1° Il rend possible une inspection directe, par la vue, de l'ensemble de la cavité utérine;

2° Il permet de maintenir la dilatation, quel qu'en soit le degré, aussi longtemps qu'il est utile de la prolonger;

3° Comportant le séjour de substances antiseptiques dans la cavité utérine, ce procédé permet un traitement très efficace des affections virulentes intra-utérines.

L'auteur décrit lui-même son procédé de la manière suivante :

« La malade étant dans la position génu-pectorale et le col étant découvert avec une valve de Sims, j'explore le canal cervical. S'il est rétréci ou dévié, je rétablis par un traitement préalable sa direction ou son calibre; s'il est normal, je présente à son orifice un petit tampon de coton que je fais passer dans la cavité en le poussant avec une sonde métallique.

« Mes tampons sont munis d'un fil; leurs dimensions varient entre celle d'un pois et celle d'une amande; ils ont été plongés dans une solution composée d'une partie d'iodoforme et de dix parties d'éther, puis séchés et conservés dans un flacon bien bouché. (L'adjonction d'un peu de colophane à la solution rend les tampons hémostatiques.)

« J'introduis des tampons jusqu'à ce que la cavité en soit bourrée jusqu'à l'orifice externe; je les retire au bout de six heures.

« S'ils ont été bien tassés, les parois ont cédé, elles se sont ramollies, il s'est formé un espace libre dont je prends possession en plaçant immédiatement un nombre de tampons plus considérable que la première fois.

« En procédant ainsi par des tamponnements graduellement plus volumineux, il faut en moyenne huit ou dix obturations pour que la cavité arrive au degré de dilatation où elle est visible dans toute son étendue.

©BIU Santé

« Afin de gagner du temps, ou pour régulariser le calibre de la cavité, il y a avantage à substituer de temps en temps aux tampons, un fagot de tiges de *laminaria*.

« Plus la cavité est profonde, plus sa direction est inclinée, plus les lèvres du col sont volumineuses, plus il faudra, pour qu'elle présente l'accès de la vue, que la dilatation soit prononcée.

« Si la cavité est déjà entr'ouverte par un processus pathologique, elle est plus facile à dilater que quand elle est à son état normal.

« J'ai fait construire par M. Mathieu un spéculum particulier qui, lorsqu'une inspection partielle suffit, permet de voir la muqueuse sans que la dilatation ait été poussée à sa limite extrême. »

Trois affections surtout ont été ainsi traitées par M. Vulliet : l'endométrite chronique, certaines formes de fibrome, le cancer utérin.

Après avoir analysé les observations de M. Vulliet, ainsi que celles, en petit nombre, dans lesquelles l'application du procédé a été faite par MM. Porak, Horteloup, Labbé, Sabail (de Saint-Sauveur) et par lui-même, M. le rapporteur conclut que ce procédé n'est pas toujours appplicable, même dans les conditions indiquées par M. Vulliet. Il est, en effet, un certain nombre de femmes chez lesquelles on ne peut obtenir la dilatation complète; tantôt les tampons n'agissent qu'avec une lenteur désespérante, on a beau les remplacer par l'éponge, par le laminaria, la dilatation ne se fait pas et les malades, impatientées par la longueur de ces manœuvres purement préparatoires, se refusent à continuer ce mode de traitement. Tantôt l'introduction des tampons qui, quoique en général assez bien supportée, est toujours accompagnée d'une certaine douleur, devient si pénible, si douloureuse, qu'on est forcé d'y renoncer. Tantôt, enfin, l'introduction du tampon se fait facilement les premiers jours, mais on voit apparaître au bout de ce temps des phénomènes nerveux qui ne permettent pas de pousser la dilatation jusqu'à son extrême limite.

Dans les cas observés par M. le rapporteur, ainsi que dans ceux de M. Horteloup et de M. Labbé, on pouvait voir parfaitement le fond de l'utérus, l'œil parcourait toute l'étendue de la cavité utérine et cela facilitait d'une façon indiscutable les opérations pratiquées sur ces malades.

En résumé, dit M. le rapporteur en terminant, « le procédé de M. Vulliet n'est pas nuisible ; la situation scientifique de son promoteur nous est une garantie de la précision de ses observations. Je propose d'adresser à l'auteur une lettre de remerciement pour son intéressante communication. » (Adopté.)

— M. Javal fait une communication très intéressante sur le traitement du strabisme par les procédés optiques. La conclusion de l'auteur est que, si certains cas de strabisme peuvent et doivent être traités par la méthode plus expéditive de la ténotomie, le plus grand nombre sont justiciables du traitement par les moyens optiques seuls ou combinés avec la ténotomie. Ces moyens optiques sont la louchette et le stéréoscope modifié suivant l'exigence des cas. Ils s'appliquent principalement à trois catégories de strabisme : 1° le strabisme convergent avec myopie ; 2° le strabisme divergent avec myopie ; 3° le strabisme divergent sans myopie.

La communication de M. Javal, faite avec un remarquable talent d'exposition, dans laquelle la clarté et la précision n'excluent pas l'élégance, a été accueillie par les applaudissements de l'assistance et a mérité à l'orateur les compliments les plus flatteurs de M. le président Trélat.

— A cinq heures, la séance a été levée.

FORMULAIRE

Poudre laxative aromatique. — Audhoui.

Feuilles de séné pulv.....	8 grammes.
Feuilles d'oranger pulv.....	6 —

Magnésie blanche.....		
Anis pulv.....	ää	2 —
Sucre pulv.....		
Essence de menthe.....	q. s.	

Mêlez très exactement. — On délaie dans une certaine quantité d'eau une à deux cuillerées à café de cette poudre, ou plus, suivant l'effet à obtenir, et on la fait prendre le soir, au moment du coucher, pour combattre la constipation résultant d'un régime trop échauffant. — 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.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 5 octobre 1886, M. Martino, médecin-major de première classe au 32e d'artillerie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 6 octobre 1886, M. le docteur Merle, médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbon-Lancy, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours auront lieu tous les jours à quatre heures.

1° Anatomie topographique : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques. — 2° Anatomie descriptive : M. le docteur Ricard, premier prosecteur. — 3° Physiologie : M. le docteur Walther, deuxième prosecteur. — 4° Histologie : M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert pendant toute la durée des travaux anatomiques.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 octobre 1886, la franchise est accordée aux maires pour correspondre, dans l'intérêt du service de protection des enfants du premier âge, avec les médecins inspecteurs de ce service; cette franchise est également accordée aux médecins inspecteurs pour correspondre avec les préfets, les sous-préfets et les maires de leur circonscription médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés préparateurs : 1° d'anatomie pathologique, M. Meurer; 2° de chimie, M. Lignon; 3° de pharmacie, M. Libold; 4° de clinique médicale, M. Roux; 5° de médecine légale, M. Saint-Cyr.

Sont maintenus dans leurs fonctions de préparateurs des laboratoires : MM. Despeignes, Gaillard, Honorat, Trévoux, Serullaz, Doyon, Pollosson, Jacquemet et Barral.

Sont maintenus dans leurs fonctions d'aide de cliniques : MM. Lacour, Jubin et Brizard.

Sont maintenus dans leurs fonctions de chefs des travaux des laboratoires : MM. Magnin, Rodet, Chandelux, Bard, Didelot, Linossier, Reboul, Levrat, Beauvisage, Coutagne, Florence, Aubert et Blanc.

NOMBRE DES MÉDECINS ET DES ÉCOLES DE MÉDECINE DANS L'AMÉRIQUE DU NORD. — En Amérique comme ailleurs, on se plaint du nombre exagéré des médecins; il y a, dit-on, trop de de docteurs, et les études sont trop faciles. Voici ce qu'indique la statistique :

En 1883, on comptait aux États-Unis et au Canada, 90,410 médecins, soit 1 p. 600 habitants. Dans le Canada seul, il y avait 3,487 médecins, soit 1 sur 1,112. Lors du recensement de 1880, la proportion des médecins relativement au reste de la population était de 17 p. 10,000; en 1881, cette même proportion était pour l'Angleterre et le pays de Galles de 5,8 p. 10,000; il ne serait pas exact de comparer ces chiffres, car en

©BIU Santé

Amérique, on compte parmi les médecins bon nombre de personnes non enregistrées; cependant il est probable qu'en somme les médecins réguliers sont à peu près deux fois plus nombreux en Amérique qu'en Angleterre.

On observe de grandes différences dans les divers États au point de vue du nombre des médecins; ainsi, pour le Colorado, nous trouvons le chiffre de 29,3 pour 10,000; dans l'Indiana 25.2; dans l'Orégon 24,3; dans l'Arkansas 23,5; dans le Nouveau-Mexique 6,6 seulement, et dans les deux Carolines environ 9,5. D'une manière générale, c'est au sud-est du Mississipi que les médecins sont le moins nombreux. Si l'on compare leur nombre avec celui des pasteurs et des avocats, on trouve de curieuses différences. La proportion des avocats avec le reste de la population est de 12,7 pour 10.000 aux Etats-Unis et de 6,6 seulement en Angleterre.

M. Billings estime que la proportion normale des médecins est d'environ 1 p. 1,000; c'est à peu près celle qui existe en Angleterre, mais aux États-Unis elle est de 1 p. 750. Il est donc vrai que nous avons trop de médecins, et nos 80 écoles de médecine continuent à nous en fournir surabondamment. (*Lyon Médical.*)

Médecine Navale. — Le ministre de la marine se préoccupe d'alléger les frais d'étude des étudiants en médecine et en pharmacie qui se destinent à la carrière navale, et qui n'ont pas subi avec succès l'examen pour l'obtention d'une bourse. Il prépare un projet de décret qui permettra à ces jeunes gens de continuer à suivre les cours de l'École de médecine et d'y faire leur service au moyen d'un engagement contracté dans l'infanterie de marine, par analogie avec la mesure prise en faveur des jeunes gens de vingt et un ans qui ont échoué à l'examen de Saint-Cyr. (*Gaz. hebdom.*)

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 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.

CHEMINS DE FER D'ORLEANS ET DU MIDI

EXCURSIONS DANS LE CENTRE DE LA FRANCE ET LES PYRÉNÉES.

Voyages circulaires à prix réduits en voitures de première et de deuxième classe. — Durée : 30 jours. — Première classe : 225 francs ; deuxième classe : 170 francs. — Les billets seront délivrés toute l'année à la gare du chemin de fer d'Orleans, quai d'Austerlitz ; au bureau central, rue Saint-Honoré, n° 130, et au bureau succursale, rue de Londres, 8, à Paris. — Il est également délivré des billets à toutes les gares et stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, et aux principales gares du réseau de la Compagnie du Midi situées sur l'itinéraire à parcourir, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Les billets des voyages circulaires donneront droit aux parcours ci-après, savoir : Paris à Bordeaux. — Bordeaux à Arcachon. — Arcachon à Biarritz. — Biarritz à Hendaye. — Hendaye à Pau — ou Arcachon à Pau directement (par Mimbaste). — Pau à Lourdes. — Lourdes à Pierrefitte. — Pierrefitte à Tarbes. — Tarbes à Bagnères-de-Bigorre. — Bagnères-de-Bigorre à Tarbes. — Tarbes à Montréjeau. — Montréjeau à Bagnères-de-Luchon. — Bagnères-de-Luchon à Montréjeau. — Montréjeau à Boussens. — Boussens à Saint-Girons. — Saint-Girons à Boussens. — Boussens à Toulouse. — Toulouse à Tarascon (Ariège). — Tarascon à Quillan. — Quillan à Castelnaudary. — Castelnaudary à Mazamet. —Mazamet à Carmaux. — Carmaux à Albi. — Albi à Rodez. — Rodez à Brive — ou Quillan à Brive directement (par Toulouse). — Brive à Limoges (par Périgueux ou Saint-Yrieix). — Limoges à Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. G. Apostoli : De la galvano-puncture chimique en gynécologie. — II. Bibliothèque : Manuel de gynécologie. — Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs. — III. Revue des Journaux : De la hernie diaphragmatique. — Un échec de l'antipyrine. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médico-pratique. — V. Variétés : La nouvelle réorganisation des bureaux de bienfaisance et le recrutement de leur personnel médical. — — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

De la galvano-puncture chimique en gynécologie (1)

Par le docteur G. Apostoli.

Messieurs,

Poursuivant le cours des recherches que j'ai entreprises sur les applications nouvelles et si fécondes de l'électricité en gynécologie, j'ai l'intention de vous présenter successivement tous les résultats que j'ai obtenus, et de vous montrer, notamment, tout ce que peut le courant continu, sous une forme pénétrante, soit dans les phlegmasies utérines et péri-utérines, soit dans les hyperplasies de nature et de siège variable, soit dans les tumeurs kystiques ou hématiques avoisinant l'utérus.

Ce sujet doit faire l'objet de plusieurs notes, et, pour déblayer complètement le terrain d'une thérapeutique nouvelle qui prête toujours à la controverse, je commencerai aujourd'hui, contrairement à l'usage, par donner le bilan de mes insuccès, et à faire ainsi ma propre critique pour vous mettre d'abord en garde contre les fautes opératoires que j'ai pu commettre, vous donner les moyens de les éviter, et pour pouvoir aborder plus franchement et plus sûrement ensuite le chapitre des indications cliniques et de la technique opératoire. Tout le monde bénéficiera de la bonne foi du médecin, car il y a tout intérêt, pour rendre la route plus praticable, à ne pas en masquer les écueils.

Qu'est-ce d'abord que la galvano-puncture chimique? C'est l'application d'un courant de pile, continu, cheminant à travers un trocart ou une aiguille, de grandeur et de forme variables, préalablement enfoncé dans le point intéressé.

La grande barrière que la peau normale oppose au passage du courant est franchie d'emblée, et l'électricité double ainsi cette première étape, dont la résistance varie, suivant une foule de circonstances individuelles ou générales, qui sont plus ou moins bien mentionnées dans les livres classiques.

La conséquence immédiate de ce premier fait est de véhiculer plus facilement et plus rapidement, à un point donné, une plus grande quantité de flux électrique et de localiser mieux l'action que l'on veut circonscrire dans un rayon restreint; les tampons ordinaires en charbon, recouvert de peau de chamois, localisent, eux aussi, me direz-vous; oui, mais beaucoup moins bien, car le courant cheminant toujours à travers la voie la plus conductrice, après avoir traversé l'épiderme, se diffuse en éventail pour rejoindre l'autre pôle et suit, dans ce trajet, un chemin qui n'est pas toujours, à coup sûr, la ligne droite.

Pour traduire ce phénomène en langage physique, je dirai que la galvano-puncture, ou la galvano-caustique chimique pénétrante, permet de transporter profondément un courant d'une grande *densité*; le trocart reste

(1) Lecture faite dans la séance du 9 octobre 1886 à la Société de médecine de Paris.

©BIU Santé

entouré d'une atmosphère de flux électrique destiné à attaquer, sous une forme presque linéaire et massive le point malade, pour se disperser ensuite, une fois échappé du trocart, et rejoindre par des chemins multiples, souvent bien détournés, l'autre pôle, qui n'a d'autre but que de fermer le circuit, et qui ne doit avoir d'autre propriété que d'être le plus indifférent possible.

Si, grâce à la galvano-puncture, le courant reste *dense* (ou, pour matérialiser le phénomène, plus épais) tout le long du trocart, qu'il suivra forcément sans s'égarer, parce que c'est le canal le mieux conducteur, il s'ensuit que les effets *physiques* et *chimiques* du courant seront, en ce point, proportionnellement accrus et localisés; nous aurons alors le moyen de limiter une eschare chimique; nous serons maîtres d'en varier, à volonté, l'étendue, la place, la profondeur, et l'électricité deviendra pour nous un stimulant auquel nous pourrons demander de produire, *dans le plus petit espace possible, le maximum de ses effets;* or, ces effets, quels sont-ils?

Sans vouloir entrer dans le cœur du sujet, je me contenterai de vous dire, aujourd'hui, qu'ils sont, dans le cas actuel, de deux ordres :

Le premier, *chirurgical*, analogue à celui qu'on demanderait à une flèche de pâte de Vienne ou de potasse caustique; c'est ce que Tripier a si bien désigné sous le nom de *cautérisation tubulaire*, destinée à creuser un *puits* plus ou moins persistant. On utilise les propriétés de l'eschare, et surtout de la négative, molle, diffluente, peu rétractile, qui, au moment de sa chute, créera une fistule plus ou moins durable, tout en maintenant des adhérences entre toute cavité pathologique, si elle existe, et l'extérieur (peau ou muqueuse).

Le deuxième est du domaine *médical*. Il est plus difficile à définir, mais il n'en existe pas moins. C'est un processus de régression ou de désintégration que crée le passage du courant par des procédés divers sur lesquels je reviendrai plus tard.

Le rôle de la galvano-puncture ainsi très rapidement exquissé, quelles sont les contributions qu'elle peut fournir à la gynécologie?

L'utérus et ses annexes peuvent être tributaires de la galvano-puncture pour des cas multiples, qui seront l'objet de notes distinctes, et dont voici la nomenclature :

1° *Certains fibromes utérins;*
2° *Certaines formes de métrite chronique;*
3° *Certains polypes intra-utérins;*
4° *Les kystes uniloculaires de l'ovaire au début;*
5° *Les phlegmons chroniques du ligament large;*
6° *Les péri-métrites postérieures subaiguës et chroniques;*
7° *Les kystes hématiques péri-utérins (hématocèle);*
8° *La grossesse extra-utérine.*

On peut ainsi, d'après cet ensemble, ranger la galvano-caustique pénétrante, en *utérine* et *péri-utérine*, suivant que le trocart pénétrera d'emblée dans le *parenchyme utérin* ou dans la *périphérie de l'utérus*.

Cette opération sera donc, le plus souvent, une opération de *choix* que les bienfaits du courant continu, *localisé et à haute dose*, engageront le médecin à tenter pour rendre plus efficaces et plus rapides les effets dynamiques, chimiques et trophiques de la pile; ainsi dans le phlegmon, dans la périmétrite, dans l'hématocèle, dans certaines formes de fibromes, etc., etc.

Mais, dans d'autres circonstances, une fois la nécessité reconnue du courant électrique, la galvano-puncture s'imposera comme une opération qui ne saurait être remplacée par aucune autre : supposez, par exemple, comme cela m'est arrivé, et comme je vous en montrerai des exemples, que vous ayez affaire à un fibrome inopérable, qui déplace le col, en le portant derrière le pubis, au point de le rendre inaccessible au doigt, force sera alors au médecin, ne pouvant intervenir par les voies naturelles, de créer un chemin au centre du vagin et du fibrome proéminent. La galvano-puncture sera ainsi la seule porte d'entrée du courant électrique, et cette opération s'imposera de *toute nécessité*.

Lorsque j'aurai à traiter devant vous la question de la galvano-caustique simple, intra-utérine, sans ponction, je vous donnerai les preuves cliniques de sa parfaite innocuité. En est-il de même de la galvano-caustique pénétrante ?

Je ne le crois pas; c'est une arme à double tranchant, arme dangereuse entre des mains inexpérimentées, qui, à côté d'un grand bien, peut aussi faire grand mal. C'est de ce dernier *seul* que je veux vous entretenir aujourd'hui.

Appliqué à l'utérus, le trocart peut le transfixer, dépasser les limites du parenchyme, intéresser plus ou moins le péritoine et créer un foyer de suppuration qui ne peut s'éliminer et où l'antisepsie est impossible.

Appliqué à la périphérie utérine, le trocart peut intéresser la *vessie* ou le *rectum*, quelquefois même un *gros vaisseau,* voisin de la paroi vaginale.

En dehors de cette action immédiate, et plus ou moins nocive du trocart, nous pouvons, au contraire, assister à une ponction qui, topographiquement, n'intéresse aucun des organes que nous avons le devoir d'éviter, mais qui s'en rapproche tellement, qu'ultérieurement, au moment de la chute d'une eschare, apparaît une perforation qui témoigne d'une ponction encore trop profonde.

Que conclure de ce simple énoncé? C'est que les ponctions réclament un redoublement de surveillance de la part du gynécologue, et c'est pour vous mettre en garde contre ces écueils, que je ne pouvais prévoir entièrement, au début de ma pratique, puisque j'ai été obligé de tout apprendre, *en créant de toutes pièces la galvano-puncture vaginale en gynécologie*, c'est pour vous éclairer, dis-je, que je viens maintenant vous parler d'abord de mes *insuccès*.

La première application que j'ai faite s'adresse d'abord aux *fibromes utérins*, comme en témoigne le long mémoire que j'ai inséré dans la thèse de L. Carlet (*Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus,* d'après la méthode du docteur Apostoli. Paris, 1884).

Voici l'histoire très sommaire de ma seule et unique intervention malheureuse.

OBSERVATION SOMMAIRE ET COMMENTAIRES.

Mme D... (Clotilde), 42 ans, ménagère, demeurant à Paris, 16, rue Saint-Sauveur, se présente à ma clinique le 29 octobre 1885.

Cette femme, mère de deux enfants, dont le dernier a 10 ans, a senti depuis longtemps son ventre grossir, avec des malaises qui ont été grandissants. La marche est devenue progressivement plus difficile, le travail plus pénible, les douleurs plus aiguës. Les règles se sont perverties; elles sont devenues plus irrégulières, plus douloureuses et plus abondantes, avec une durée moyenne de trois semaines environ.

©BIU Santé

L'état général est mauvais; la femme est amaigrie et a le facies d'une cachexie abdominale commençante.

Elle vient me consulter pour qu'on la débarrasse d'une tumeur dans le ventre qui rend sa vie insupportable.

A l'examen, on trouve le ventre entièrement rempli par une tumeur dure, insensible au toucher, résistante, intimement unie à l'utérus et débordant en haut l'ombilic. C'était un fibrome interstitiel et sous-péritonéal, type, qui présentait cette curieuse particularité d'être bilobé au sommet, le lobe droit s'élevant à 14 centimètres au-dessus du pubis et le lobe gauche à 22 centimètres, atteignant de ce côté le rebord des fausses côtes.

Cette scission du fibrome ne paraissait affecter que le sommet, comme un pétale entr'ouvert, et le sillon médian, très net au-dessus de l'ombilic, allait en s'atténuant au-dessous, au point de disparaître complètement à quatre travers de doigt au-dessus du pubis pour faire place à une surface régulièrement arrondie, lisse, sans bosselure ni dépression médiane. Le toucher bi-manuel, très minutieusement fait, et à plusieurs reprises, venait confirmer les données premières de la palpation en nous montrant que tous les culs-de-sac, antérieur et latéraux, étaient occupés par une masse homogène, dure, manifestement fibreuse, faisant corps avec l'utérus et se prolongeant au-dessus du pubis, comme nous venons de le dire.

Hystérométrie, 8 centimètres.

Il n'y avait pas d'erreur possible : le toucher et le palper imposaient le diagnostic précis de fibrome interstitiel et sous-péritonéal, à base d'implantation unique, intéressant tout l'utérus et bilobé au sommet seulement.

Deux traitements électriques s'offraient à moi : l'un, qui fait l'objet de ma pratique courante, et qui m'a déjà donné, *sur plus de deux cent malades*, les plus brillants résultats : c'est la galvano-caustique chimique intra-utérine, simple, destinée à intéresser toute la muqueuse, sans entamer directement le parenchyme, et à la modifier différemment suivant le pôle qui intervient.

L'autre traitement, pour lequel j'ai une moins grande expérience (*j'ai traité ainsi une cinquantaine de malades* dont je donnerai l'observation circonstanciée), et que j'ai tenté, dès le début de ma pratique électrique, il y a quelques années (voir Thèse L. Carlet), dans le but d'agir plus vite et de précipiter le mouvement de régression et de dénutrition; c'est la galvano-puncture chimique.

Ici, le cas me paraissait grave, il fallait intervenir vite; je me décidai pour la ponction électrique.

Le 3 novembre 1885. — Première galvano-puncture chimique, négative, de 150 milliampères, pendant cinq minutes, pratiquée dans l'épaisseur même du parenchyme utérin, dans la direction du fibrome, en faisant pénétrer préalablement le trocart dans l'orifice entr'ouvert du col, et à 3 centimètres de profondeur.

L'opération est très bien supportée, et sans douleurs appréciables. La malade rentre chez elle à pied, après deux heures de repos à la clinique.

Pas de réaction inflammatoire le soir ou le lendemain.

Le 7. — Je constate, à ma grande surprise, une diminution de la hauteur du lobe gauche, dans la direction duquel j'avais fait ma ponction, qui ne s'élève plus qu'à 19 centimètres au-dessus du pubis, et la malade affirme qu'elle sent son ventre *moins lourd et moins gros*.

Deuxième galvano-puncture, négative, le 7 novembre, à 200 milliampères, pendant cinq minutes. Enhardi par la première intervention, je fais une ponction à 5 centimètres de profondeur, dans une direction parallèle à la première.

L'opération est aussi bien supportée que la première, et aucun phénomène anormal ne survient immédiatement après. La malade rentre chez elle comme la première fois.

Le soir du même jour, elle commence à souffrir dans le ventre et ses douleurs vont en s'aggravant le lendemain et les jours suivants. Elle a de la fièvre. L'appétit disparaît. Elle ne peut quitter son lit qu'avec difficulté, et, dans l'impossibilité où elle se trouve de venir à ma clinique, elle me fait appeler.

Je la trouve très souffrante, se plaignant de douleurs vives dans le ventre, sans gon-

flement toutefois appréciable, douleurs toutes spontanées et non exagérées par la pression. Fièvre. Face un peu grippée. Pas de vomissement. Je fais une injection de morphine et je prescris de l'opium en lavements. Pas d'amélioration les jours suivants. L'état douloureux s'aggrave, sans phénomène appréciable de péritonite. Toujours pas de vomissement ni de ballonnement du ventre.

Le 18. — Je la fais entrer à l'hôpital Andral dans le service de mon ami le docteur Debove.

Voici l'énumération sommaire des phénomènes cliniques qui se déroulent et tels qu'ils sont relatés dans l'observation complète qu'a bien voulu me remettre son distingué interne M. Despréaux.

M. Debove croit d'abord à des phénomènes de péritonite aiguë, vu la fièvre élevée (39°2 dès le premier jour), le facies typique péritonéal, la douleur aiguë et le léger gonflement du ventre. Mais ce premier diagnostic est corrigé les jours suivants par la constatation très caractéristique que le ventre, très douloureux spontanément, ne l'est nullement à une pression même profonde. Le toucher vaginal ne réveille aucune sensibilité appréciable ; il n'y a pas de vomissement. M. Debove a l'obligeance de me laisser ainsi qu'à son interne la direction complète du traitement à instituer.

Du 18 au 22. — Pas de changement appréciable. Les douleurs, quoique sourdes et continues, n'empêchent nullement la malade de se lever sur son séant et de quitter même au besoin son lit. La température oscille de 38 à 39 degrés. Soif. Inappétence. Amaigrissement considérable. Constipation.

Le 22. — Écoulement spontané et brusque, par le vagin, d'une quantité assez grande de pus, à l'odeur infecte et typique du pus des cavités closes, qui coïncide avec un abaissement de la température à 37°5.

Des injections vaginales bi-quotidiennes de liqueur de van Swieten sont prescrites. Il y a un léger amendement dans l'état général qui est parallèle à cet abaissement de la température.

Du 22 au 25. — Même situation.. Même écoulement infect de pus abondant et bien lié.

Le 25. — Je substitue aux injections vaginales des injections intra-utérines quotidiennes de sublimé au 1/200. Administration de sulfate de quinine et de potions alcooliques.

Du 25 au 30. — Rien de changé. Ni l'abondance, ni l'odeur de l'écoulement ne sont modifiées.

La sonde destinée à faire le lavage intra-utérin pénètre dans une cavité très profonde et chemine ainsi jusque au-dessus du détroit supérieur du bassin. Les oscillations du thermomètre sont plus grandes les jours suivants : 37° le matin, 39° le soir.

Du 1er au 6 décembre. — Même état de faiblesse extrême, de douleur avec petits frissons, et d'indolence de l'utérus au palper.

Le 6. — Un peu de gingivite mercurielle m'oblige à changer l'injection de sublimé pour une injection d'acide phénique au cinquantième.

Le pronostic ne s'aggrave pas les jours suivants et tout fait espérer une solution favorable, grâce au traitement antiseptique, parfaitement supporté par la malade, qui se place spontanément en travers du lit pour faciliter son injection, et vu l'absence de toute réaction consécutive à l'injection intra-utérine, ce qui nous prouve que nous ne sommes pas dans le péritoine.

Le 10. — L'acide phénique, qui a été trop absorbé et qui a rendu les urines noires, est remplacé par l'acide borique au trentième.

Le 12. — Je tente une médication plus énergique à l'aide de l'écouvillon de Doléris trempé dans une solution créosotée au dixième. Je fais un premier écouvillonnage de la cavité qui, quoique incomplet, procure un peu de soulagement.

Du 12 au 16. — Ecouvillonnage quotidien complet, avec curage de la poche et lavage consécutif. La fétidité du pus diminue. La température oscille entre 37 et 38°.

Le 18. — Grand frisson. 36°2 le matin, 39°5 le soir. Le pus a la couleur verdâtre de l'eschare. L'état général s'aggrave, le muguet apparait sur la langue. Impossibilité d'alimenter la malade. — Toujours insensibilité du ventre à la pression. Vomissements intermittents.

©BIU Santé

Le 19. — Reprise des injections de sublimé. Suspension de l'écouvillonnage.

La cachexie et la faiblesse augmentent; elle peut toutefois se soulever encore seule sur son lit. Les oscillations de la température grandissent.

Du 20 au 23. — Même insuccès de toute médication. Le délire apparaît la nuit; la purulence ne tarit pas. L'estomac ne supporte rien; le facies se grippe encore. Elle meurt le 24 décembre, sans secousse, au milieu de la nuit.

Le 25. — MM. Despréaux et Plique, internes, font en ma présence l'*autopsie*, dont voici les points culminants :

Pas de trace de péritonite. — Pas trace de pus dans le bassin, rempli tout entier par un corps fibreux, typique, bilobé au sommet. — En le soulevant, je suis tout surpris de le voir se séparer en deux corps fibreux distincts, à pédicules adjacents l'un à côté de l'autre.

Ces corps fibreux sont presque soudés l'un à l'autre, s'emboîtant, comme dans une charnière, par leur face latérale, l'une convexe et l'autre concave et donnant ainsi, avant leur disjonction, l'apparence d'un corps fibreux à base inférieure unique et bilobé au sommet seulement. Ces corps fibreux, tassés l'un contre l'autre, remplissaient le bassin, dans lequel ils paraissaient enclavés, donnant ainsi l'appareuce en bas d'une surface lisse, unique et continue.

Une fausse membrane réunissait en avant et soudait, pour ainsi dire, les deux fibromes. Elle avait un aspect noirâtre et la couleur du sphacèle, et, en la déchirant, nous avons trouvé une grande cavité creusée dans l'intervalle des deux fibromes, cavité tapissée par des produits de mortification gangréneuse, mélangés à du pus, qui avaient envahi latéralement l'épaisseur des deux fibromes, surtout le gauche, dans une profondeur de deux centimètres.

Cette cavité parfaitement circonscrite, dans le sillon des deux fibromes, était restée entièrement centrale et localisée, et la mortification gangréneuse qui avait frappé leurs faces latérales n'avait nullement intéressé le péritoine qui était resté intact.

L'utérus était relativement petit, avec une hystérométrie de 8 centimètres et des parois modérément épaissies.

On a pu alors reconstituer très aisément l'ouverture faite dans la paroi utérine, à travers sa cavité, et communiquant directement dans l'axe de l'intervalle des deux fibromes.

C'est par cette même ouverture, résultat de la ponction, et agrandie ultérieurement, que s'étaient faits et les injections et les écouvillonnages. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE GYNÉGOLOGIE, par D. BERRY HART et A. H. FREELAND BARBOUR. Traduit sur la deuxième édition par le Dr Eug. CROUZAT, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté, avec une préface de P. BUDIN. Paris Delahaye et Lecrosnier. 1886.

Le nouveau manuel de gynécologie qui est présenté au public français sous les auspices de M. Budin par le Dr Crouzat est dû à deux jeunes médecins écossais, membres de l'Université d'Edimbourg, l'un professeur d'accouchements et des maladies des femmes à l'École de médecine, l'autre assistant du professeur d'accouchements de l'Université. Ce manuel, publié il y a trois ans, a eu un grand succès, et est arrivé rapidement à sa seconde édition.

M. Budin, bon juge à coup sûr, nous dit que, malgré les excellents traités de gynécologie que nous avons déjà, il était bon que celui-ci fût traduit. Les auteurs ont pris pour base de leur ouvrage l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes pelviens.

Ils n'ont pas craint de multiplier dans leur texte les divisions et les subdivisions, bien plus préoccupés d'arriver à la clarté par la précision et la concision, par le grand nombre des figures, des coupes et des schémas, que d'éblouir le lecteur par l'ampleur des descriptions et le luxe des détails.

M. Budin nous recommande comme tout à fait originales, les parties qui traitent de

l'anatomie et de la physiologie du plancher pelvien chez la femme, des effets de la pression intra-abdominale, les résultats obtenus par les changements de position et en particulier par la position genu-pectorale, etc.

L'éloge que font, à diverses reprises, MM. Hart et Barbour de l'eau chaude comme méthode thérapeutique, reçoit l'adhésion complète de M. Budin, et nous a valu une intéressante digression de celui-ci sur les très grands services que rendent dans un certain nombre de circonstances les lavages vaginaux et intra-utérins faits avec l'eau chaude ou très chaude.

Parmi les questions d'actualité qui ont été discutées soigneusement par MM. Hart et Barbour, il faut signaler encore l'application et le mode d'action du pessaire de Hodge, l'ablation des ovaires, l'extirpation des ovaires et des trompes, la dilatation de l'urèthre, la dilatation de l'utérus, le cathétérisme des uretères, les diverses opérations pratiquées sur le col, etc.

Neuf planches chromolithographiées et 409 figures illustrent ce volume de 750 pages qui est, comme on le voit, modestement intitulé manuel.

Le traducteur, M. Eug. Crouzat, s'est acquitté de sa tâche délicate avec toute l'habileté désirable; la traduction française demeure, comme l'original anglais, un « livre à la fois concis, clair, complet et original », suivant l'expression de M. Budin, et en l'exécutant, M. Crouzat a fait une œuvre utile pour la diffusion des progrès réalisés en gynécologie.

P. L. G.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉLONGATION DES NERFS, par M. Félix LAGRANGE. Paris, 1886; Lecrosnier.

L'histoire de l'élongation date d'hier; après avoir obtenu la faveur de l'opinion pendant quelques années, la renommée éphémère de cette opération s'est affaiblie. Autant les observations et les communications sur l'élongation encombraient la littérature médicale en 1881, 1882 et 1883, autant elles deviennent rares depuis deux ans.

Cependant la Société de chirurgie avait fait choix de cette question pour le concours du prix Laborie en 1885. M. Lagrange est l'heureux et digne lauréat de ce concours.

Nul mémoire, en effet, n'expose mieux et ne discute avec plus de soin les indications, les résultats et les difficultés de cette opération que celui dont on vient de lire le titre. Le travail de notre confrère a été considérable, il a compulsé un grand nombre de documents, réuni 415 cas dans lesquels cette opération fut pratiquée, éliminant les observations incomplètes et cherchant les preuves favorables ou défavorables avec une impartialité dont le jury de la Société de chirurgie a tenu certainement bon compte en lui conférant une récompense aussi dignement acquise.

Un des chapitres les plus originaux de ce livre a pour sujet les accidents et les complications de l'élongation sanglante. M. Lagrange a voulu établir une sorte de bilan des dangers et des inconvénients de cette opération, et montrer ainsi que, si elle est large dans ses effets, elle est aussi plus dangereuse que la névrotomie, la névrectomie et la neurotripsie. Utile pour les nerfs mixtes, elle est inférieure à la section et à la résection pour les nerfs sensitifs.

Un autre chapitre important traite de l'élongation dans les névralgies de l'ophthalmique de Willis et les arguments que M. Lagrange y développe sont fondés sur les observations de M. Badal et les travaux de la clinique ophthalmologique de la Faculté de Bordeaux. Les chirurgiens trouveront des indications sur l'arrachement du nasal dans le glaucome aigu et la démonstration de son efficacité contre le glaucome aigu et son utilité contre les douleurs ciliaires, aiguës ou chroniques.

M. Lagrange condamne avec raison son emploi; abandonné d'ailleurs dans le tabès et les affections médullaires, il établit son infériorité par rapport à la neurotripsie dans le tétanos, à la résection du nerf intéressé dans le tic douloureux de la face et le torticolis grave et ses avantages dans le tic non douloureux, les contractures, les spasmes traumatiques ou l'épilepsie réflexe.

Le travail de M. Lagrange est donc une monographie presque complète de l'élongation.

©BIU Santé

Tous les détails du manuel opératoire y sont notés, tous les épisodes y sont discutés, et dans cet ensemble de faits sagement coordonnés, on reconnaît une sagacité clinique qui attire, qui plaît, et qui, finalement, entraîne la conviction. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

De la hernie diaphragmatique, par Ferraresi. — Le malade qui fait l'objet de cette observation succomba avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Son abdomen était un peu proéminent et la moitié gauche du thorax dilatée. La percussion faisait constater la matité de cette région, excepté au niveau du triangle sous-clavier où la résonance était tympanique.

A l'autopsie, on observa le refoulement de la plèvre, la compression du poumon gauche et le déplacement du cœur vers la droite par une partie du côlon droit et du jéjunum à travers une ouverture du diaphragme correspondant à la pointe du cœur et mesurant un pouce de diamètre. L'estomac était refoulé à droite et sa grande courbure faisait face à la paroi abdominale. (*Il Bolletino della Reale Academia Medica di Roma*, mai 1886, p. 245). — C. L. D.

Un échec de l'antipyrine, par S. Leoche. — Ce malade, phthisique confirmé, fut soumis au traitement par l'antipyrine, mais une éruption survint qui motiva la suspension du traitement. Treize jours plus tard, on administra de nouveau le médicament, à la dose de 2 grammes par jour. Le malade éprouva une sensation douloureuse dans la bouche et le pharynx, vomit et, pendant deux heures, éprouva des frissons et du refroidissement. Puis, au lieu de s'abaisser, la colonne thermométrique accusa une élévation de deux degrés et six dixièmes, qui persista durant les deux jours suivants. M. Léoche attribue ces phénomènes à l'impureté accidentelle de l'autipyrine. (*Centralb. f. klin. Medicin*, 7 août 1886.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Arloing adresse une note sur l'exhalation de l'acide carbonique dans les maladies infectieuses déterminées par des microbes aérobies et des microbes anaérobies.

Le rapprochement que l'on a établi entre les micro-organismes pathogènes et les ferments, est devenu le point de départ de plusieurs hypothèses sur les causes intimes de la mort dans les affections virulentes à évolution rapide.

« Si le microbe est aérobie, M. Pasteur le représente entrant en lutte avec les globules sanguins, leur disputant l'oxygène dont ils sont chargés, frustrant ainsi les tissus du principe comburant qui leur est absolument nécessaire. Ce phénomène serait capital, par exemple, dans la lutte qui s'établit entre le *Bacillus anthracis*, le microbe du choléra des poules et les animaux vivants.

« Si le microbe est anaérobie et agit comme tel dans l'organisme, c'est-à-dire produit des fermentations évidentes, la lutte revêt probablement un tout autre caractère; car, dans ce cas, l'agent pathogène serait troublé par l'oxygène dans la manifestation de ses propriétés.

« En admettant, pour un instant, que ces caractères constatés *in vitro* se poursuivent dans les milieux vivants, on doit rencontrer des différences importantes, au point de vue de l'intensité des combustions respiratoires, entre deux animaux qui succombent, l'un à l'inoculation d'un microbe aérobie, l'autre à l'introduction d'un microbe anaérobie. Si ces différences n'existent pas, l'influence qui dérive des affinités gazeuses des bacilles aérobies n'est pas primordiale dans la lutte dont il a été question. Dès lors, l'étude de la respiration, pendant *toute la durée* de certaines maladies virulentes, dont les germes appartiennent aux deux types sus-indiqués, offre un intérêt assez considérable.

« Les maladies que nous avons choisies pour entreprendre cette étude sont des affections qui évoluent quelquefois sur l'espèce humaine : la pustule maligne et la septicémie gazeuse ou foudroyante.

« Le cobaye et le rat blanc sont les animaux sur lesquels nous les avons fait évoluer. La plus grande partie de l'oxygène consommé s'éliminant sous forme d'acide carbonique, nous avons dosé ce gaz dans l'air de la respiration avant l'inoculation des sujets d'expérience et pendant toute la durée de la maladie que nous leur communiquons artificiellement. Pour cela, les animaux étaient enfermés avant et après l'inoculation dans un appareil qui est une réduction et une simplification de la chambre de Pettenkofer (voir *Archives de Physiologie* 1886).

« Nous nous proposions de suivre pas à pas les changements apportés dans l'exhalation totale de l'acide carbonique pendant la maladie jusqu'à la mort. Il fallait donc connaître préalablement, pour chaque sujet, la composition des gaz de la respiration à l'état de santé, pendant les périodes diurnes et nocturnes. Quant à la durée de la maladie, elle était divisée en périodes diurnes et nocturnes, excepté vers la fin, où on la fractionnait en périodes plus courtes, pour recueillir séparément les gaz des derniers moments de la vie. Après chaque période, on dosait la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon ou par la peau, puis on la rapportait à un kilog. de poids vif et à l'heure prise pour unité de temps. Un grand nombre d'expériences furent nécessaires pour rassembler tous les éléments indispensables à la solution de la question posée.

« Or, voici, en peu de mots, le sens des résultats obtenus :

« 1° Dans le charbon et dans la septicémie gazeuse ou gangréneuse, la quantité d'acide carbonique exhalé diminue pendant le cours de la maladie et surtout pendant les dernières heures.

« 2° Cette modification nous a paru commencer avec les premiers effets de l'inoculation, dans le cas de charbon; tandis qu'après l'inoculation de la septicémie gangréneuse, nous avons constatés, pendant quelques heures, une légère augmentation dans la quantité d'acide carbonique exhalé.

« Les changements subis par l'exhalation d'acide carbonique dans le cours du charbon et de la septicémie gazeuse sont donc sensiblement identiques. Ils dénotent, dans les deux cas, un amoindrissement des combustions respiratoires. Nous ferons connaître ultérieurement les modifications concomitantes apportées dans l'absorption de l'oxygène. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 11 octobre 1886.

Après l'adoption du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. Tripet lit un travail de M. Ducroux sur l'*emploi de la terpine dans les névralgies*. Ainsi que le font remarquer plusieurs membres de la Société, les observations sont peu nombreuses et peu concluantes, l'auteur ayant en même temps employé d'autres médicaments actifs, tels que l'aconitine et les vésicatoires morphinés.

— M. Schwartz communique une observation relative au traitement en deux temps des polypes intra-utérins.

Il s'agissait d'une femme de 53 ans, morphiomane et absolument épuisée par des métrorrhagies très abondantes. A l'examen, on trouva le col entr'ouvert, et l'on put constater facilement l'existence d'un polype intra-utérin, mais l'épuisement était tel que l'on dut repousser toute opération intra-utérine, exposant à des manœuvres prolongées. Dans ces conditions, M. Schwartz incisa le col au galvano-cautère et donna 0,50 centig. d'ergotine d'Yvon par jour en injection hypodermique. Deux jours après, le polype apparut dans le vagin et on fit l'ablation, sans danger, par l'écraseur de Chassaignac. La guérison fut complète et facile.

Cette observation, très intéressante au point de vue pratique, montre l'utilité qu'il y a à ne point négliger les moyens médicaux dans le traitement des myomes.

— La séance se termine par l'élection de M. Thomas comme membre associé.

Paul Chéron.

©BIU Santé

VARIÉTÉS

LA NOUVELLE RÉORGANISATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET LE RECRUTEMENT DE LEUR PERSONNEL MÉDICAL.

Il y aura tantôt quarante années que la deuxième République promulguait une loi de par laquelle un règlement d'administration devait plus tard déterminer l'organisation de l'assistance à domicile. C'est seulement le 12 août dernier qu'un décret présidentiel a donné partiellement satisfaction aux promesses d'antan. Après une gestation d'aussi longue durée, on pouvait, sans trop d'exigence, espérer des réformes, sinon radicales, tout au moins satisfaisantes. En est-il ainsi ? On en doute, d'après les réclamations récentes des membres du Conseil municipal et l'omission de certaines améliorations réclamées par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Le chapitre Ier détermine l'organisation des Bureaux de bienfaisance. Chaque arrondissement conserve son administration actuelle, ses commissions administratives, dont les membres pourront être au nombre de 18 au lieu de 12, mais dont la présentation appartiendra exclusivement aux municipalités et ses maisons de secours. Ce chapitre *municipalise*, en quelque sorte, l'assistance à domicile dans chaque arrondissement, mais en privant les édiles parisiens et l'administration générale de l'Assistance publique du droit de présenter un tiers des administrateurs, droit que ces deux pouvoirs publics possédaient jusqu'à présent.

Vraiment, sans être prophète en autonomie communale, on trouvera sévère cette exclusion du Conseil municipal et de son contrôle légitime dans l'administration des Bureaux d'arrondissement. Indigents et contribuables y avaient quelques droits, et y trouvaient des garanties, ce semble, bien qu'à des titres différents.

Le troisième chapitre (art. 21) déclare que, dorénavant, les médecins des Bureaux de bienfaisance seront nommés au concours, institués pour quatre années, et susceptibles d'être réinstitués encore pour quatre années.

Par cette *institution à répétition* se continuant de quatre années en quatre années, nos confrères pourront, d'étape en étape, atteindre la limite d'âge de 65 ans. Ce sont là de médiocres avantages pour des médecins auxquels on demande un service souvent pénible, toujours peu rémunéré et desquels on entend réclamer des connaissances étendues dans un concours qui sera, je pense, suffisamment sérieux.

On exigera des candidats : l'âge de 25 ans, le diplôme de docteur en médecine, plusieurs épreuves, et surtout des épreuves cliniques. Le décret ne fait connaître ni le nombre, ni la difficulté de ces épreuves; il ne détermine pas la composition du jury et omet de dire si *les éléments étrangers au Corps médical en seront exclus*. Ces renseignements n'eussent pas été superflus. Il est vrai qu'à en juger par la longue incubation du règlement actuel, on pourrait, avec raison, redouter une gestation aussi prolongée de l'arrêté organisateur de ce concours.

D'ailleurs, le règlement prévoit le cas où par l'absence de concurrents ou par insuffisance des épreuves le concours ne donnerait pas de résultats. Le ministre pourvoirait alors aux emplois vacants sur la proposition des Commissions administratives. Dispositions fort prévoyantes à coup sûr; car le concours ayant lieu pour la *place déclarée vacante avec engagement de résidence dans l'arrondissement ou dans un quartier limitrophe*, il se pourrait que plus d'un concours fût annoncé et se terminât faute de candidats.

Les peines du blâme et de la réprimande sont maintenues, et les plaintes écrites seront transmises par le maire au préfet. Plus heureux, il est vrai, que le condamné sans le savoir, l'accusé sera entendu « en ses explications » par le Conseil de surveillance, après avis de la Commission administrative ! Enfin le ministre peut destituer et le préfet suspendre, en cas d'urgence.

Les chapitres IV et V fixent les conditions relatives aux personnes à secourir, aux secours imputables au budget des Bureaux d'arrondissement ou à celui de l'Administration centrale, et enfin à l'assistance médicale. A ces points de vue, le décret actuel consacre quelques améliorations : la possibilité pour le médecin d'assurer d'urgence

une nourrice aux enfants indigents que leurs mères ne peuvent allaiter, la faculté pour les Commisions de fournir aux nécessiteux la somme nécessaire pour le droit d'admission dans les Sociétés de secours mutuels, les secours de route pour leur repatriement, leur admission dans les orphelinats et leur transport dans les stations thermales hivernales ou maritimes.

La question de la laïcisation des maisons de secours reste en suspens. De plus, la création d'un Bureau central de répartition des fonds affectés ou légués aux Bureaux de bienfaisance n'a pas été consacrée par ce décret, malgré les instances du Conseil municipal.

Chaque bureau conservera l'autonomie de sa caisse, et bien que l'article 71 prescrive un prélèvement de deux cinquièmes sur la subvention totale en faveur des quartiers les plus pauvres, il y a lieu de croire que les indigents de ces quartiers recevront encore des secours inférieurs à ceux des indigents des arrondissements plus riches.

Cette inégalité dans la bienfaisance est plus cruelle assurément que l'inégalité dans la richesse. Les rédacteurs du décret actuel l'ont trop oublié; ils préparent ainsi des armes contre la loi, à l'usage des socialistes de profession, et des arguments de protestation pour nos édiles parisiens.

Vouloir contenter tout le monde, revient à ne contenter personne. Le proverbe est vrai, et, pour ce motif, ce décret attendu, durant trente-sept années, ne résout, même momentanément, ni le problème de l'organisation de l'assistance à domicile dans Paris, ni celui du recrutement du personnel médical des Bureaux de bienfaisance. Ce n'est pas un décret de clôture, c'est un décret d'ajournement. — Ch. E.

FORMULAIRE

FLÈCHE IODOFORMÉE CONTRE LE BUBON. — Neumann.

Iodoforme pur.....	1 gramme.
Gélatine.....	q. s.

pour préparer 18 flèches de 5 centimètres de longueur et de 5 millimètres d'épaisseur.

Lorsque la fluctuation du bubon est limitée, on le ponctionne, on fait écouler le pus, et on panse avec la gaze iodoformée ou bien on y introduit une flèche iodoformée. Si la suppuration du ganglion est plus considérable, et que la peau soit encore intacte, on incise l'abcès dans toute son étendue, et le pus écoulé, on remplit la cavité tout entière avec de la gaze iodoformée. Dans le cas enfin où la peau est amincie et livide, on l'enlève avec des ciseaux, et l'application de gaze iodoformée amène rapidement la formation des granulations. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les élèves de seconde année d'études doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonsrtations d'ostéologie commenceront lundi prochain 18 octobre 1886.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 3 novembre 1886, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques,

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

©BIU Santé

C. Pour les autres étudiants et les docteurs en médecine, les examens de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années, suivant la date de leur inscription à l'École pratique.

2° Élèves non obligés et docteurs, suivant également la date de leur inscription à l'École pratique.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, situé, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à quatre heures jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ; 2° la quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— M. le docteur Michaux, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 19 octobre 1886, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, le plus tôt possible, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heure du soir, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

— Le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert le lundi 11 octobre, à quatre heures ; la question donnée pour la composition écrite a été : Le grand épiploon ; Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

— Notre distingué collaborateur, M. le docteur A. Trousseau, vient d'être nommé, après concours sur titres, médecin en second à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, et inscrit sur la liste des experts près le Tribunal de première instance de la Seine.

— M. le docteur Fleyrac est élu membre du Conseil général de la Corrèze, pour le canton de Treynac.

Cardage des matelas. — A la séance du 17 octobre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Rochard a donné lecture d'un rapport concernant les industries diverses (cardeurs de matelas, batteurs de tapis, tondeurs de chiens) exercées sur les berges de la Seine, et qui avaient été signalées par MM. les ingénieurs de la navigation. Il n'a pas pensé qu'il y eût lieu d'interdire l'exercice de ces professions ; il est suffisant d'exiger des cardeurs de matelas, des batteurs de tapis, etc., de nettoyer, après leur besogne finie, la place qu'ils ont occupée. Le Conseil a approuvé ces conclusions, peut-être bien optimistes. (*Gaz. hebdom.*)

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, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. G. Apostoli : De la galvano-puncture chimique en gynécologie. — II. E.-R. Perrin : Note sur la nécessité de rattacher à une administration centrale de la santé publique les différents services d'hygiène. — III. Thèses d'agrégation en chirurgie : Tumeurs du mésentère. — Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De la galvano-puncture chimique en gynécologie (1)

Par le docteur G. Apostoli.

Réflexions. — Le mystère qui avait si longtemps plané sur toute cette scène pathologique était maintenant mis à jour et voici, en résumé, l'enchaînement des phénomènes qui étaient survenus :

Il y avait eu d'abord, comme je l'ai dit, une première erreur obligatoire de diagnostic sur la nature topographique du fibrome qui, au lieu d'être bilobé au sommet, l'était entièrement.

La ponction, qui ne devait atteindre, dans la première hypothèse, que le parenchyme et être, dans ce cas, inoffensive, l'avait, au contraire, facilement dépassé et était venu échouer juste dans le sillon de séparation des deux fibromes.

Le travail de mortification consécutif et d'élimination de l'eschare n'a pu se donner alors un jour suffisant; l'élimination du sphacèle a été incomplète, l'antisepsie imparfaite, et une infection putride en est survenue.

La malade, ponctionnée le 7 novembre, est morte le 24 décembre des suites lentes et progressives de l'infection purulente, sans trace de péritonite.

J'ai commis une première faute opératoire, qu'il était malheureusement au-dessus de nos connaissances actuelles de prévoir, c'est de croire à une épaisseur plus grande du parenchyme utérin qu'il n'existait en réalité et de faire ainsi une ponction trop profonde, de 5 centimètres, qui en a dépassé les limites.

Une fois la maladie constituée, la purulence établie et l'élimination incomplète du sphacèle constatée, en présence de l'aggravation des phénomènes et de la gravité du pronostic que le traitement rationnel institué n'a pu enrayer, je crois qu'il était indiqué de faire sans hésiter, et de bonne heure, une laparotomie pour éclairer d'abord le diagnostic, et pratiquer une hystérectomie qui aurait été facile et qui aurait eu des chances de sauver la malade.

Après cette observation des plus intéressantes et pleine d'enseignement, je ne vous dirai qu'un mot, me réservant de publier plus tard leur histoire intégrale, de trois autres malades où j'ai eu à enregistrer aussi des insuccès opératoires, mais moins graves, qui marquent encore ma période de tâtonnement initial.

Il s'agit de trois fistules vésicales, provoquées par le traitement, qui n'ont pas été créées par une ponction directe, mais par la chute d'eschare, à la suite de ponctions antérieures trop profondes.

La première observation a déjà été publiée en partie dans la thèse de L. Carlet, page 169 : il s'agit d'une femme atteinte d'un fibrome considé-

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

©BIU Santé

rable, entouré d'une gangue de périmétrite très ancienne, dont le début remontait à quatorze ans. L'utérus était adhérent au sacrum et le col soulevé et refoulé en arrière et en haut, presque inaccessible.

Il était impossible de faire le cathétérisme, sauf à 1 ou 2 centimètres de profondeur; le vagin était tout entier rempli par une masse dure et ligneuse; le col ne pouvait être approché que par un toucher très profond.

21 galvano-punctures négatives sont faites dans le cul-de-sac antérieur, au centre du vagin, avec le plus grand succès; elles s'échelonnent de juin 1883 au mois d'avril 1884; le fibrome rétrocède, le phlegmon chronique tend à disparaître, l'utérus commence à s'ébranler et à perdre sa fixité, le cathétérisme total devient possible.

2 galvano-caustiques négatives, sans ponctions, les 15 et 20 mai 1884, sont ensuite pratiquées, par la simple introduction du cathéter, dans les trajets perméables, créés par les ponctions antérieures; au lendemain de la dernière intervention, à la suite de la chute spontanée d'une eschare, rupture spontanée vésicale et fistule consécutive.

La malade a été opérée avec succès de cette fistule vésico-vaginale, en janvier dernier, par M. le professeur Trélat, à la Charité.

La deuxième observation a trait à une intéressante malade, que j'espère vous montrer, atteinte d'un phlegmon chronique et ancien du ligament large gauche, débordant le pubis et atteignant depuis près d'un an l'épine iliaque antérieure et supérieure, après avoir résisté à tous les traitements classiques.

Quatre galvano-punctures, négatives, amènent la fonte presque complète de ce phlegmon. La malade se trouvait alors en observation, en juin 1885, à l'hôpital des Cliniques, sous la surveillance de mon ami le docteur Doléris, lorsque, à la chute d'une eschare, une petite perforation vésicale se produisit temporairement sans autre accident; elle se répara et se ferma spontanément au bout de très peu de temps (de trois à quatre jours), et, aujourd'hui, la malade, guérie de ce fait et de son phlegmon, se porte très bien.

La troisième et dernière observation est prise dans ma clientèle privée, et appartient à une malade qui m'avait été adressée par le docteur Léon Labbé. Cette femme était atteinte d'un énorme fibrome, débordant l'ombilic, qui avait tellement soulevé l'utérus que le col était absolument inaccessible à toute exploration digitale ou autre.

Dans l'impossibilité absolue où j'étais d'intervenir autrement, j'ai dû alors, et un peu au juger, faire une série de galvano-punctures (8 en 1885) de 1 centimètre 1/2 de profondeur environ, au centre du vagin, le plus haut possible et sur la petite masse fibreuse, seule accessible à l'extrémité de la pulpe de mon index.

La chute de la dernière eschare a amené une fistulation vésicale, grande comme une tête d'épingle, qui réclamera un traitement chirurgical approprié.

Il me resterait maintenant, pour terminer le cycle des accidents constatés, à vous parler des *hémorrhagies considérables* qui peuvent naître du fait d'une ponction portant sur un gros vaisseau voisin du vagin.

Cela m'est arrivé au début, lorsque je n'avais pas suffisamment exploré

la région comme je le fais maintenant. J'ai employé alors, avec un succès complet, un moyen mécanique *que je crois avoir appliqué le premier dans ce but*, c'est l'introduction immédiate du spéculum de Gemrig, qui, dilaté au maximum, fait une hémostase immédiate par l'extension forcée du vagin. La lumière du vaisseau qui saigne se trouve ainsi subitement obturée par la dilatation de ses parois. On laisse l'instrument en place une demi-heure à une heure et, en le retirant, l'hémostase est définitive.

CONCLUSIONS.

Que conclure de ces courtes réflexions qui forment le préambule aux communications, que je compte prochainement faire, sur le rôle et l'avenir de la galvano-puncture en gynécologie? Voici, sous forme de conclusions très sommaires, les précautions générales qu'il faudra savoir prendre :

1° *Autant que faire se peut, il ne faut pas intéresser le péritoine dans la ponction, soit que l'on s'adresse au parenchyme utérin ou au tissu cellulaire péri-utérin;*

2° *Il faut toujours rendre possible l'élimination, d'un foyer, éventuel de suppuration, pour éviter l'infection et favoriser l'application d'un traitement topique antiseptique;*

3° *Les ponctions courtes, de 1 à 2 centimètres, seront toujours préférables aux ponctions plus profondes;*

4° *Il faudra toujours sonder et explorer, préalablement, la vessie dans toutes ses directions pour éviter de l'intéresser directement dans une ponction ou, ultérieurement, au moment de la chute d'une eschare trop profonde;*

5° *Dans tous les cas de ponction latérale ou postérieure, on explorera attentivement la région avec le doigt, pour sentir tout battement artériel et éviter de perforer de gros vaisseaux;*

6° *Un repos obligatoire au lit, de un à plusieurs jours, devra être exigé de toutes les malades qui ont subi une galvano-puncture;*

7° *On fera avant et après chaque ponction une injection vaginale antiseptique; on laissera à demeure dans le vagin, jusqu'à cicatrisation complète de l'orifice de ponction, un tampon de gaze iodoformée;*

8° *On interdira toute relation sexuelle jusqu'à guérison définitive.*

Note sur la nécessité de rattacher à une administration centrale de la santé publique les différents services d'hygiène.

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 octobre 1886,

Par M. le docteur E.-R. Perrin.

La communication que je me propose de faire devant la Société, à propos de l'intéressante étude de notre honorable collègue, M. le docteur Gimbert (de Cannes), sur les lazarets du Pian de Latte et de Nice, pendant l'épidémie de choléra de 1884 (1), n'a pas pour but de rouvrir ici une discussion sur le choléra, qui, dans l'état actuel de la science, nous paraît avoir été largement épuisée.

Ce que nous voudrions seulement retenir de tout ce qui a été dit partout et par tous, c'est l'insuffisance regrettable de notre organisation sanitaire actuelle pour prévenir ou combattre les maladies en général et, en particulier, les maladies dites transmissibles, soit exotiques, soit indigènes, sur le diagnostic et la prophylaxie desquelles

(1) *Union médicale*, t. XLII, 3e série, p. 268.

©BIU Santé

les recherches bactériologiques contemporaines sont venues, pour quelques-unes au moins, jeter un jour d'une si haute portée. Nous avons pensé que la Société de médecine de Paris ne pouvait se désintéresser d'une question aussi pleine d'actualité, elle, dont les archives témoignent, comme nous l'a si justement rappelé notre honorable archiviste, M. le docteur Rougon (1), du rôle important qu'elle remplissait autrefois auprès de l'autorité dans les questions d'hygiène, d'épidémie, d'épizootie, de police médicale avant la création de l'Académie de médecine, qui a hérité, depuis, de ses anciennes prérogatives.

Quelques développements, de notre part, suffiront pour démontrer devant elle, que, parmi les réformes qui s'imposent aujourd'hui, la revision de notre législation sanitaire doit occuper la première place. Sans cette revision, il serait, en effet, impossible d'organiser pratiquement, dans notre pays, l'hygiène publique dont les services administratifs actuellement épars, sans cohésion, ressortissent à divers ministères, les uns, pour la plus grande partie, au ministère du commerce et de l'industrie, les autres au ministère de l'intérieur, d'autres encore au ministère de l'agriculture. De là, ces lenteurs inévitables dans l'exécution des mesures sanitaires; de là, ces conflits incessants d'attributions qui surgissent entre les divers services, notamment à Paris, où ces conflits entre la préfecture de la Seine et la préfecture de police sont devenus légendaires.

Contrairement à ce qui existe chez nous, la plupart des nations civilisées, notamment l'Angleterre, l'Allemagne, les Etats-Unis, possèdent une administration centrale de la santé publique, avec des fonctionnaires spéciaux, convenablement rétribués. En France, le Conseil supérieur, qui siège auprès du gouvernement, représenté à la fois par le Comité de direction des services de l'hygiène et par le Comité consultatif d'hygiène publique, n'a que des attributions limitées, absolument insuffisantes, et aucun droit d'initiative propre.

Quant aux Conseils départementaux ou d'arrondissement, sans droit d'initiative également, sans ressources budgétaires, ces Conseils, à part quelques-uns, ne fonctionnent que peu ou point, ou travaillent dans le vide. « Je connais, dit M. le docteur E. Vallin, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène, un budget départemental, où, cette année, l'Administration a rogné sur tous les services touchant l'hygiène, protection de l'enfance, enfants assistés, etc.; il fallait quelques milliers de francs pour faire la balance; c'est là qu'on a retranché de préférence. Le Conseil général a accepté la proposition préfectorale » (2).

Ce sans-façon administratif d'un département à l'endroit des choses de l'hygiène, est malheureusement la règle constante dans la plupart des communes de moyenne et de petite importance. En dehors d'une épidémie grave et meurtrière, comme le choléra, par exemple, toutes ou presque toutes, se désintéressent de fléaux ou de calamités qui ne les menacent pas directement et *immédiatement*. L'administration de ces mêmes communes, confiée à des mandataires *élus*, n'ose prendre certaines mesures, alors même qu'elle les juge bonnes et légales. Les médecins, dans ces mêmes communes, si bien placés pour apprécier les causes d'insalubrité de toutes sortes qui s'y rencontrent, ainsi que les moyens d'y remédier, sont eux-mêmes gênés par ceux de leurs clients dont ils ne peuvent raisonnablement signaler à l'autorité les maisons ou les logements malsains mis par eux en location, ou encore tel ou tel établissement industriel insalubre dans lequel leur qualité de médecin leur donne accès tous les jours.

En présence de cette impuissance ou de cette indifférence des autorités locales, il est certain que « la salubrité ne sera jamais assurée tant que l'autorité supérieure n'aura « pas tous les moyens de contraindre les maires et les Conseils municipaux à remplir « leur devoir, qu'elle ne pourra se placer au-dessus des intérêts et des compétitions « locales auxquelles ils ne peuvent que rarement se dérober, tant qu'elle n'aura pas le

(1) Les Archives de la Société de médecine de Paris, de l'an IV (1796) à nos jours..., par le docteur Rougon.

(2) Rapport sur les travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité en 1878. (*Revue d'hygiène*, 1881, p. 884.)

« droit d'ordonner à leur place, s'il en est besoin, des mesures de police ou des tra-» vaux, surtout en temps d'épidémie, dans les cas d'urgence (1) ».

C'est pénétrés de la justesse de ces observations que tous les Congrès d'hygiène qui se sont succédé depuis quinze ans, de même que tous les corps savants les plus autorisés, n'ont cessé de demander l'établissement, auprès du pouvoir central, d'une direction administrative autonome des divers services de l'hygiène. Aussi, devant un vœu aussi unanime et sans cesse reproduit, le gouvernement a-t-il cru devoir, à son tour, soumettre la question à son Comité consultatif d'hygiène publique, lequel, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, a présenté, à la date du 8 décembre 1884, tout en conservant les bases excellentes de la législation sanitaire actuelle, un projet de loi très étudié sur la réorganisation des services d'hygiène. Ajoutons que le Parlement lui-même, à l'heure présente, se préoccupe de la même question, comme l'atteste notamment une proposition spéciale faite, il y a deux ans (2), par notre honorable confrère, M. le docteur Liouville, et reprise dernièrement par un groupe considérable de députés, au nombre de plus de cinquante, lequel groupe, par l'organe de l'un de ses membres les plus compétents, M. Jules Siegfried, a déposé dans la séance de la Chambre du 9 juin dernier, une proposition de loi concernant l'administration de la santé publique, en France, dont les dispositions essentielles et les motifs à l'appui sont d'ailleurs empruntés au projet de loi du Comité consultatif d'hygiène publique lui-même.

C'est un vœu relatif à la réalisation d'une proposition de loi semblable, que nous venons proposer aujourd'hui à l'adoption de la Société de médecine de Paris. Elle doit à son passé de s'associer unanimement à un pareil vœu, vœu adopté déjà trois fois par l'Académie de médecine, deux fois par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, par la commission des logements insalubres, par les Congrès internationaux d'hygiène de Paris, de Genève, de Turin, de La Haye, par le Congrès de Grenoble pour l'avancement des sciences, et, plus récemment, par le Congrès scientifique d'Anvers sur la prophylaxie internationale du choléra, etc.

Ce vœu, dont nous reproduisons littéralement ici le texte, est le suivant :

« Qu'à l'exemple de la plupart des pays étrangers l'administration sanitaire civile « soit confiée, en France, à une direction administrative autonome, compétente et res-« ponsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les « grandes villes. »

S'il n'est que trop certain que, malgré les progrès réalisés par la microbiologie, il n'existe que peu de moyens de neutraliser les principes morbifiques une fois introduits dans l'organisme, et surtout comme le disait avec juste raison Michel Lévy, de constituer celui-ci dans un état d'antagonisme permanent avec ces mêmes principes pathogènes, il n'en est pas moins sûr également que la meilleure garantie de la santé publique ou individuelle consiste dans l'application méthodique et judicieusement ordonnée de l'hygiène publique ou privée; qu'elle seule est capable, avec les moyens dont elle dispose et que l'expérience a confirmés, d'opposer une barrière efficace à la propagation des maladies épidémiques et d'en atténuer les funestes effets.

Prévenir plutôt que guérir, telle doit être, en effet, la règle de conduite de tout médecin hygiéniste véritablement digne de ce nom.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

TUMEURS DU MÉSENTÈRE, par V. AUGAGNEUR.

Après un court chapitre d'historique, l'auteur entre d'emblée dans son sujet par l'étude de l'anatomie pathologique; s'appuyant sur les données fournies par le déve-

(1) De la nature et de l'étendue des pouvoirs respectifs des maires, des municipalités et des préfets en matière d'hygiène et de salubrité, par le docteur A.-J. Martin (*Revue d'hygiène*, année 1885, p. 42).

(2) Séance de la Chambre du 20 juillet 1884.

©BIU Santé

oppement et la structure du repli séreux aussi bien que sur celles recueillies dans l'examen des cadavres, il montre que l'on peut observer dans le mésentère un grand nombre de tumeurs dont quelques-unes sont fort rares. Ainsi, tandis qu'il n'existe que deux observations de lymphangiomes, les kystes sont, au contraire, relativement fréquents : ce sont des kystes hydatiques, des kystes séreux qui peuvent acquérir un assez grand développement et sont probablement d'origine ganglionnaire, des kystes sanguins qui succèdent souvent à des traumatismes, et enfin des kystes dermoïdes.

Les lipomes, selon la remarque de l'auteur, sont, de tous les néoplasmes développés dans le mésentère, ceux qui atteignent les dimensions les plus considérables; la plupart naissent dans une des fosses iliaques, et M. Terrillon en a observé un du poids de 29 kilogr.; le myxo-lipome est très fréquent et la calcification a été notée.

S'il n'existe qu'une seule observation de fibrome, et encore est-elle douteuse, les cas de tumeurs malignes, surtout secondaires, sont, au contraire, très communs. Ces tumeurs sont des sarcomes et des lymphomes, et s'accompagnent presque toujours d'envahissement des organes voisins, de péritonite, d'ascite; M. Augagneur, malgré quelques cas où l'on a cru la tumeur primitive, émet des doutes sur la possibilité de la localisation d'emblée dans le mésentère.

Disons enfin que la tuberculose péritonéale, chez l'adulte, peut être assez localisée pour simuler une tumeur mésentérique, quoique l'auteur ne rapporte du reste qu'une observation de ce genre.

Si on envisage dans leur ensemble les symptômes fournis par les tumeurs mésentériques, on voit que le premier phénomène auquel elles donnent lieu est généralement la douleur, qui est souvent paroxystique et d'autant plus vive que l'accroissement de la production est plus rapide; les deux phénomènes douleur et tumeur sont contemporains dans la majorité des cas, et le lieu d'apparition le plus souvent noté est le côté droit, au niveau de l'ombilic; la mobilité existe, au début surtout, pour les kystes, mais disparaît assez vite. La fluctuation se rencontre dans les tumeurs liquides, la fausse fluctuation dans les lipomes, et ces derniers sont presque les seuls néoplasmes ayant donné une vascularisation anormale de la paroi. Comme complications, nous citerons l'ascite, les adhérences au diaphragme, l'ouverture de kystes dans la plèvre, les pleurésies du voisinage, l'obstruction intestinale, la péritonite, les vomissements incoercibles.

La marche et la terminaison varient naturellement beaucoup selon la nature de la production dont le diagnostic est souvent fort difficile. Pour M. Tillaux, une tumeur devrait être considérée comme appartenant au mésentère quand elle présente les trois signes suivants : mobilité très grande dans tous les sens, situation sur la ligne médiane, zone de sonorité à la pression en avant de la tumeur. Comme le fait justement remarquer M. Augagneur, ces signes sont surtout théoriques et, en pratique, la somme des erreurs de diagnostic est considérable.

Si, en présence d'une tumeur maligne du mésentère, il faut généralement s'abstenir de toute intervention, il n'en est pas de même pour les productions bénignes, et il existe dans les annales de la science un assez grand nombre d'opérations suivies de succès.

Les kystes ont été traités par l'ablation, l'ouverture avec drainage, la ponction capillaire, et l'auteur a réuni 14 cas, donnant 8 guérisons et 5 morts; on devra toujours commencer le traitement par la ponction capillaire, qui est d'une innocuité absolue, et ensuite, en cas d'échec, recourir à l'ablation (mort : 50 p. 100). L'ablation du lipome est aussi parfaitement justifiée, et elle doit être pratiquée le plus tôt possible, la tumeur s'accroissant continuellement et entraînant la mort dans un délai moyen de trois ans; l'opération, sur 9 cas, a donné 6 morts.

Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical, par le docteur Barette.

Les néphrites infectieuses sont caractérisées par l'existence dans le sang, dans le rein et dans l'urine albumineuse, de micro-organismes semblables à ceux que l'on trouve dans la lésion primitive. Elles peuvent se diviser en deux grandes classes : les néphrites dans les maladies chirurgicales infectieuses dans lesquelles l'agent d'infection est apporté au rein par les vaisseaux; l'auteur les décrit dans la première partie de sa thèse ; les néphrites dues à l'action sur le rein de produits infectieux dus aux maladies

des voies d'excrétion de l'urine; elles sont étudiées dans la deuxième partie du travail que nous analysons.

Le rein traversé par des éléments infectieux provenant de lésions chirurgicales, dit M. Barette, est altéré et modifié plus ou moins profondément dans sa structure et ses fonctions. Les causes déterminantes de l'altération sont la pyohémie et la septicémie, les lésions de la peau et de ses annexes (brûlures, ecthyma, furoncle, érysipèle), les lésions du squelette (inflammations osseuses de toutes causes), les suppurations pleurales, les maladies infectieuses du tube digestif, l'infection puerpérale, et enfin, au moins dans certaines conditions, les traumatismes du rein. Toutes les maladies antérieures du rein paraissent être regardées comme des causes prédisposantes, car, quand l'organe a été fortement touché, la *restitutio ad integrum* est pour le moins très douteuse.

Quelquefois il est assez délicat, cliniquement, de distinguer si la néphrite existait avant l'affection chirurgicale ou si elle a été produite par elle, et, à ce propos, nous ferons remarquer que l'auteur attache peut-être trop d'importance séméiologique au signe albuminurie; la présence de cette substance dans l'urine, il n'est point besoin d'y insister, est loin de suffire pour permettre d'affirmer une inflammation rénale. Comme l'a dit avec tant d'autorité M. le professeur Jaccoud, comme M. Barette le dit lui-même, il faut pousser plus loin l'analyse et rechercher la nature de la substance albuminoïde, la globuline n'indiquant, en effet, qu'une simple altération des substances protéiques du sang sous l'influence de la maladie aiguë. Or, l'auteur le fait du reste remarquer, un grand nombre de ses observations sont incomplètes et se bornent à mentionner une albuminurie légère sans examen bactériologique ni chimique complet, il me semble donc que, dans ces conditions, une critique peut-être un peu sévère pourrait en rejeter quelques-unes.

Après un chapitre intéressant qu'il consacre à l'étude des néphrites infectieuses que les auteurs et lui-même ont pu produire expérimentalement, M. Barette étudie l'anatomie pathologique de l'inflammation rénale qui, dans les cas spéciaux dont il a à s'occuper, paraît être, selon l'expression du docteur Labadie-Lagrave, *une décharge de bactéries*. Si certains micro-organismes circulent dans le rein sans l'altérer (bacilles du jéquirity, bactéridie charbonneuse), habituellement ils donnent naissance à des altérations inflammatoires qui revêtent deux formes anatomiques principales : 1° prédominance des phénomènes congestifs surtout dans la substance corticale, c'est la néphrite congestive de Renaut; — 2° prédominance des phénomènes de diapédèse désorganisation cellulaire et glomérulaire, irritation prolifération du tissu conjonctif, c'est la glomérulo-néphrite diffuse. Il faut noter, du reste, qu'au moment de l'autopsie, on peut rencontrer ces lésions sans bactéries, et qu'elles ne font que donc parfois « laisser leur signature ». Enfin, dans quelques cas, on observe comme lésion rénale une sorte de nécrobiose rapide des épithéliums ou, encore, les transformations graisseuse et amyloïde dont le processus semble analogue à celui des formes aiguës de néphrite infectieuse sauf la lenteur de la marche.

Etudiant ensuite les lésions du rein en particulier dans chaque affection, l'auteur montre que dans la pyohémie on rencontre la forme congestive hémorrhagique avec production d'abcès miliaire; dans la septicémie, la congestion et la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans le cas de brûlures, on observe d'abord une néphrite congestive non-bactérienne (ce qui, soit dit en passant, montre bien l'importance qu'il y a à la constatation des bacilles dans le rein, présence qui, en réalité, permet seule d'affirmer la nature de la néphrite); plus tard on rencontre, comme à la suite des furoncles, les altérations de la septicémie et de la pyohémie. Dans l'érysipèle, on observe la néphrite congestive qui peut devenir ensuite totale; les microbes, outre la voie habituelle pouvant, d'après Ivanowsky, suivre une voie ascendante absolument rare et exceptionnelle. Les ostéomyélite donnent naissance à des formes un peu spéciales; la tuberculose rénale suit les altérations tuberculeuses du squelette; et enfin l'état puerpéral produit une néphrite pyémique particulière. Les blessures du rein suppurent quand il y a introduction de micro-organismes, soit par une plaie, soit par la voie circulatoire (parasitisme latent), soit par les voies urinaires à la suite d'un cathétérisme.

©BIU Santé

Les néphrites survenant dans le cours des affections chirurgicales peuvent être latentes et très fugaces; d'une façon générale, on peut admettre deux types cliniques : la forme aiguë et la forme lente qui est habituellement la continuation d'une altération aiguë. La douleur est fréquente, spontanée ou réveillée seulement par la palpation au niveau de la douzième côte, les œdèmes sont rares dans les formes aiguës, et ne se voient guère qu'à la dernière période des chroniques, enfin des symptômes d'urémie sont peu observés. La quantité d'urine est toujours diminuée, sa réaction acide et l'hématurie est un signe fréquent et de la plus haute importance. Pour la recherche de l'albuminurie, M. Barette recommande l'emploi du réactif de Tanret, qui nous semble, au contraire, offrir de nombreux désavantages, et termine ce chapitre en insistant sur l'importance de la recherche bactériologique.

Après avoir étudié les symptômes que l'on rencontre dans chacune des maladies qui peuvent causer l'inflammation du rein, et établi que cette dernière, surtout dans sa forme congestive et hémorrhagique, aggravait toujours le pronostic, l'auteur pose les indications thérapeutiques : il faut, comme prophylaxie, empêcher autant que possible la lésion chirurgicale de devenir une source septique; il faut, la néphrite une fois déclarée, recourir au régime lacté, aux révulsifs cutanés, et dans l'inflammation suppurée du rein faire une large néphrotomie.

Les néphrites infectieuses ascendantes forment cette classe d'altérations du rein qui sont contemporaines ou consécutives à l'introduction, dans sa substance, de micro-organismes pathogènes provenant des voies inférieures de l'urine. Trois grands éléments étiologiques les dominent : les parasites, la stase urinaire, l'inflammation. Il en résulte que si la cause directe principale est l'importation microbienne (organismes de l'urine décomposée, gonococci, bacilles tuberculeux), les causes indirectes seront toutes les maladies des voies urinaires s'accompagnant de stase ou d'inflammation : rétrécissements de l'urèthre, hypertrophie de la prostate, pièrre et corps étrangers de la vessie, etc., etc.

Après avoir rapporté des observations et des expériences dont plusieurs personnelles, l'auteur recherche comment les micro-organismes peuvent gagner le rein.

En premier lieu les expériences de Guiard le prouvent « presque malgré lui », les bactéries peuvent progressivement prendre la marche ascendante ; l'ascension est favoris par la stagnation, mais peut cependant se faire sans elle et le développement a lieu dans l'urine rénale qui lors de la suppuration est alcaline : les lésions se produisent ensuite. Enfin, comme le pus ne naît pas spontanément dans un organe qui se congestionne, peut-être dans certains cas y a-t-il altération du rein par les microbes de l'urine amenés par la voie circulatoire.

Les lésions infectieuses commencent manifestement avec la suppuration et l'évolution anatomique passe par quatre périodes : 1° dilatation simple, non infectieuse ; 2° dilatation et pyélite ; 3° dilatation ou inflammation avec lésions rayonnantes des pyramides ; 4° glomérulo-néphrite. Abcès miliaire. — La néphrite tuberculeuse est le plus généralement bilatérate et, depuis les recherches de Baumgarten et de Durand-Fardel il est prouvé qu'elle débute souvent par l'implantation des bacilles dans les glomérules.

Les symptômes diffèrent selon que la marche de l'affection est chronique ou aiguë. Dans le premier cas les principaux symptômes sont la douleur rénale, la polyurie, trouble caractéristique pour Guyon de l'altération suppurative, et la fièvre urineuse lente ; la ligne thermique, dont la moyenne dépasse de quelques dixèmes de degré à un degré la moyenne normale, est interrompue de distance en distance par des poussées fébriles. La langue est toujours sèche, rouge à la pointe et aux bords et souvent il y a des diarrhées intermittentes, la durée moyenne de la maladie abandonnée à elle-même ne dépasse guère deux ans.

La forme aiguë est caractérisée par des frissons et des vomissements bilieux survenant brusquement, une fièvre continue à accès intermittents, de l'urine purulente et souvent des complications pyohémiques ; la mort rapide est fatale.

Le diagnostic de la forme chronique, si important au point de vue de la nature des opérations à pratiquer sur les voies urinaires et de leur pronostic, est facilité par l'examen des urines, et on peut, d'après M. Guyon, affirmer son existence, lorsqu'une

©BIU Santé

urine laiteuse contenant un fond purulent et versée dans plusieurs verres au moment de la miction, laisse dans chacun un dépôt identique.

Tout d'abord comme traitement prophylactique, il faudra combattre la stagnation urinaire, et ne pratiquer que des cathétérismes rigoureusement antiseptiques ; la maladie une fois développée, on donne à l'intérieur des substances qui, passant par le rien, combattront directement les microbes. Nous sommes bien désarmés devant cette dernière indication et nous citerons seulement la glycérine qui, administrée par Guiard à la dose de 80 à 100 grammes par jour, a donné des résultats meilleurs que ceux obtenus avec l'acide benzoïque ou l'acide borique.

Paul Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Des causes qui rendent difficile la réduction des luxations de la mâchoire inférieure. — Rapport sur un cas d'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel. — Torsion et rupture du pédicule des kystes de l'ovaire. — Ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Présentation de malades : section complète des tendons extenseurs de la main, suture tendineuse, rétablissement presque complet des mouvements ; — hyperostose diffuse des os du crâne d'origine traumatique.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Farabeuf met sous les yeux de ses collègues plusieurs pièces et plusieurs dessins destinés à montrer le rôle prépondérant que jouent suivant les cas tantôt l'accrochement sous-malaire du bec coronoïdien, tantôt le contact rétro-malaire du bord coronoïdien convexe, tantôt enfin, la tension des ligaments postérieurs, dans les difficultés qu'éprouve le chirurgien à opérer la réduction des luxations de la mâchoire inférieure.

Cette communication donne lieu à une nouvelle discussion à laquelle prennent part M. Le Dentu qui se rallie à la théorie *ligamenteuse*, convaincu par les pièces de M. Farabeuf lui donnant l'explication de certains faits de sa pratique, M. Tillaux qui reste fidèle à la théorie exclusive de l'action musculaire, et M. Desprès qui admet, suivant les cas, l'influence de la tension ligamenteuse et l'influence de l'action musculaire.

— M. Chauvel, secrétaire général, donne lecture de deux observations adressées par M. le docteur Heurtaux, membre correspondant à Nantes. La première est relative à un cas de torsion du pédicule d'un kyste ovarique.

Ce pédicule était tordu comme si la tumeur avait éprouvé un mouvement de rotation lui faisant accomplir deux ou trois tours complets. A la face interne de la paroi du kyste, on remarquait une quantité de petits pertuis d'où l'on voyait sourdre, à la moindre pression, du sang pur. Il semblait que sous l'influence de l'étranglement causé par la torsion du pédicule, les vaisseaux de la paroi, distendus outre mesure, avaient éprouvé de petites ruptures à travers lesquelles le sang s'était épanché dans la cavité du kyste. M. Heurtaux rattache à la rotation axile du kyste les atteintes de péritonite précoces éprouvées par la malade avant l'opération, sans cause appréciable, et qui ont eu pour conséquence des adhérences totales de la tumeur avec les parties voisines ; cette rotation, faisant l'effet d'une ligature appliquée sur le pédicule et s'opposant à la libre circulation dans les veines, a également causé la congestion des parois kystiques et l'hémorrhagie qui s'est produite dans la cavité.

La deuxième observation de M. Heurtaux se rapporte à un cas de *rupture* complète du pédicule, accident rare qui amène presque toujours une mort rapide par gangrène du kyste et péritonite suraiguë ; très rarement le kyste continue de vivre, et cette éventualité n'a été observée qu'exceptionnellement. Dans l'observation de M. Heurtaux, le kyste a continué de vivre après la rupture du pédicule, grâce à des adhérences provenant de la partie inférieure du mésentère.

©BIU Santé

L'auteur, recherchant la cause de ces ruptures du pédicule, n'admet pas l'opinion qui attribue uniquement la rupture à la torsion de ce pédicule. Il n'est point rare, dit-il, d'observer des tumeurs pédiculées dont les connexions deviennnent de plus en plus grêles, dont le pédicule s'amincit graduellement jusqu'à se rompre, sans qu'on puisse mettre cette évolution sur le compte d'une rotation axile. Un kyste de l'ovaire peut bien subir des pressions, des tractions, éprouver un changement de rapports qui amènent l'allongement et l'amincissement du pédicule jusqu'à déterminer sa rupture sans que la torsion intervienne. Lorsqu'il existe une autre tumeur, celle-ci est bien capable d'exercer une action de cette nature. La rupture du pédicule par simple tiraillement sans torsion, explique aussi très bien comment les adhérences préalables respectées peuvent dans certains cas suffire à la nutrition de la tumeur et empêcher la gangrène.

— M. Terrier fait un rapport sur un cas d'imperforation de l'hymen, avec rétention du sang menstruel, observé par le docteur Defontaine, médecin en chef du Creusot (Saône-et-Loire).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui, lorsqu'elle fut amenée, le 23 août 1885, à M. Defontaine, avait depuis huit jours des douleurs et des pesanteurs du côté du rectum. Le toucher rectal permit de s'assurer qu'il existait en avant du rectum une masse arrondie, tendue, non fluctuante, remontant très haut dans le bassin. La vulve était oblitérée par une membrane non distendue, reposant sur un plan dur constitué par la tumeur. Ventre un peu gros, non douloureux, sauf à la pression, pas de tumeur abdominale distincte au palper.

Séance tenante, une ponction aspiratrice, pratiquée probablement à travers l'hymen, permet de retirer un litre de sang couleur chocolat. La malade fut soulagée; mais, douze jours après la ponction, la poche avait repris ses dimensions primitives.

M. Defontaine se décida alors à pratiquer la section de le membrane hymen. Il fit une incision dans le sens antéro-postérieur, puis deux incisions latérales pour faciliter l'évacuation du sang.

Le liquide qui s'écoula était constitué par du sang mêlé à une certaine quantité de pus qui lui donnait par parties une coloration blanchâtre.

L'évacuation faite, injection vaginale avec une solution de sublimé au millième; compresses imbibées de la même solution sur la vulve.

La malade retourne le même jour chez elle; elle a quelques vomissements le soir et le lendemain de l'opération, sans doute dus à l'anesthésie par le chloroforme.

On continue les injections vaginales au sublimé trois fois par jour. Elles font sortir du pus et du sang, au dire de la mère; elles sont douloureuses, et pendant plus de deux mois l'introduction de la canule dans le vagin est pénible.

Trois semaines après l'ouverture de l'hymen, l'écoulement sanguinolent fait place à un suintement muco-purulent qui dure trois ou quatre semaines et se continue par un écoulement glaireux, albumineux. Ces divers écoulements furent toujours un peu fétides.

Le ventre, d'abord un peu douloureux, diminue de volume et redevient normal, il n'y a plus que des accidents fébriles modérés, accusés surtout le soir.

Un mois après l'opération, M. Defontaine pratique le toucher vaginal qui est douloureux. Les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur sont remplis, si bien que l'auteur se demande s'il avait affaire à une hématocèle rétro et péri-utérine ou bien à une cellulite péri-utérine.

A la fin d'octobre, deux mois après l'opération, la malade se lève et sort, les règles deviennent régulières, mais elles sont un peu douloureuses.

Le 28 décembre 1885, M. Defontaine examine la malade et constate une sensibilité assez grande du ventre, au-dessus du pubis; le toucher rectal ne donne rien d'anormal; le toucher vaginal montre le col attiré vers le cul-de-sac latéral droit; la paroi latérale droite du vagin offre au-dessous du col une bride en forme de croissant horizontal à concavité gauche qui semble embrasser le col; une autre bride saillante, transversalement située, réunit le col à la paroi gauche du vagin et remplace le cul-de-sac correspondant. Les parois vaginales sont peu souples, et toute impulsion communiquée à

l'utérus provoque une vive douleur. Pas de rétrécissement de l'orifice vulvaire; persistance de flueurs blanches glaireuses entre les règles, un peu de brûlure en urinant.

En résumé, la rétention des règles par l'hymen n'a pas amené, dans ce cas, de dilatation de l'utérus. L'intervention chirurgicale, par suite de l'absence de précautions antiseptiques rigoureuses, paraît avoir provoqué la suppuration et la fétidité des liquides évacués.

Quant au gonflement des culs-de-sac et aux brides actuellement existantes, M. le rapporteur croit devoir, avec l'auteur lui-même, les attribuer à une pelvi-péritonite péri-utérine, bien plutôt qu'aux restes d'nne hématocèle péri-utérine en voie de résorption au moment du dernier examen de la malade.

L'observation de M. Defontaine, dit M. le rapporteur en terminant, est fort intéressante en ce sens qu'elle explique bien des accidents observés par les anciens auteurs, accidents d'inflammation et même de péritonite, et qui ne sont dus qu'au manque de précautions antiseptiques rigoureuses.

— M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux, lit une observation d'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. (Comm. : MM. Tillaux, Desprès et Peyrot, rapporteur.)

— M. Terrillon présente un jeune garçon auquel il a pratiqué avec succès la suture de tous les tendons des muscles extenseurs de la main, y compris les tendons des extenseurs du pouce, qui avaient été complètement sectionnés à la suite d'une blessure. Il a fallu, pour aller à la recherche des extrémités supérieures des tendons rétractés, pratiquer une incision verticale de 7 centimètres de longueur. La suture de tous les tendons a été pratiquée après résection régulisatrice des extrémités sectionnées. Aujourd'hui, les mouvements sont à peu près complètement rétablis, avec une certaine indépendance des mouvements de l'index et du médius. Il n'y a pas eu de suppuration.

M. Berger rappelle qu'il a fait, il y a quelque temps, une opération analogue; la cicatrisation a eu lieu par première intention et les mouvements se sont rétablis.

— M. Poulet (du Val-de-Grâce) présente un malade atteint d'hyperostose diffuse des os du crâne d'origine traumatique. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, engagé volontaire au 3e régiment de spahis, qui avait reçu, à l'âge de 3 ans, un coup de pied de cheval au front, un peu au-dessus de la région orbitaire droite.

Il y a deux ans et demi environ, le malade s'aperçut d'une tuméfaction de la partie antérieure et supérieure de la tête, au-dessus du front. Peu à peu, ce gonflement augmenta et s'étendit à toute la partie droite de la tête sans provoquer aucune gêne, aucune douleur. L'iodure de potassium pris avec une grande persévérance n'a pu empêcher les progrès incessants de la tumeur. Puis le malade a perdu la vue de l'œil droit et, aujourd'hui, celle de l'œil gauche commence à se perdre à son tour. Les os envahis sont : le frontal, les deux pariétaux, le temporal droit et une partie de l'écaille de l'occipital. La dureté du néoplasme, ses rapports avec les os, l'absence de douleur permettent de penser à une tumeur développée primitivement dans les os. La lenteur de l'évolution, l'indolence différencient l'affection d'un sarcome ou d'un fongus. L'intégrité à peu près absolue des facultés, de la motilité et de la sensibilité autorisent à croire que cette tumeur n'a pas de prolongements intra-crâniens.

M. Poulet incline à penser qu'il s'agit ici d'une affection caractérisée par des troubles trophiques. Il se demande s'il ne serait pas possible, en trépanant la région sus-orbitaire, siège d'une ancienne fracture et point de départ de tous les accidents, d'obtenir une modification dans la nutrition, arrêter le processus hyperostosique avec toutes ses conséquences. Sans préjuger les résultats d'une semblable intervention, on peut du moins affirmer qu'avec les précautions convenables, elle serait peu dangereuse.

M. Terrier a observé deux cas analogues; il pense que toute intervention serait inutile.

A. T.

©BIU Santé

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES EXCORIATIONS DU MAMELON. — Pinard.

Acide borique	3 grammes.
Eau distillée	100 —

Faites dissoudre. — Dès qu'une excoriation du mamelon s'est produite : érosion, plaie, gerçure ou crevasse, on applique sur le sein des compresses imbibées de la solution d'acide borique. On dispose par dessus un morceau de taffetas gommé ; sur le taffetas, une couche de ouate; et le tout est maintenu à l'aide d'un bandage de corps. — Ce pansement a pour effet de diminuer rapidement la douleur et l'inflammation et de permettre à la nourrice de continuer l'allaitement. L'acide borique mérite d'être préféré au sublimé, parce qu'il n'est pas toxique, et à l'acide phénique, parce qu'il n'exhale pas d'odeur désagréable. — N. G.

COURRIER

ECOLES MUNICIPALES D'INFIRMIÈRES. — Les cours de l'Ecole d'infirmières de la Pitié, 1, rue Lacépède, ont recommencé lundi 11 octobre, à huit heures du soir, et les cours de l'Ecole de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital) le mardi 12 octobre, à la même heure. Ces cours sont publics et gratuits. On s'inscrit au bureau de la Direction des deux hôpitaux, le matin, de neuf heures à midi.

L'enseignement, dirigé par M. Bourneville, comprend les cours suivants : 1° à la Pitié : Anatomie, M. le docteur Ch. Petit-Vendol; physiologie, M. le docteur P. Regnard; pansements, M. le docteur P. Poirier; hygiène, M. le docteur Gilles de la Tourette; soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le docteur Maygrier; administration et comptabilité hospitalières, M. Girard; petite pharmacie, M. Yvon. — 2° à la Salpêtrière : administration, M. Le Bas; anatomie, M. le docteur Gautiez; physiologie, M. le docteur P. Regnard; pansements, M. le docteur P. Poirier; soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le docteur P. Budin; hygiène, M. le docteur Ch. Féré; petite pharmacie, M. Yvon.

Les cours de l'École de Bicêtre ont repris le 12.

Nous ne saurions trop engager les dames qui aspirent aux fonctions d'hospitalières ou exerçant la profession de garde-malades, et aussi les mères de famille qui désirent apprendre à bien soigner leurs malades, à suivre ces cours, complétés par des exercices pratiques.

— Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publications périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Brown-Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du Journal.

LA COMPOSITION même du *vin de Bayard* à la peptone *phosphatée* explique les bons résultats qu'on en obtient dans le traitement de la phthisie; par son sel calcaire, il contribue à enrayer la caséification des tubercules et leur désagrégation finale pour les transformer en tissu fibro-calcaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Victor de Britto : Note sur deux cas d'accidents après l'opération de la cataracte. Emploi des injections de sublimé. Guérison. — III. Thérapeutique : La Pancréatine dans l'économie, après son arrivée par la voie stomacale. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

LA SECONDE SESSION DU CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Personne ne niant le succès du nouveau Congrès, il n'y a qu'à faire comme M. le professeur Ollier, président de la session actuelle, et à le constater. Peut être a-t-on eu quelques inquiétudes à ce sujet l'année dernière, et quand M. Demons (de Bordeaux) a pris l'initiative de la fondation d'un Congrès de chirurgie français, a-t-on craint de rencontrer de grandes difficultés dans son organisation ; ces craintes et ces inquiétudes n'ont pas été de longue durée. Des adhésions nombreuses sont venues de tous les points de la France, on s'est mis immédiatement à l'œuvre, et grâce au zèle de la commission d'organisation et de son secrétaire M. Pozzi, statuts, programmes, dates, lieu, etc., du nouveau Congrès, étaient rapidement fixés. La première session a été si bien remplie que les ordres du jour de onze séances ont à peine permis d'épuiser la liste des communications annoncées.

C'est ce que M. Ollier a rappelé lundi dernier dans son discours d'inauguration, en rendant à Pozzi, devenu secrétaire général, toute la justice qui lui est due pour la part active qu'il a prise dans la réussite des deux premières sessions.

La seconde commence sous les meilleurs auspices ; M. Le Royer, président du Sénat, siégeait à la droite de M. Ollier, et M. Zévort, recteur de l'Académie de Paris, représentait M. le Ministre de l'instruction publique ; sur l'estrade siégeaient en outre un grand nombre de professeurs de la Faculté et de chirurgiens étrangers : MM. Reverdin (de Genève), Thiriar (de Bruxelles), Plum (de Copenhague), Blanc (de Bombay), Severeanu (de Bucharest), etc.

Mais l'institution nouvelle était-elle bien nécessaire ? M. Ollier répond par l'affirmative, et ce n'est pas moi qui le contredirai. La pensée qui a présidé à la fondation de notre Congrès est la même que pour toutes les institutions du même genre : l'avancement de la chirurgie par les efforts communs des chirurgiens français. Les congrès internationaux ont un but et un programme plus vastes, et ne répondent pas à la même idée : c'est encore certainement le progrès des sciences médicales qu'on cherche, mais le moyen ne peut être le même ; la diversité des langues s'oppose aux discussions, souvent utiles lorsque les questions traitées sont encore controversées, — et c'est bien le cas pour la chirurgie actuelle, — et on doit forcément réserver les débats contradictoires pour les congrès comme le nôtre, où une seule langue est parlée.

Sans doute, il serait puéril de nier les progrès réalisés en chirurgie, mais il en reste encore beaucoup à faire, et ici nous abordons la partie principale du discours de M. Ollier.

Les progrès qui restent à réaliser sont surtout relatifs à l'hygiène hospitalière et au traitement des malades ; on peut en juger par l'amélioration

©BIU Santé

des statistiques, qui assurément ont beaucoup gagné déjà depuis l'époque où M. Ollier étudiait dans nos hôpitaux de Paris, mais qui sont encore loin d'être parfaites et même satisfaisantes. Mais d'où dépend ce progrès ? Du personnel et des institutions : l'un, composé de chirurgiens nombreux, tout à fait supérieurs comme instruction, comme habileté professionnelle, comme sens chirurgical ; les autres, tout à fait insuffisantes. Les concours n'ont jamais attiré plus de concurrents ni révélé plus de talents sérieux, mais les services hospitaliers nécessaires pour les développer, pour leur donner cette consécration que la pratique journalière donne seule, ces services manquent, et ceux qui pourraient les occuper si utilement lorsqu'ils sont jeunes et pleins d'ardeur, n'y arrivent que lorsqu'ils sont âgés, désillusionnés, et peut-être un peu brouillés avec cette instruction si solide acquise dans la préparation du concours.

Cette lacune de nos institutions chirurgicales a été tracée de main de maître par M. Ollier, qui a essayé ensuite, avec toute l'autorité que lui donne sa haute autorité universitaire et scientifique, d'indiquer les moyens d'y remédier.

Le remède, l'éminent professeur de Lyon croit qu'il réside dans la décentralisation. Il voudrait voir les jeunes chirurgiens, qui ont donné des preuves de leur savoir et de leurs aptitudes dans les concours, occuper dans les villes de province des situations que la capitale ne peut leur donner. Mais on a en France, à l'endroit des villes de province, un préjugé qu'on n'a pas à l'étranger et que M. Ollier voudrait combattre. En Allemagne, par exemple, les jeunes savants ne dédaignent pas d'aller passer quelques années dans les petites universités secondaires, bien loin de Berlin, et souvent plus ils vont loin, plus ils ont de chance de passer vite d'une université à l'autre et d'arriver rapidement à une chaire de l'université la plus enviée.

En France, malheureusement, il faudrait réformer toutes nos institutions universitaires pour en arriver à réaliser ce qui se passe chez nos voisins ; les écoles secondaires et les facultés de province n'ont aucune analogie avec les universités allemandes ; tout au plus voit-on un professeur passer d'une faculté de province à une autre faculté de province ; un professeur d'école secondaire n'a guère de chance de devenir professeur de faculté, et les professeurs de province n'en ont aucune de venir occuper une chaire à Paris.

Et puis, ce n'est là qu'un côté de la question, le côté de l'enseignement ; en supposant que les agrégés pussent trouver des débouchés dans les Facultés de province, comment les chirurgiens trouveraient-ils à exercer leur art ? Auraient-ils, par cela même qu'ils arriveraient dans une ville éloignée de Paris, un service à l'hôpital ? Nullement, puisqu'à Nancy, à Lyon, à Montpellier, des professeurs de médecine opératoire ou de pathologie externe n'ont pas de service. Le remède ne serait donc pas tout entier dans cette voie. Il serait plutôt, croyons-nous, dans la réalisation d'une idée qui a été émise déjà bien des fois dans ce journal, d'une idée chère à tous les jeunes chirurgiens, et à laquelle se sont ralliés déjà un certain nombre de leurs anciens ; à savoir, le dédoublement des services de chirurgie. Faites d'un service de 120 lits et plus deux services de 60 lits, et vous verrez bénéficier de cette mesure, en première ligne, le traitement des malades, et ensuite l'enseignement des maîtres et l'instruction des élèves.

En terminant, M. Ollier a abordé la question de la spécialisation en chi-

rurgie, qu'il approuve pleinement, non pas, dit-il, s'il s'agit de ces spécialistes qui, à peine sortis des bancs de l'école, choisissent un petit coin rétréci de l'art, qu'ils exploitent, mais de ceux qui, après avoir acquis une instruction générale excellente et approfondie, se consacrent plus spécialement à l'étude d'une partie de la chirurgie. Il y a, en effet, comme l'a très bien dit notre savant maître, des spécialités nécessaires; les progrès de la chirurgie ouvrent maintenant de nouveaux champs si vastes et si nombreux, qu'on arrive presque fatalement à se spécialiser. La division du travail s'impose, parce qu'on ne peut plus embrasser toute l'étendue de la chirurgie, et il faut plutôt encourager cette tendance, qui a fait à l'étranger des praticiens émérites, qui nous ont surpassés depuis quelque temps en certains points de la médecine opératoire; nous arriverons ainsi à faire cesser cette suprématie momentanée qui nous a rendus les tributaires des chirurgiens étrangers.

Il y a aujourd'hui trois siècles qu'Ambroise Paré mettait la dernière main à ses œuvres immortelles et que la chirurgie française était créée; depuis trois siècles, elle a toujours tenu la tête du progrès; espérons que, grâce au Congrès français de chirurgie, le quatrième siècle qui commence verra encore nos compatriotes donner l'exemple aux chirurgiens des autres nations.

L.-H. PETIT.

Note sur deux cas d'accidents après l'opération de la cataracte. Emploi des injections de sublimé. Guérison.

Par le docteur Victor DE BRITTO.

Les études sur l'antisepsie oculaire, réalisées dernièrement, prouvent jusqu'à l'évidence que la cause principale, peut-être unique, de la suppuration après l'opération de la cataracte, réside dans le manque de moyens antiseptiques rigoureusement appliqués.

Toutes ces études convergent vers un point capital, la preuve que la suppuration après l'opération de la cataracte doit être impossible, si l'habileté opératoire est accompagnée d'une parfaite antisepsie.

Tout récemment M. Warlomont, adepte dévoué de l'antisepsie, sincèrement convaincu de son influence incontestable en chirurgie oculaire, a émis sur ce sujet la proposition suivante : « Le jour est donc venu où le succès d'une extraction de cataracte ne sera plus soumis qu'à deux facteurs : l'antisepsie et l'habileté manuelle. »

Qu'il me soit, cependant, permis de faire une observation.

Croit-on que ces deux facteurs, l'habileté opératoire et l'antisepsie immédiate, c'est-à-dire celle que l'on pratique pendant l'acte de l'opération, suffisent toujours pour garantir le succès de la cataracte?

Certainement non.

Il y a des circonstances inhérentes aux opérés, capables de produire des accidents consécutifs, la suppuration même, après les opérations les plus habilement pratiquées, d'après les règles de la meilleure antisepsie.

Déjà M. Chibret, dans un intéressant travail sur *l'Infection de l'œil, ses causes, et son traitement*, publié dans le troisième numéro des Archives d'ophthalmologie de 1885, mentionne les affections des voies lacrymales, les dacryocystites, comme cause fréquente de l'infection de l'œil.

Ce n'est pas de ces cas que je veux parler, d'autant plus que je ne crois pas qu'il soit difficile de reconnaître, après un examen un peu scrupuleux, la plus légère dacryocystite, qui, elle seule, suffit pour contre-indiquer l'opération de la cataracte, l'antisepsie réalisée dans de telles conditions étant simplement éphémère et illusoire.

Je voudrais m'occuper des coups que peut recevoir l'œil opéré, ayant comme conséquence l'ouverture des bords de l'incision, qui sera transformée en une plaie contuse,

©BIU Santé

et du dérangement de l'appareil, qui peut être suivi de l'exposition du globe oculaire au contact des agents extérieurs.

Ce sont là des causes très propres à faire naître la suppuration de l'œil.

Autrefois ces accidents-là auraient eu irrémédiablement comme épilogue l'infection de la plaie et toutes ses conséquences.

Aujourd'hui, grâce aux injections de sublimé, méthode que M. Chibret a, le premier, employée, avec des résultats qui ont fait le sujet de son important travail, on peut, soit tarir la suppuration qui s'est déjà manifestée, soit l'empêcher d'apparaître lorsqu'elle est imminente.

Les deux observations suivantes prouvent ce que je viens d'avancer.

Obs. I. — Au mois de juillet de 1885, j'ai été appelé auprès de Mme M. G. da Silva, de 65 ans, demeurant à Pelotas. Cette dame avait une cataracte sénile complète des deux côtés, avec perception lumineuse à 6mm et intégrité du champ visuel.

Elle a une bronchite, depuis vingt ans, avec de forts accès de toux pendant la nuit.

Une forte névralgie du trijumeau qui la condamne à des souffrances horribles de temps en temps, une dyspepsie avec des vomissements qui se répétaient souvent, surtout depuis une gastro-entéro-colite, qu'elle a eue tout récemment, complétaient le tableau pathologique.

La toux, avec des quintes violentes au soir, m'a obligé d'ajourner l'opération dans l'espoir de la voir céder à une médication énergique.

Vingt jours après, l'œil gauche présentait une injection de la conjonctive, quelques douleurs, et me paraissait un peu plus dur que le droit.

Comme la bronchite avait cédé un peu, craignant la production d'un glaucome, je résolus de pratiquer une iridectomie et d'ajourner l'extraction du cristallin.

L'opération a été réalisée avec l'anesthésie cocaïnique.

Le lendemain la malade eut des vomissements qui se répétèrent les quatre jours suivants, sans que l'œil opéré en souffrît aucunement.

Le 15 août. — Je pratiquai l'extraction de la cataracte qui s'est terminée sans le moindre accident.

L'état d'anxiété de la malade, qui à chaque instant me déclarait que la toux allait reparaître, et la crainte, de ma part, de laisser s'écouler une portion du corps vitré, m'obligea de laisser incomplète la toilette de la chambre antérieure, qui contenait encore des masses corticales. Le pansement a été levé seulement au bout de quarante-huit heures.

L'opérée accusait des picotements au grand angle qui me déterminèrent à examiner le globe de l'œil, après avoir eu soin d'irriguer les paupières et les conjonctives, avec une solution de sublimé à 1/2.000.

Il y avait du chémosis, le champ pupillaire était occupé par des masses corticales, la chambre antérieure bien reconstituée.

Le 17. — Mme da S. déclara que les picotements continuaient. Ce pansement était sec ; le chémosis persistait ; la cornée était transparente ; les bords de la plaie étaient rouges et la chambre antérieure normale.

Le 20, il n'y eut rien à noter de nouveau.

Le 21 au matin Mme da S. m'accueillit par ces mots : « Docteur, tout est perdu, j'ai l'œil abimé. »

Elle me raconta que, outre la toux et les vomissements qui avaient été intenses pendant la nuit, elle s'était donné un coup sur l'œil avec la tresse de ses cheveux.

La contusion avait été suivie de douleurs violentes qui cédèrent un peu au matin.

En examinant l'œil, j'observai uniquement de nouveau un fort larmoiement.

N'ayant rien noté de plus (il faut remarquer que l'indocilité de la malade ne me permettait pas de bien écarter les paupièrss), j'ai même supposé qu'il y avait quelque exagération de la part de la malade, malgré la confirmation de l'infirmière.

Le 22. — Les douleurs étaient plus intenses. L'examen de l'œil me révéla l'état suivant : le chémosis était plus prononcé ; la cornée était trouble, surtout dans son tiers

supérieur ; les bords de la plaie avaient une couleur jaune qui s'avançait jusqu'à 3 millimètres en dessous, plus accentuée du côté des angles ; la chambre intérieure était très réduite et la pupille couverte de sang.

Après avoir prescrit un purgatif et des frictions d'onguent napolitain, à la dose de 3 grammes, je commençai l'emploi des injections de sublimé comme il suit :

Avec une seringue d'Anel, pleine de la solution à 1/2,000, je faisais tomber un jet fort sur la plaie, de manière à le faire pénétrer dans la chambre antérieure et à imprégner le tissu cornéen.

Pendant l'opération, la malade, qui avait l'œil cocaïnisé, devait regarder directement en bas. Des instillations d'ésérine et l'appareil modérément serré complètement l'opération. Trois injections ont été pratiquées.

Le 23. — Le sang avait un peu diminué ; le chémosis était moins fort et les douleurs moins intenses.

On pratiqua quatre injections. Instillation d'ésérine et continuation de la pommade mercurielle.

Le 24. — La cornée était moins opaque, la couleur jaune des bords de la plaie avait sensiblement diminué, et commençait à être remplacée par une couleur rose. Le sang se résorbait notablement ; les douleurs étaient très faibles et le chémosis très réduit. Deux injections seulement ont été faites, et ce nombre a été continué les jours suivants.

A partir de ce jour, les améliorations s'accentuèrent de plus en plus.

Le 31. — L'œil se trouvait dans les meilleures conditions. Une taie de 3 millimètres de largeur s'étendant d'un angle à l'autre de l'ancienne plaie occupait la partie supérieure de la cornée. La cataracte secondaire présentait en haut et en dedans une surface de 2 millimètres beaucoup plus transparente.

La malade comptait les doigts à 1 mètre. L'acuité visuelle a rapidement atteint un dixième. Un mois après, j'ai pratiqué la discision, et Mme da S... s'est retirée avec v = 1/3 sans correction de l'astigmatisme. Il faut remarquer que, dans cet intervalle, je réalisai l'extraction de la cataracte à droite, qui a très bien réussi.

Au moment de son départ, vingt-cinq jours après l'opération, Mme da S... avait une acuité visuelle égale à un demi de ce côté.

Obs. II. — M. J.-M. G..., 68 ans, professeur de musique à la ville de Rio-Grande du Sud, entre dans ma clinique le 3 novembre 1885. L'œil droit a une cataracte commençante ; l'œil gauche une cataracte sénile complète avec bonne perception lumineuse et intégrité du champ visuel.

Après l'anesthésie cocaïnique, je pratiquai l'extraction combinée le 5 novembre.

Il s'agissait d'une cataracte morgagnienne. Après la kystitomie, la chambre antérieure a été envahie par les masses fluides qui se précipitèrent dans l'ouverture cornéenne.

L'évacuation a été complète, la pupille devenant complètement noire Le pansement a été retiré quarante-huit heures après. La rondelle était sèche. Pas de douleur.

Après avoir remis l'appareil, le malade me dit qu'il souffrait, depuis longtemps, d'insomnies et d'*attaques nerveuses très fortes, principalement pendant la nuit, attaques qui le faisaient tomber du lit, lui produisant parfois de fortes blessures.*

Le malade était probablement un épileptique.

Devant une telle déclaration, il est facile de comprendre quelles ont été mes appréhensions.

Avec 3 grammes de chloral, le malade a bien dormi.

Le quatrième jour après l'opération, j'ai été surpris par le dérangement de l'appareil (qui était appliqué sur les deux yeux). L'œil opéré était découvert. Le lit était en désordre. Alors M. G... me déclara qu'il avait eu pendant la nuit une de ses attaques habituelles.

En examinant le globe oculaire, voici ce que j'ai noté : Trouble de la cornée ; point de chambre antérieure ; les lèvres de l'incision ouvertes ; enclavement de la capsule. Le malade accusait des douleurs.

Devant cet état, je n'hésitai pas un seul moment. L'opéré avait passé une partie de

la nuit sans appareil, la plaie exposée à l'action des agents extérieurs. Il fallait empêcher l'infection qui ne pouvait manquer de se manifester.

Des injections de sublimé à 1/2000e ont été employées, avec instillations d'ésérine, de quatre en quatre heures. La potion au chloral fut continuée. Le malade passa bien la nuit.

Le lendemain, il ne se plaignait pas, la cornée était encore trouble; la chambre antérieure commençait à se rétablir. Rien d'anormal aux bords de la plaie.

Continuation des injections et de l'ésérine. Le sixième jour après la première injection, la cornée était presque transparente; la chambre antérieure rétablie; les bords de l'incision, rougeâtres, étaient bien réunis. Restait l'enclavement capsulaire.

M. G... quitta la clinique, seize jours après l'opération, satisfait du résultat obtenu.

Il y a deux mois, j'ai reçu une lettre où il me déclare qu'il peut lire couramment le journal avec des lunettes prescrites par un opticien de la ville.

THÉRAPEUTIQUE

La Pancréatine dans l'économie, après son arrivée par la voie stomacale

Par M. Th. Defresne.

Dans le compte rendu des travaux de la section des sciences médicales au Congrès de Nancy, nous n'avons donné que l'énoncé d'une communication de M. Defresne sur la Pancréatine, nous réservant de revenir sur ce sujet. Voici le résumé de cette communication.

La pancréatine, on le sait, agit à la fois sur tous les aliments; elle ne doit pas ses propriétés multiples à un seul ferment, mais à trois ferments solubles distincts :

La trypsine, qui peptonise l'albumine:

L'amylopsine, qui saccharifie l'amidon;

La stéapsine, qui émulsionne et dédouble les corps gras.

Si l'on considère les remarquables propriétés du suc pancréatique, on conçoit que l'on ait songé à utiliser la pancréatine en thérapeutique; mais le suc pancréatique n'agit dans l'intestin grêle, que dans un milieu neutre ou à peine acide; il convient donc de se demander ce que devient la Pancréatine avant ou après son séjour dans le suc gastrique pur, qui contient environ 1 gr. 50 d'acide chlorhydrique par litre, et dans le suc gastrique mixte, obtenu par l'expression du chyme, dont l'acidité est plus forte, mais non plus de même nature, puisqu'il contient les acides lactique, sarcolactique, tartrique, etc., que l'acide chlorhydrique a mis en liberté dans les aliments, tout en se neutralisant lui-même.

Pour étudier la question dans ce second cas, nous nous sommes procuré le chyme sur nous-mêmes, après deux, trois et quatre heures de digestion, et nous avons vu que la Pancréatine laissée pendant deux heures à l'étuve, au milieu de ce suc gastrique mixte, avait complètement conservé son pouvoir de peptoniser l'albumine, de saccharifier l'amidon, de dédoubler les corps gras, à la condition toutefois de neutraliser le milieu de la digestion.

Si donc la Pancréatine est administrée sous forme de pilules enrobées de cire et de sucre, à la fin d'un repas, celles-ci ne commencent à se désagréger que vers la troisième heure; il est possible alors qu'elle passent avec le chyme dans le duodénum, et, dans ce cas, elles agissent directement sur la digestion en cours; ou bien la chymification se prolonge, la Pancréatine se dissout au milieu du chyme dont l'acidité est due à des acides organiques dont elle n'a rien à redouter, ce qui lui permet de retrouver son activité dans l'intestin grêle, après la neutralisation du chyme.

Examinons maintenant le cas où la Pancréatine est administrée en poudre au commencement du repas : elle se trouve alors d'emblée dans un milieu chlorhydrique, et nous avons vu par expérience que la Pancréatine, après avoir séjourné deux heures à l'étuve, au milieu du suc gastique pur de l'homme, en dépit de la neutralisation ultérieure du milieu, ne conservait plus qu'une faible action sur l'albumine.

La Pancréatine est-elle donc détruite dans le suc gastrique pur? Nous l'avons pensé un instant; mais dans le cours de nos expériences, nous remarquâmes que, chez le lapin, bien que nous ne pûmes caractériser la Pancréatine à partir de la troisième heure, il nous arrivait parfois de voir l'animal mourir dans les cinq ou six premières heures qui suivaient l'ingestion de 50 centigrammes à 1 gramme de Pancréatine par kilo vivant; la Pancréatine n'était donc pas détruite, puisqu'elle pouvait amener la mort; il était donc possible que le ferment rendu inactif par l'acidité du suc gastrique pur fût absorbé « *in situ* » et passât dans la circulation, où il retrouvait ses propriétés au point de devenir toxique à dose massive. Pour confirmer cette hypothèse, nous recherchâmes quelles modifications pouvaient bien présenter les fluides et les sécrétions d'un animal ainsi pancréatiné; voici les résultats auxquels nous sommes arrivés en expérimentant sur 16 lapins, qui furent sacrifiés entre la deuxième et la quinzième heure, après l'ingestion de la Pancréatine : cinq d'entre eux moururent dans les six premières heures, sans que nous ayons pu déterminer la cause de leur mort. Chez les autres lapins, l'étude du sang, du foie, des parotides, de la rate et du pancréas, comparée à celle des mêmes glandes et fluides chez un lapin dans les conditions normales, nous donnèrent des résultats bien caractéristiques; nous les avons consignés par rapport à 1,000 grammes de tissu glandulaire ou de sang. La parotide d'un lapin normal, par exemple, peut, dans des conditions déterminées, donner naissance à 5 kilog. 300 maltose, et le pancréas à 4 kilog. 800 maltose, tandis que la parotide d'un lapin pancréatiné dans les mêmes conditions donne 8 kilog. 100 maltose et le pancréas 6 kilog. 300. Chez le lapin ordinaire, la rate donne naissance à 819 grammes maltose, chez le lapin pancréatiné, toutes les autres conditions expérimentales restant les mêmes, son action diastasique sur l'amidon est sept fois plus grande, et elle donne naissance à 5 kilog. 425 maltose. Le foie d'un lapin ordinaire, six heures après la mort par hémorrhagie, contient 43 grammes glycose; celui d'un lapin pancréatiné, 12 gr. 40, soit quatre fois moins, en chiffre rond; la disparition du glycogène du foie dans le second cas est bien digne de remarque, elle peut s'expliquer de la manière suivante : la Pancréatine paralysée par l'acidité stomacale, entre dans la circulation à l'état de zymogène dont une partie se fixe dans le foie et donne naissance à une zymase qui saccharifie le glycogène; ce qui corrobore cette hypothèse, c'est que la glycose ainsi formée passe dans le sang d'un lapin pancréatiné en quantité telle que 1,000 grammes de ce fluide qui, à l'état normal, contiennent environ 1 gramme glycose, en contiennent maintenant plus de 5 grammes; le sang, ainsi saturé de glycose, ne peut apparemment tout brûler; une partie doit être éliminée par les reins; c'est ce qui arrive souvent, en effet, car, trois fois sur seize, nous avons constaté que le lapin était devenu diabétique.

Ces expériences nous autorisent à émettre l'opinion que la Pancréatine introduite dans le suc gastrique au commencement d'un repas, voit le ferment diastasique qu'elle contient être absorbé « *in situ* » et passer à l'état de zymogène dans la circulation; ce zymogène est séparé par le foie, la parotide et la rate; ainsi isolé, il devient : dans le foie, une zymase hépatique, capable de saccharifier le glycogène; dans la parotide, une zymase ptyalique, capable de saccharifier l'amidon dans la bouche; et dans la rate, une zymase qui, transmise au pancréas, communique au suc de cette glande, la propriété de saccharifier l'amidon dans le duodénum.

Ces expériences physiologiques viennent corroborer les observations cliniques du professeur Potain et celles de M. Henri Huchard; elles indiquent que l'on peut administrer la Pancréatine en poudre à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme au commencement du repas, lorsqu'il s'agit de relever les sécrétions salivaires et pancréatiques, et recourir de préférence aux pilules de Pancréatine, à la dose de trois à cinq pilules à la fin du repas, lorsque l'on veut agir sur la digestion en cours.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre. — Présidence de M. Trélat.

M. Gautier présente, au nom de M. Paul Cazeneuve, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de Lyon, un volume intitulée : *La coloration des vins par les couleurs de la houille.*

M. Brouardel offre en hommage un ouvrage qu'il vient de publier sur le *secret médical.*

M. Henri Roger présente, de la part de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), un volume intitulé : *La saignée d'Hippocrate.*

M. J. Rochard présente : 1° une brochure de M. le docteur Cornilliac, médecin de la marine en retraite, une brochure intitulée : *Recherches chronologiques et historiques sur l'origine et la propagation de la fièvre dans les Antilles;* — 2° un travail manuscrit de M. le docteur Couëtaux *sur l'antisepsie médicale.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage un volume contenant les leçons qu'il a faites à l'hôpital Cochin *sur l'hygiène alimentaire.*

M. Gariel met sous les yeux de ses collègues une nouvelle pile médicale. La particularité qui doit être signalée dans cet appareil consiste dans l'emploi comme substance dépolarisante d'un mélange de sulfate de mercure et de gomme adragante. Ce mélange, placé dans une petite cupule d'ébonite, n'est introduit dans le liquide qu'au moment où la pile doit entrer en fonction; on évite ainsi les actions chimiques irrégulières, l'usure inutile du sel de mercure, etc.

Cet élément a été étudié par M. le docteur Boudet (de Paris), qui a déterminé sa force électro-motrice et sa résistance qui sont de même ordre que pour les piles ordinaires de même nature. Il a reconnu que la polarisation est lente dans les conditions d'application où se trouvent les piles médicales et que la pile peut fonctionner pendant plus de 400 heures.

M. J. Rochard, au nom de la Commission de l'alcoolisation des vins, donne lecture des nouvelles conclusions de cette commission. Ces conclusions sont les suivantes :

1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusivement de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, c'est-à-dire le vinage; mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucre en poudre blanche ou sucre raffiné.

2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.

3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

4° Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à leur fabrication soient absolument purs.

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Après la lecture des conclusions de la commission, l'Académie, consultée, décide que la discussion s'ouvrira dans la prochaine séance.

— M. Maurice Perrin, à l'occasion de la communication de M. Javal sur le traitement du strabisme par les moyens optiques, appelle l'attention de l'Académie sur un mode de traitement auquel il attache la plus grande importance. Il veut parler de la cure du strabisme par l'usage permanent des verres convexes associé, quand il le faut, à l'em-

ploi de l'atropine. Mais il importe de bien préciser les indications de cette méthode, car elle ne convient pas à tous les cas. M. Perrin ne l'a jamais employée dans le strabisme divergent des myopes; elle ne convient en aucune façon au strabisme paralytique; elle trouve ses meilleures conditions de succès dans le type le plus fréquemment observé, le strabisme convergent intermittent ou plus exactement variable des jeunes adolescents ou des jeunes enfants qui louchent à peine en temps ordinaire et qui, à l'occasion d'une émotion quelconque, d'un exercice visuel prématuré, d'un peu de surexcitation nerveuse, d'un trouble dans la santé générale provenant soit de la dentition, soit de toute autre cause, présentent des déviations choquantes, et parfois une sorte de chorée des muscles de l'œil; lorsque l'enfant est devenu un peu plus grand, qu'il commence à travailler, le strabisme dont il s'agit se transforme quelquefois, il devient fixe, permanent. Dans ces conditions nouvelles, dues selon toute raison à une suractivité du muscle en action, le traitement par les verres convexes devient moins fidèle.

Ce traitement doit être commencé le plus tôt possible, dès que le strabique atteint l'âge de raison, qu'il peut donner une réponse à peu près satisfaisante aux questions qu'on lui pose, c'est-à-dire vers l'âge de 6 ans. Le port des lunettes doit être rigoureusement permanent.

Les verres doivent être à larges surfaces de façon à empêcher le regard de se dérober à leur action.

Deux numéros différents sont nécessaires, l'un pour la vision éloignée, l'autre pour la vision rapprochée. Quant à leur choix, il repose sur les excellents préceptes qui ont été donnés dans les travaux de Donders.

Pour la vision éloignée, on choisira par tâtonnement le numéro le plus élevé qui permet encore la vision distincte. Pour la vision rapprochée, on appliquera les règles du traitement optique de l'hypermétropie.

Si le strabisme est compliqué d'asthénopie, ce qui est rare dans le jeune âge, à moins qu'il n'y ait de l'astigmatisme, on ajoutera à l'emploi des verres convexes l'usage de l'atropine ou de la duboisine et la correction par les cylindres.

Après quelques mois de ce traitement, et, exceptionnellement, après quelques années, le strabisme est corrigé; il suffit de surveiller la marche de l'hypermétropie.

Ce traitement employé sous une forme empirique est déjà très ancien. Un ambulant d'origine suisse affirmait en 1852, c'est-à-dire en pleine fureur de la strabotomie, qu'il avait le moyen de guérir les strabiques par l'usage des lunettes.

M. De Villiers dépose sur le bureau un certain nombre de manuscrits relatifs à l'obstétrique.

— M. Constantin Paul fait un rapport sur un travail de M. le docteur François Franck, intitulé : *Reproduction expérimentale de l'insuffisance aortique*. Ce travail repose sur un grand nombre d'expériences, dont le chiffre s'élève à 75. Il a détruit chez les animaux les valvules sigmoïdes de l'aorte en reproduisant expérimentalement la maladie de Corrigan.

Après avoir analysé avec détails ces expériences et apprécié leurs résultats, M. le rapporteur termine en disant que M. Franck, dont l'habileté et la compétence en matière d'expérimentation sur le cœur en particulier sont connues, a apporté un nouveau et précieux contingent pour l'étude de la pathologie cardiaque.

Les conclusions du rapport de M. C. Paul sont mises aux voix et adoptées.

— M. Cornil lit un travail intitulé : *Les lavements gazeux dans la thérapeutique des maladies respiratoires : phthisie pulmonaire, asthme, coqueluche, bronchites, etc.*

L'auteur rappelle en commençant que le principe de l'action des lavements gazeux et de leur élimination rapide par le poumon a été donnée par Claude Bernard. Une application remarquable de ce principe a été faite par M. le docteur Bergeon, agrégé libre de la Faculté de Lyon. Elle consiste dans le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections rectales d'acide carbonique, chargé de la substance médicamenteuse.

Pour ce traitement, deux opérations sont nécessaires : 1° fabriquer du gaz très pur pour éviter les accidents d'intolérance intestinale.

On dispose à cet effet un flacon à large embouchure dans lequel on introduit préala-

©BIU Santé

blement trois cuillerées à soupe environ de bicarbonate de soude, on adapte à ce flacon un bouchon en caoutchouc muni d'un tube à dégagement et d'un entonnoir à brome modifié, qui reçoit la solution d'acide sulfurique dilué (200 grammes d'acide dans un litre d'eau environ). Un robinet fixé à l'entonnoir permet de régler l'arrivée du liquide acide et par suite du dégagement d'acide carbonique, qui est recueilli dans un sac de caoutchouc d'environ 6 litres.

La deuxième opération consiste à reprendre le gaz dans le sac et à l'injecter dans le rectum à l'aide d'une poire aspirante et foulante, après lui avoir fait traverser le liquide médicamenteux dont on veut injecter le principe.

La méthode de M. le docteur Bergeon a été expérimentée avec succès par M. le docteur Chantemesse, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, pendant les mois d'août, septembre et octobre, dans le traitement de l'asthme et de la tuberculose.

— M. le docteur Queirel (de Marseille) lit un travail intitulé : *Du choléra chez les femmes grosses.* — Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz et Charpentier, rapporteur.

— MM. de Beurmann et Prengrueber présentent une malade dont voici l'histoire :

Il s'agit d'une enfant de 12 ans, entrée à l'hôpital Trousseau pour une excavation considérable siégeant à la partie moyenne du poumon droit. Les crachats étaient fétides et abondants, ils étaient rendus en masse, après les quintes de toux, sous forme de petites vomiques qui se renouvelaient cinq ou six fois par jour. Au moment où celles-ci se produisaient, il en résultait une odeur gangréneuse si intense que la salle entière en était infectée.

Dans ces conditions, l'idée d'une pneumotomie, qui avait déjà été agitée, nous parut s'imposer; elle seule, en effet, pouvait permettre d'atteindre le foyer, de le désinfecter, de tarir la source de ces crachats putrides, d'arrêter le processus gangréneux et d'interrompre la série de ces accidents sans cesse renouvelés qui, abandonnés à eux-mêmes, ne paraissaient pouvoir se terminer que par une issue fatale.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Le point fixé par M. de Beurmann comme étant celui au niveau duquel la caverne était le plus facilement accessible, correspondait à la partie antéro-latérale de la poitrine et était placé sur le trajet d'une ligne verticale passant par l'angle inférieur de l'omoplate, à trois travers de doigt au-dessous de cet angle. A ce niveau, M. Prengrueber tailla un lambeau cutané en forme d'U à base supérieure et qui fut relevé vers la partie supérieure. Grâce à la rétraction de la peau voisine, il en résulta une plaie, assez régulièrement circulaire, d'environ 10 centimètres de diamètre, au fond de laquelle on voyait les fibres du grand dorsal. Ce muscle fut divisé au moyen d'une incision cruciale et écarté de façon à découvrir les cinquième et sixième côtes dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Le périoste de la sixième côte fut incisé longitudinalement, puis décollé à la rugine par en bas, par en haut, et enfin à la partie postérieure. Le décollement fut conduit avec les plus grandes précautions, surtout au niveau de la gouttière costale, afin de respecter les vaisseaux et nerfs que loge cette gouttière.

La côte ainsi dégagée dans une étendue correspondant à la largeur de la plaie, il fut facile d'en réséquer 5 centimètres au moyen d'une double section faite au sécateur. Cette manœuvre fut répétée sur la cinquième côte.

Restait à inciser le poumon jusqu'à la caverne, qui devait être sous-jacente. Cette incision porta sur toute la largeur de la fenêtre dans sa partie la plus déclive, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la septième côte. Elle fut faite au thermocautère, modérément chauffé.

A peine eut-on effleuré les tissus, que l'on put entendre la crépitation spéciale due à la sortie des bulles d'air contenues dans les alvéoles ouvertes par l'instrument. M. Prengrueber sectionna ainsi une épaisseur d'environ trois centimètres de poumon, et il put constater chemin faisant que ce poumon était fortement tassé mais relativement sain, en ce sens qu'il ne renfermait aucun de ces noyaux caséeux qui avoisinent d'habitude les cavernes tuberculeuses. C'était là une nouvelle confirmation de l'exactitude du diagnostic porté.

Arrivé à cette profondeur de 3 centimètres, l'intrument pénétra dans une cavité par laquelle sortit un air méphitique accompagné de quelques sécrétions bronchiques. Le but poursuivi était donc atteint. L'incision fut d'abord agrandie dans toute la largeur de la fenêtre pariétale, puis on fit une seconde incision perpendiculaire à la première. Comme cette seconde incision devait forcément sectionner les vaisseaux et nerfs intercostaux, elle fut faite entre deux pinces dont l'un des mors était introduit dans la caverne, tandis que l'autre restait au-dessus. Ces pinces furent laissées à demeure suivant la méthode de M. Péan.

L'ouverture ainsi obtenue était assez grande pour permettre au doigt d'entrer librement dans la caverne.

On ne fit aucun lavage de la cavité, et cette conduite se justifiait d'autant mieux que le peu de liquide qui pénétra dans le poumon pendant le lavage des parties voisines suffit pour provoquer des accès de toux avec tendance à la suffocation. Le lambeau cutané fut alors suturé, sauf dans sa partie inférieure; on plaça un très gros tube dans la cavité et on fit un pansement à l'iodoforme.

La malade ne perdit presque pas de sang, on peut même dire que la section du poumon fut exsangue.

Ses suites opératoires furent simples. Dès le lendemain on put enlever les pinces de Péan sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang. L'air entrait et sortait librement par la plaie thoracique, et le pansement était souillé des liquides que la malade rejetait journellement par la bouche. Ces liquides avaient encore de l'odeur, mais ils n'étaient plus une cause d'infection, et bien que petite, la chambre occupée par la malade n'avait plus l'odeur insupportable des jours précédents.

Au troisième jour, l'air ne sortait plus aussi librement par la plaie thoracique, il fallait que la malade fît un effort violent pour que l'on pût percevoir la sortie de quelques bulles d'air. La caverne, en somme, s'était comportée comme se comportent d'habitude les poches purulentes auxquelles on fait une ouverture dans ses parties déclives. L'ouverture supérieure devenue inutile se boucha spontanément.

Dans ces conditions, le lavage de la poche pouvait se faire sans inconvénients, et, de fait, l'injection d'une solution phéniquée à 1 0/0 ne donna lieu à aucune manifestation inquiétante.

Les jours suivants, la plaie prit peu à peu l'aspect rosé, granulé des plaies de bonne nature, l'écoulement purulent et son odeur diminuèrent, mais très lentement, et à l'heure actuelle, trois semaines après l'opération, il n'a pas complètement disparu, ce qui résulte probablement des anfractuosités de la caverne et de la difficulté qu'a le poumon à revenir sur lui-même. L'état général de la malade est excellent, et d'ores et déjà elle se rend compte du bénéfice de l'opération.

Cette opération, qui a fait l'objet d'un travail récent de Truc, a surtout été pratiquée à l'étranger. Signalons, parmi les auteurs, Mosler, W. Koch, E. Bull, Triel, Powel, Fenger, Hollister, Billington, Lauenstein, Sutton, Kaczorowski à l'étranger, Bouilly en France.

Les circonstances dans lesquelles elle se trouve indiquée sont surtout les suivantes : abcès du poumon, gangrène, kyste hydatique, la bronchiectasie, corps étrangers, cavernes pulmonaires. Notre observation qui paraît se rapporter à une pleurésie interlobaire paraît être la première de ce genre.

Ajoutons, en terminant, que le peu de gravité de la pneumotomie en tant qu'opération permet de croire qu'elle entrera d'ici peu dans la pratique courante et qu'elle est appelée à rendre de très grands services, même dans les cas de caverne tuberculeuse. Il ne faut faut pas oublier, en effet, que cette opération n'est rien autre chose que la contre-ouverture d'un abcès qui se vide mal. Or, l'utilité d'une pareille manœuvre n'est plus à démontrer.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

M. le docteur Terver vient d'être élu membre du conseil général du Rhône, pour le cinquième canton de Lyon.

Maladie des femmes. — M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 8 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants.

Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Société de médecine de Paris. — Séance du 23 octobre 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Duroziez : Rapport sur la candidature de M. le docteur Larroque au titre de membre titulaire. — 2. M. Coignard : A propos du pain de gluten dans l'alimentation des malades que l'on nomme diabétiques. — 3. Discussion sur le projet lu par M. Perrin dans la séance précédente. (Réglementation de l'hygiène publique.) — Discussion sur les conclusions du travail de M. Apostoli (De la galvano-caustique chimique en gynécologie). — 5. Note sur la candidature de M. le docteur Wickham.

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.

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.

CHEMINS DE FER D'ORLEANS ET DU MIDI

EXCURSIONS DANS LE CENTRE DE LA FRANCE ET LES PYRÉNÉES.

Voyages circulaires à prix réduits en voitures de première et de deuxième classe. — Durée : 30 jours. — Première classe : 225 francs ; deuxième classe : 170 francs. — Les billets seront délivrés toute l'année à la gare du chemin de fer d'Orleans, quai d'Austerlitz ; au bureau central, rue Saint-Honoré, n° 130, et au bureau succursale, rue de Londres, 8, à Paris. — Il est également délivré des billets à toutes les gares et stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, et aux principales gares du réseau de la Compagnie du Midi situées sur l'itinéraire à parcourir, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Les billets des voyages circulaires donneront droit aux parcours ci-après, savoir : Paris à Bordeaux. — Bordeaux à Arcachon. — Arcachon à Biarritz. — Biarritz à Hendaye. — Hendaye à Pau — ou Arcachon à Pau directement (par Mimbaste). — Pau à Lourdes. — Lourdes à Pierrefitte. — Pierrefitte à Tarbes. — Tarbes à Bagnères-de-Bigorre. — Bagnères-de-Bigorre à Tarbes. — Tarbes à Montréjeau. — Montréjeau à Bagnères-de-Luchon. — Bagnères-de-Luchon à Montréjeau. — Montréjeau à Boussens. — Boussens à Saint-Girons. — Saint-Girons à Boussens. — Boussens à Toulouse. — Toulouse à Tarascon (Ariège). — Tarascon à Quillan. — Quillan à Castelnaudary. — Castelnaudary à Mazamet. — Mazamet à Carmaux. — Carmaux à Albi. — Albi à Rodez. — Rodez à Brive — ou Quillan à Brive directement (par Toulouse). — Brive à Limoges (par Périgueux ou Saint-Yrieix). — Limoges à Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. H. Stapfer : De la conduite à tenir dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — IV. Variétés : L'Assistance publique et l'Association de bienfaisance d'Allemagne. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De la conduite à tenir dans le cas d'insertion vicieuse du placenta.

Par H. Stapfer, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Dans un article sur les dangers de l'ergot de seigle, publié il y a quelques mois par l'*Union*, j'ai indiqué la conduite à tenir dans les divers cas où le praticien est tenté d'employer ce médicament.

L'hémorrhagie étant le grand danger que la femme puisse courir dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, j'ai insisté longuement sur la conduite exigée par cet accident. J'ai préconisé à l'exemple des maîtres, et minutieusement décrit le tampon, rejetant le seigle que donnait P. Dubois, et qui tuait près de la moitié des femmes et plus du tiers des enfants (Auvard, thèse d'agrégation 1886.)

J'ai écrit que, dans les cas d'hémorrhagie grave, une seule chose pouvait sauver la femme dont la vie se répandait ainsi au dehors, l'application rigoureuse de la méthode de Leroux, c'est-à-dire du tampon fait de 40 à 60 boulettes d'ouate. J'ai ajouté que ce tampon devait être aseptique, car les anciens tampons étaient la source de fréquentes infections. Le tampon, disais-je, est un mode de traitement véritablement héroïque. Le fait est que c'est une digue opposée à l'écoulement du sang, mais est-ce tout d'arrêter l'hémorrhagie? Si, malgré l'antisepsie, le tampon a des inconvénients graves et peut compromettre la vie de la femme, le traitement perd de son héroïsme. Voilà ce que je me disais en vantant et décrivant le tampon, mais c'était alors le meilleur, le plus efficace des traitements institués contre l'hémorrhagie; et je me suis même abstenu d'exprimer les doutes qu'il m'inspirait, pour ne pas jeter le trouble dans l'esprit des praticiens auxquels je n'avais pas de meilleur moyen à proposer.

J'eus connaissance; à cette époque, de recherches que le docteur Pinard faisait à ce sujet depuis un certain temps. Ces recherches, depuis, ont été publiées dans les *Annales*. J'ai indiqué dans la *Revue trimestrielle d'obstétrique* cette publication. C'est elle qui fournit matière à cet article. Le traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse se trouve bien changé par lesdites recherches; et comme je puis maintenant proposer aux praticiens une méthode préférable à celle de Leroux, moins préjudiciable aux femmes, je saisis cette occasion de compléter, en le rectifiant, l'article où je décrivais le tampon.

Le tampon est dangereux, même quand il est aseptique, toutes les fois que le travail se déclare et reste lent (*tœdious labor* des Anglais), et que la femme ne réparant pas ses forces, et menacée sans cesse d'une nouvelle perte, reste longtemps tamponnée, que l'appareil soit ou non renouvelé. En effet, il est impossible de rendre absolument aseptiques le vagin et l'utérus. Les caillots accumulés dans ce dernier ne peuvent pas être toujours extraits. Ils finissent par se putréfier. L'introduction de l'air, qui cause cette décomposition, est facilitée par les manœuvres que nécessite l'application de tampon. Les parois vaginales sont privées de leur épithélium par le contact des bourdonnets. Le derme de la muqueuse ainsi mis à

©BIU Santé

nu forme une plaie ouverte à l'absorption. La femme est donc sérieusement exposée. Voilà pour les inconvénients graves. J'ai eu pendant mon clinicat plusieurs occasions d'appliquer le tampon, et j'ai pu constater moi-même les inconvénients que je décris.

Outre ces inconvénients graves, il en est d'autres qui méritent d'être pris en considération. Le tampon est toujours difficilement supporté, et cause parfois, surtout pendant une seconde ou troisième application, à cause de la desquamation épithéliale dont je viens de parler, d'atroces douleurs. Enfin, il est inappliquable, à moins de tenir la femme pendant des heures sous le chloroforme, dans le cas de vaginisme. Le cas est rare, mais j'ai eu l'occasion d'en voir un.

La nouvelle méthode de traitement consiste dans la rupture des membranes. *A priori*, elle paraît dater de Puzos. Je m'expliquerai en quelques lignes à ce sujet en terminant. Suivant mon habitude, je m'occupe surtout ici de la pratique, recherchée avec raison par les lecteursde l'*Union*.

Le principe est le suivant : on s'assure que la présentation est longitudinale, c'est-à-dire que le sommet ou le siège s'offrent au détroit supérieur. On introduit un ou deux doigts, seuls, ou guidant un perforateur, dans le col, et on rompt les membranes aussi largement que possible.

D'où part ce principe? Sur combien de faits est-il fondé? S'applique t-il à tous les cas? Est-il difficile à mettre en pratique? C'est ce que nous allons, maintenant, examiner.

Le docteur Pinard a remarqué que l'insertion vicieuse du placenta causait fréquemment la rupture prématurée des membranes, et que, dans un tel cas, la femme était à l'abri de toute hémorrhagie quand l'enfant se présentait par la tête ou par le siège, c'est-à-dire longitudinalement. Examinons successivement :

1° Comment on a pu constater l'insertion vicieuse sans que la femme ait perdu de sang, puisque l'hémorrhagie, à défaut d'une forme particulière de placenta d'ailleurs exceptionnelle, était jusqu'à présent le seul moyen de reconnaître que le placenta n'était pas fixé au lieu d'élection, c'est-à-dire dans le tiers supérieur de l'utérus?

2° Pourquoi l'insertion vicieuse est fréquemment cause de la rupture prématurée?

3° Pourquoi la femme ne perd pas de sang quand elle perd les eaux?

La première question est tranchée de la façon suivante par le praticien : Une femme étant délivrée et l'œuf étant intact, à ouverture circulaire et non déchiquetée, on examine quelle est la situation respective de cette ouverture du sac et du placenta. Celui-ci est-il à un point diamétralement opposé, l'insertion s'était faite au fond même de l'utérus. La distance qui sépare l'ouverture des bords du placenta est-elle moindre d'un côté que de l'autre, le placenta n'était pas au fond. Le docteur Pinard admet qu'une distance assez inégale pour être, par exemple, de 10 centimètres d'un côté et de 25 de l'autre, constitue l'insertion vicieuse. On pourrait objecter qu'il ne s'agit pas alors, à proprement parler, d'insertion vicieuse, puisque le placenta se trouvait en pareil cas plutôt sur le segment moyen de l'utérus que sur le segment inférieur. Mais l'objection est, en bonne clinique, spécieuse, l'accident étant le même. Dans l'un et l'autre cas, la femme est exposée aux hémorrhagies. Ainsi s'expliquent les cas d'insertion vicieuse cités par les auteurs dans lesquels on s'étonnait de ne pas trouver la forme irrégulière caractéristique, avec atrophie des cotylédons les plus voisins de l'ori-

fice et hypertrophie des plus éloignés. On se disait : il y avait insertion vicieuse, puisque la femme en a eu les accidents caractéristiques, et cependant le placenta est discoïde. D'où vient cette singularité? On ne l'expliquait pas parce qu'on ignorait la véritable cause de l'hémorrhagie. Nous allons en donner la clef, d'après les explications du docteur Pinard, en examinant la seconde proposition : *Pourquoi la femme ne perd pas de sang quand les membranes sont rompues?*

Nous pouvons répondre de suite à cette question, quitte à l'examiner ensuite : la femme perd du sang, parce que, pour des raisons que nous étudierons, les membranes tiraillent le placenta. Ce tiraillement peut décoller un ou plusieurs cotylédons. De là l'hémorrhagie. Si les membranes se rompent, le tiraillement n'existe plus; le placenta ne se décolle pas ou ne se décolle plus. Il n'y a point d'hémorrhagie, ou l'hémorrhagie s'arrête. Cela est clair. Étudions maintenant les causes de ces divers phénomènes.

Des trois membranes qui forment l'enveloppe de l'œuf, l'une fait corps avec le placenta, c'est le chorion. Nous ne tenons pas compte des deux autres; l'une, la caduque, est mince et friable; l'autre, l'amnios, recouvre seulement le disque placentaire, et il suffit d'un léger effort pour l'en détacher comme on enlève l'épiderme d'un fœtus macéré. Parlons donc du chorion qui est principal acteur.

Le chorion est, suivant les femmes, plus ou moins adhérent à la paroi utérine. Quelquefois il s'en détache comme l'amnios du placenta; quelquefois il y a soudure du chorion, de la caduque et de la paroi musculaire de l'utérus. Ces différences s'accusent, en clinique, par l'observation suivante : Il est des femmes qui marquent, c'est-à-dire qui perdent des glaires sanguinolentes. Il en est d'autres qui perdent des glaires non striées de sang. Chez les premières, le chorion, la caduque et la paroi utérine sont adhérents, car les stries de sang viennent de la rupture des petits vaisseaux qui subsistent encore et dont le contenu se mêle aux bouchons glaireux du col utérin. Chez les secondes, il n'y a pas adhérence; il y a simple contiguïté, et il suffit d'une contraction utérine efficace pour faire glisser vers l'orifice de cet organe une portion des membranes.

Je donne là une démonstration clinique de l'adhérence ou du défaut d'adhérence, mais le docteur Pinard a constaté *de visu* sur le cadavre les variétés d'adhérence qui existent entre les divers sujets.

Donc, voici un premier fait reconnu : les membranes adhèrent ou n'adhèrent pas; mais, dira le lecteur, je comprends bien qu'au moment du travail, lorsque le col est entr'ouvert, une portion des membranes non adhérentes puisse se glisser dans ce col poussée par le liquide amniotique que refoule la contraction utérine. Alors, si le placenta est voisin et si les membranes résistent, un cotylédon peut se décoller; mais je ne comprends pas comment, dans la cavité utérine proprement dite, ce tiraillement des membranes puisse se produire, à moins qu'un segment de l'utérus ne se développe subitement, trop vite pour que les membranes puissent suivre la paroi si elles ne sont pas très extensibles.

C'est justement ce qui arrive. Les divers segments de l'utérus, et en particulier le segment inférieur qui nous intéresse dans le problème à résoudre, subit de constantes variations de développement, fait déjà entrevu par Jacquemier. Il s'allonge et s'amincit en s'étirant, il se raccourcit et s'épaissit mécaniquement suivant les pressions. Eh bien, supposons qu'au moment où il se creuse en poche sous la pression de la tête ou du siège, ou s'étire

©BIU Santé

en largeur par un mouvement d'extension du fœtus placé transversalement, le chorion ne puisse rester en contiguïté avec la paroi. Il faut de toute nécessité, ou que les membranes prêtent et s'allongent, ou qu'elles cèdent. Si elles résistent sans s'allonger, il y a tiraillement, et, dans le cas où le placenta est dans le voisinage, un ou deux cotylédons peuvent être décollés. Or, c'est précisément dans le cas où le placenta est sur le segment inférieur que ces amincissements et étirements de la paroi utérine sont portés au plus haut degré, car ils se font alors aux dépens d'une partie et non de la totalité de ce segment inférieur.

On comprend maintenant pourquoi la rupture prématurée des membranes est souvent un signe que le placenta est dans le voisinage. La portion du segment inférieur opposée à celle où se trouve le ptacenta s'est brusquement distendue. Les membranes n'ont pu suivre la paroi; elles ne se sont pas laissées distendre. Elles se sont rompues. Si elles ne s'étaient pas rompues, le placenta aurait été tiraillé, et dans bien des cas, un ou plusieurs cotylédons cédant à ce tiraillement, une hémorrhagie se serait déclarée. La perte d'eau, par rupture des membranes, a mis la femme à l'abri d'une perte de sang.

Notons que, dans certains cas, et, pour ma part, j'en ai vu un, le placenta pourra se trouver relativement éloigné de l'orifice et inséré sur le segment moyen de l'utérus. Peu importe; la femme, dans ce cas, pourra présenter une hémorrhagie grave, plus grave que dans certaines insertions tout à fait voisines du col. La violence de la perte dépend, en effet, de l'étendue du placenta décollé ou de l'importance des vaisseaux restés béants, et les tractions qui amènent le decollement peuvent s'exercer fort bien à 10 ou 15 centimètres de l'orifice.

On conçoit à présent pourquoi le docteur Pinard conseille de rompre les membranes pour arrêter l'hémorrhagie causée par le décollement placentaire. Telle est la pratique adoptée à Lariboisière. Les conclusions du mémoire sont les suivantes :

Le placenta est très fréquemment inséré sur le segment moyen ou sur le segment inférieur de l'utérus.

Dans ce cas on observe non pas toujours, mais fréquemment :

1° L'accouchement prématuré causé par la rupture prématurée de membranes. Pas d'hémorrhagie.

2° L'accouchement prématuré ou à terme avec rupture tempestive des membranes et hémorrhagies plus ou moins graves, plus ou moins répétées.

3° L'accouchement prématuré sans hémorrhagie et sans rupture prématurée des membranes.

D'après les statistiques l'insertion du placenta de 0,00 à 0,10 centimètres des bords de l'ouverture de l'œuf serait une cause d'accouchement prématuré beaucoup plus fréquente que toutes celles qu'on invoque d'ordinaire. On comprend aisément pourquoi la rupture de l'œuf ou les hémorrhagies hâtent la terminaison de la grossesse ; mais pourquoi la simple présence du placenta dans la zone inférieure de l'utérus détermine-t-elle souvent l'accouchement prématuré ? Celæ n'est pas aussi facile à expliquer. Probablement le développement du segment inférieur de l'utérus est entravé, et se fait aux dépens de la portion sur laquelle le placenta n'est pas inséré.

1,394 placentas avaient été examinés à la date où le travail du docteur Pinard

était en préparation. 350 fois la distance des bords de l'ouverture de l'œuf au disque placentaire était de 0 à 10 centimètres. 245 fois la rupture fut tempestive, mais il y eut 95 accouchements prématurés. Enfin 15 observations détaillées montrent l'hémorrhagie s'arrêtant dès que les membranes furent rompues.

La petite opération nécessaire pour déterminer cette rupture ne paraît avoir présenté de difficultés.

La méthode préconisée par l'auteur du mémoire date de Puzos, comme je l'ai dit plus haut, mais en lisant attentivement le livre de ce vieux maître, on voit que son idée était de hâter l'accouchement. Il travaillait à élargir les voies, à faciliter le passage, car vider l'utérus lui semblait le plus sûr moyen de mettre la femme à l'abri des hémorrhagies. Il n'a jamais pensé qu'il suffirait de rompre les membranes pour arrêter le cours du sang.

La méthode dit de Hofmeier (de Berlin), renouvelée de Braxton Hicks, qui consiste à attirer un ou deux pieds du fœtus dans le vagin, n'a probablement d'effet que parce qu'on doit rompre les membranes pour attirer un pied.

Le procédé est-il applicable à tous les cas? Le docteur Pinard n'a cité que des insertions marginales et termine par cette proposition : il se peut que l'indication de tampon trouve un dernier refuge dans les cas d'insertion centrale.

On sent qu'il doute de l'existence du vrai placenta prævia, du placenta inséré centre pour centre, l'orifice utérin faisant le moyeu de la roue placentaire. Il se demande évidemment si au niveau de ce moyeu n'existe pas toujours un espace purement membraneux, les villosités n'ayant pas trouvé là un terrain propre à leur développement.

Tout est possible et il ne faut pas être absolu en clinique : mais je crois devoir relater ici un fait que j'ai constaté *de visu*. Une femme atteinte d'hémorrhagie succombe prématurément. On extrait l'enfant. L'opérateur est convaincu qu'il pénètre à travers le placenta, mais sans grande difficulté. L'œuf extrait, on constate qu'il est entier. Sa périphérie s'insère sur un disque placentaire régulier discoïde. Celui-ci est percé à son centre. C'est par là qu'ont passé et la main de l'opérateur et l'enfant. Deux ou trois cotylédons sont séparés de la masse totale sans qu'on puisse reconnaître exactement la plaie qu'ils occupaient ; mais on constate au pourtour de l'orifice un rebord membraneux et un sinus coronaire qui limite la masse placentaire. Cela m'a paru témoigner de deux faits : 1° de l'insertion centre pour centre du placenta — la chose était indiscutable et indiscutée ; 2° de l'existence d'un diaphragme membraneux central en lieu et place de cotylédons. C'était un placenta zonaire. Mais il ne faut conclure qu'ils le sont tous. Même si les vrais placenta prævia étaient zonaires, à diaphragme membraneux, « le tampon pourrait trouver un dernier refuge » en pareil cas si les vaisseaux du cordon s'éparpillaient sur le diaphragme, en un mot s'il y avait insertion vélamenteuse. On risquerait en perforant ce diaphragme de déchirer les vaisseaux. Quoi qu'il en soit, les insertions marginales sont les plus fréquentes. On ne saurait donc trop se louer d'avoir à sa disposition un moyen d'arrêter l'hémorrhagie, sans avoir recours au tampon dont les inconvénients sont indiscutables.

©BIU Santé

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 26 OCTOBRE 1886.

Séance du 18 octobre (soir).

Accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde. — Importance du dosage quotidien de l'urée en chirurgie addominale. — Indications et contre-indications de la lithotritie rapide.

M. le professeur J. Reverdin (de Genève) donne la description d'une affection spéciale, analogue à celle que Charcot a appelée *cachexie pachydermique* et les Anglais *myxœdème*, et qui survient au bout d'un certain temps après l'ablation de la glande thyroïde atteinte de goître.

Cette affection que M. Reverdin propose d'appeler *myxœdème* opératoire, de préférence au terme de *cachexia strumipriva* qui lui a été donné par Kocher, a une analogie presque complète avec le myxœdème spontané.

Les principaux phénomènes sont : la bouffissure de la face, du cou et des mains ; la diminution ou perversion des sensations ; une sensation de froid, même en été ; les malades deviennent excessivement frileux ; — des troubles trophiques ; la peau devient sèche, s'écaille ; les cheveux sont cassants et tombent ; — des troubles psychiques, avec ou sans épaississement de la langue, lenteur de la parole, perte de la mémoire. Les viscères restent le plus souvent intacts, quelquefois on a observé de l'albuminurie, des pseudo-lipomes sus-claviculaires.

Les enfants opérés par Kocher ont présenté un arrêt de développement physique et intellectuel rappelant l'état d'idiotie crétinoïde qui a été décrit par Bourneville et Bricon, et on sait que ces deux auteurs ont constaté chez leurs malades l'absence de glande thyroïde. Les singes auxquels Horsley a enlevé cette glande sont devenus bouffis et idiots.

Cependant le myxœdème ne se manifeste pas chez tous les malades auxquels on a pratiqué la thyroïdectomie. On ne peut mettre cette différence sur le compte des pays goitreux, car on a observé le myxœdème dans tous les pays, même dans ceux qui étaient indemnes de goître. C'est là une lacune dans la pathogénie du myxœdème opératoire qu'on ne pourra combler qu'en observant avec soin les cas et en les suivant longtemps. On ne peut dire davantage que ceux qui ont échappé au myxœdème opératoire avaient conservé une partie de leur corps thyroïde, car il est survenu même chez ceux auxquels on n'avait pratiqué que l'extirpation partielle. A la vérité, quelques-uns d'entre eux avaient présenté une forme atténuée de l'affection, une sorte de myxœdème fruste, auquel manquaient le gonflement œdémateux et l'embarras de la parole ; dans ces cas, le lobe de l'organe resté intact s'était atrophié peu à peu.

Le myxœdème opératoire peut s'arrêter dans sa marche, présenter des rémissions successives et même s'améliorer beaucoup, sans guérir toutefois complètement.

M. Thiriar (de Bruxelles) revient sur le sujet qu'il a déjà traité l'an dernier au Congrès de chirurgie, et, à l'aide de nouveaux faits, insiste sur l'importance que l'examen de la quantité d'urée contenue dans l'urine possède au point de vue du diagnostic de la nature des tumeurs abdominales, et du pronostic de l'intervention chirurgicale en pareil cas.

Mais, pour que l'examen donne des garanties nécessaires d'exactitude, il faut :

1° Qu'il porte sur un échantillon de l'urine totale des vingt-quatre heures ;

2° Qu'il soit fait plusieurs jours de suite, pendant dix ou quinze jours, pour qu'on puisse établir une moyenne ;

3° Que le malade soit exempt de tuberculose et d'affection rénale ;

4° Tenir compte de l'état de déchéance organique du malade, du régime qu'on lui fait suivre à l'hôpital, surtout dans les premiers jours de son entrée, et de son état fébrile ou non.

La quantité d'urée fournie dans les vingt-quatre heures par un adulte étant de 12 à 24 grammes, M. Thiriar soutient que, lorsque chez un malade atteint d'une tumeur ab-

dominale, la quantité quotidienne de l'urée reste dans ces limites, cette tumeur est bénigne, tandis que, si cette quantité est inférieure à 12 grammes, la tumeur est de nature maligne. Quelques exemples cités à l'appui de cette opinion montrent que des affections de nature douteuse ont été plus tard reconnues de nature bénigne lorsque l'azoturie était supérieure à 12 grammes par jour, et de nature maligne lorsqu'elle était inférieure à cette quantité.

Les indications et contre-indications de la lithotritie rapide, comparées à celles de la taille, sont encore loin d'être fixées d'une manière définitive. M. le professeur Guyon est revenu sur ce sujet avec sa compétence spéciale, et s'est attaché à démontrer que les limites de la lithotritie, trop restreintes en Allemagne, méritaient au contraire d'être étendues plus encore qu'elles ne le sont aujourd'hui.

En effet, au dernier Congrès des chirurgiens allemands, Kœnig et Kramer avaient soutenu que la taille devait être considérée comme opération de choix. L'année précédente, cette opinion avait déjà été émise par Volkmann, Bergmann et Petersen, mais ces chirurgiens sont depuis un peu revenus sur leur déclaration. M. Guyon pense qu'on ne pourra plus guère, à l'avenir, songer à la taille périnéale que dans des cas exceptionnels, et chez les enfants et les jeunes gens, où elle est d'une innocuité particulière; mais, d'une manière générale, le débat devra porter entre la taille hypogastrique et la lithotritie rapide.

Au point de vue de la difficulté opératoire, de l'habileté nécessaire, des dangers inhérents à l'état de la vessie et des reins, des chances de récidive, les deux opérations sont égales. Voici les résultats obtenus par M. Guyon depuis 1878. Sur 678 opérés :

Lithotritie.....	617	avec	34	morts soit	5,2 p. 100
Taille périnéale.....	12	—	5	—	— 41,6 p. 100
Taille hypogastrique.	19	—	9	—	— 48,2 p. 100

Les statistiques empruntées à divers auteurs, quoique un peu différentes, montrent encore la supériorité de la lithotritie sur la taille, puisque M. Desnos, réunissant tous les cas de lithotritie rapide publiés en 1882, n'avait trouvé qu'une mortalité de 6,11 p. 100, et que M. Tuffier, procédant de la même manière en 1884 pour la taille hypogastrique, a montré que la mortalité était de 27 p. 100 et même de 15 p. 100, si l'on ne prenait que les cas dans lesquels les calculs extraits étaient de petit volume et ne dépassaient pas 30 grammes.

Examinant les causes de la mort chez ses opérés de lithotritie, M. Guyon trouve d'abord que l'âge élevé est un facteur important dans l'insuccès. Chez trois opérés de 80 à 86 ans, morts de l'opération, les calculs étaient gros et nombreux, et peut-être le chloroforme a-t-il été pour quelque chose dans l'issue fatale; aussi faudrait-il mieux, dans un âge très avancé, opérer sans chloroforme; mais, après 80 ans, la lithotritie est l'opération de choix; il en est de même de 60 à 80 ans, où toutes les opérations sanglantes sont à redouter, et où l'on peut choisir alors entre la lithotritie à séances prolongées sous le chloroforme et le broiement à courtes séances sans anesthésie.

Les calculs gros, de 4 1/2 à 6 centimètres, offrent aussi un certain danger, puisque l'on compte dans cette catégorie 12 cas sur les 20 morts annoncées par M. Guyon. En effet, les séances sont forcément prolongées, parce que la dureté et le volume sont souvent connexes, et que les calculs volumineux sont difficiles à saisir. Néanmoins M. Guyon n'accorde pas une grande importance à la longueur des séances; la plus longue a été de une heure trente-cinq minutes, la moyenne de vingt-cinq minutes. Les dimensions extrêmes du calcul dur sont de 5 à 5 centim. 1/2; la faible consistance, due à la nature phosphatique de la pierre, pourrait permettre de dépasser 6 centimètres.

C'est pour ces cas extrêmes que doivent se poser les indications de la taille et de la lithotritie, c'est-à-dire lorsque les calculs sont nombreux ou volumineux, et que la vessie présente un état particulièrement douloureux. Quant à l'hypertrophie prostatique, elle ne met que bien exceptionnellement obstacle à la pénétration des instruments, et pour les rétrécissements franchissables, on les incise ou on les dilate sous le chloroforme. Du reste, si ces cas donnent des résultats moins bons dans la lithrotritie que pour les petits calculs, ils ne sont guère plus favorables pour la taille. Il ne faut

©BIU Santé

donc pas renoncer à la lithotritie pour les calculs de 5 à 6 centimètres, mais il ne faut la faire que si l'on est assuré de pouvoir aisément exécuter les manœuvres opératoires et de les terminer complètement dans la même séance. Le point capital, c'est de veiller à ce que l'antisepsie vésicale soit parfaite; on peut la faire aussi bien dans la lithotritie que dans la taille, et on a dans la première le traumatisme en mains. L'état des reins n'est pas plus aggravé par une opération que par l'autre, non plus que celui de la vessie; lorsqu'il y a de la cystite, celle-ci disparaît généralement après l'opération, et ne s'aggrave que très rarement; lorsqu'elle n'existe pas, elle ne survient que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Comme conclusion, la lithotritie rapide mérite de rester au premier rang dans le traitement des calculs de la vessie.

Nous rapprocherons de cette communication celle de M. Reliquet, faite sur le même sujet dans la séance suivante.

Beaucoup plus partisan aussi de la lithotritie que de la taille, M. Reliquet pratique le broiement avec son brise-pierre à pignon, qu'il a imaginé en 1872; il fait la lithotritie complète en une seule séance, comme Bigelow, mais il ne lui a emprunté que l'anesthésie, considérant l'instrument du chirurgien américain comme trop volumineux. A cette époque, M. Reliquet broyait déjà en une seule séance les calculs de 2 centimètres; depuis, grâce à l'anesthésie, il a pu s'attaquer à des calculs d'un plus gros volume; mais jamais il n'a eu occasion de prolonger la séance pendant une heure et même davantage; la moyenne de ses opérations demandent de 4 à 5 minutes; lorsqu'il a fait éclater le calcul en se servant du pignon de l'instrument, il broie ensuite les éclats sans employer le pignon; il ouvre l'instrument, saisit le fragment, et donne un coup sec avec la paume de la main sur le manche; cela suffit en général et on gagne ainsi beaucoup de temps, surtout depuis que M. Reliquet a modifié heureusement son instrument en élargissant la branche femelle et en rendant plus acérées les dents de la branche mâle. Sa courbure est calculée de telle façon qu'elle lui permet de le placer dans le bas fond, le bec étant tourné en haut, et de ne pas faire de fausses prises.

Les contre-indications de la lithotritie sont : du côté de la pierre, son volume excessif et sa dureté. A Paris, il est rare de rencontrer des pierres très dures, mais on les trouve assez souvent chez les personnes ayant habité l'Algérie où les calculs sont composés dans la plupart des cas d'acide oxalique. Il faut encore signaler l'aplatissement du calcul, dont la forme en galet le rend très difficile à saisir. Du côté des voies urinaires, la cystite avec contractures douloureuses, les rétrécissements étendus et très indurés, l'hypertrophie considérable de la prostate. La disposition de la pierre dans la vessie, lorsque celle-ci présente des plis muqueux ou des dépressions en cul-de-sac qui immobilisent le calcul contre les parois, constitue aussi pour M. Reliquet une contre-indication telle au broiement, qu'il en arrive à formuler cette conclusion : Quand on ne peut mobiliser la pierre, il faut renoncer à la lithotritie. L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 octobre 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Elle comprend les journaux et revues parus pendant les vacances (août et septembre) : le *Bulletin médical des Vosges*, n° 1;

La *Revue des travaux scientifiques* du ministère de l'instruction publique, t. VI, n°s 4 et 5;

Les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux*, 1er et 2e fascicules, 1886.

Correspondance manuscrite : Elle comprend une lettre de remerciments de M. le docteur Pintaud-Désallées, nommé membre correspondant;

Une lettre de M. le docteur Janson Zuède (de Liège), sollicitant le titre de membre correspondant (renvoyée à une commission composée de MM. Apostoli, Reliquet et de Beauvais, rapporteur);

Une lettre de M. Le Blond s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire général dépose sur le bureau le tome XX (1883) du *Bulletin de la Société de médecine*. Ce volume est le dernier auquel ait collaboré notre regretté collègue Thorens.

M. Dubuc fait hommage de son mémoire intitulé : *Cystite au septième mois de la grossesse*, etc., lu dans une précédente séance.

M. le Président : Messieurs, depuis notre dernière séance, nous avons perdu un collègue éminent, M. le docteur Boinet, qui faisait partie de notre Société depuis bien longtemps, qui fut président en 1859, et qu'entouraient notre affection et notre estime. C'est à la fin d'août que j'ai reçu, à la campagne où je prenais mes vacances, la lettre de notre ami le docteur Motet, nous faisant part de la situation désespérée de son beau-père. Empêché par mon éloignement de Paris de m'associer aux derniers honneurs qui lui furent rendus, j'ai écrit aussitôt à notre distingué collègue pour lui témoigner des regrets profonds de la Société de médecine de Paris, et lui donner en même temps l'assurance de notre cordiale sympathie.

Notre excellent collègue, M. Duroziez, a représenté notre Société aux obsèques de Boinet, et, en son nom, lui a adressé nos derniers adieux. Je le prie de nous donner lecture des paroles qu'il a prononcées.

M. Duroziez : Au nom de la Société de médecine de Paris, dont Boinet a été président en 1859, je viens dire un dernier adieu au collègue aimé, respecté de tous, au chirurgien audacieux, sage, original, au travailleur opiniâtre, obstiné, qui a créé à lui et aux siens des positions enviées, au chef de famille vénéré, au lettré aimable du beau pays de la Touraine et de l'Anjou, qui tournait aisément un distique latin, à l'ami, qui, de concert avec Nélaton, a sauvé une des miennes.

Boinet a été un des membres les plus assidus de notre Société. Il n'a fallu rien moins que la perte de Madame Boinet pour l'écarter de nos séances dont il était l'ornement, la vie et la joie. Boinet était honorable entre tous, il a été honoré de toutes façons, recherché partout. C'était une individualité; il aura laissé sa trace dans la science; tous les médecins connaissent le nom de Boinet, de l'auteur de l'*Iodothérapie* et du *Traité de l'ovariotomie*, de celui qui a eu le singulier mérite de rompre avec la chirurgie de Dupuytren son maître, et de montrer la voie à cette chirurgie nouvelle si heureuse et si fière, en désinfectant les plaies et pratiquant la première ovariotomie en France, précurseur à la fois de Lister et de Kœberlé.

L'Académie des sciences et l'Académie de médecine lui accordaient leurs plus hautes récompenses et la Société de chirurgie se hâtait de l'accueillir.

Nous n'avons pas à apprécier ici l'œuvre considérable de Boinet, nous avons à regretter l'homme de bien et l'ami, et, par nos regrets sincères, à atténuer la douleur de sa famille et de notre cher et distingué collègue le docteur Motet, à qui la Société de médecine de Paris adresse ses condoléances.

Adieu, cher Boinet, tu peux dormir le sommeil du juste, après ta journée bien remplie. Tu as fait le bien et tu as connu les douceurs de la science.

Cette lecture est accueillie par des applaudissements unanimes.

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

— M. Horteloup lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Edmond Wickham, au titre de membre titulaire.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées ; il sera procédé au vote dans la prochaine séance.

La Société décide que le travail de M. Wickham, ainsi que le rapport de M. Horteloup, seront renvoyés au comité de publication.

SBIU Santé

M. Reliquet : J'ai observé le fait suivant, qui trouve sa place auprès des observations intéressantes que M. Horteloup vient d'analyser :

Un homme de 35 ans souffre, depuis plusieurs mois, d'excitations vésico-uréthrales; envies fréquentes d'uriner; douleur à la fin de la miction. Quelques mucosités dans les urines et sentiments de fatigue, de lassitude générale. Il a été traité par le passage de bougie et par les injections au nitrate d'argent, et cela sans résultat.

Lorsque je le vois, il se plaint aussi d'une pesanteur dans les bourses et surtout dans les testicules et le cordon gauche.

L'analyse complète des urines ne dénote rien d'anormal, sauf plus de 2 grammes d'albumine par litre; quantité bien supérieure à celles que peut donner la petite quantité de muco-pus.

Les reins ne sont pas sensibles à la palpation.

En examinant les testicules, je trouve le droit sain; le gauche, notablement plus volumineux, est rugueux, insensible à la pression. Le cordon est empâté. Évidemment c'est un testicule syphilitique.

Le malade me dit qu'il a eu les premiers accidents de syphilis il y a trois ans, que depuis il n'aurait rien eu.

Malgré la crainte d'une albuminurie concomitante, je mets le malade aux pilules de sublimé. Quinze jours après, le testicule avait repris son état normal, et il n'y avait plus d'albumine dans les urines. L'état général était redevenu très bon.

M. Horteloup : Déjà, il y a cinquante ans, Rayer avait signalé des faits semblables à ceux que nous discutons, et il admettait l'action de la syphilis sur les reins. Le problème est d'ailleurs complexe. Un individu atteint de syphilis présente des accidents du côté des reins, qui disparaissent après un traitement spécifique; il paraît naturel de rattacher ces troubles rénaux à la syphilis. Mais dix, vingt ans après, ce malade est atteint de néphrite grave; est-ce encore la syphilis qu'on peut incriminer? Là est la question que de nouvelles observations permettront seules de résoudre.

M. Dubuc : J'ai vu de ces cas tardifs. Je me rappelle, notamment, un malade de Bazin, arrivé à ce qu'il appelait la période *quaternaire*, qui succomba à une néphrite que Bazin n'hésita pas à considérer comme étant de nature spécifique.

M. Perrin lit une note sur un projet de réglementation de l'hygiène publique. (Voir l'*Union médicale* du 19 octobre 1886.)

M. Apostoli lit un mémoire intitulé : *De la galvano-puncture chimique en gynécologie*. (Voir l'*Union médicale* du 16 octobre 1886.)

Les conclusions de ce travail seront discutées dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET L'ASSOCIATION DE BIENFAISANCE D'ALLEMAGNE.

En Allemagne, les secours aux indigents sont obligatoires dans toutes les communes; mais, à la différence de la législation française, les communes peuvent imposer le travail aux nécessiteux. Ceux-ci possèdent le domicile de secours dans la commune où ils résident depuis deux années, mais le perdent par une absence de même durée. Le mariage et la naissance leur accordent ce même avantage. Par contre, les nécessiteux sans domicile reçoivent momentanément l'assistance dans la commune où ils habitent, à charge de remboursement par celles où ils ont leur domicile de secours. Il est vrai que ces dispositions n'existent pas pour les grandes cités telles que Berlin, Francfort-sur-le-Mein et quelques autres villes.

Le contrôle s'exerce au moyen de registres de police sur lesquels on reçoit les déclarations des habitants qui arrivent dans la commune ou la quittent; mais les contraventions sont nombreuses et les procès en recouvrements des communes entre elles

fort fréquents. Une section spéciale du département de l'empire, à Berlin, a pour mission de vider ces contestations.

Des impôts locaux assurent les ressources communales de l'Assistance publique, en même temps que des dons, des legs et des taxes sur les divertissements publics. Néanmoins, les charges sont très lourdes dans certaines communes et d'autres s'en exonèrent en faisant émigrer leurs indigents vers les villes.

L'assurance contre la maladie n'est pas obligatoire dans les campagnes; par contre, elle fonctionne dans les villes et rend des services dans les districts manufacturiers. Cependant, d'après le correspondant du *Journal des Débats*, cette organisation n'est pas encore la meilleure. Elle ne s'étend pas sur tous les points de l'empire; plusieurs Etats confédérés conservent et appliquent leurs anciennes lois d'assistance publique. Enfin, preuve décisive de ses défauts et de ses lacunes, en Allemagne comme ailleurs, les vagabonds et les mendiants augmentent d'année en année.

Par contre, il faut signaler un mouvement de l'opinion en faveur des réformes. L'Association allemande d'assistance publique, fondée il y a cinq ans, en a pris l'initiative et, dans ses Congrès annuels, discute les améliorations et en prépare la réalisation. Elle s'inspire en partie des idées de la Charity Organisation de Londres et provoque l'extension du système d'Eiberfeld. — C. L. D.

FORMULAIRE

PRISES DIURÉTIQUES. — Cagnon.

Digitale pulvérisée	1	gr. 50.
Nitrate de potasse	10	grammes.
Crème de tartre soluble	10	—
Sulfate de potasse	10	—

Mêlez et divisez en 10 paquets. — Trois par jour, pour combattre l'hydropisie. — Pour tisane, de l'infusion de reine des près. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 13 octobre 1886, M. le docteur Barbrau (de Rochefort) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 octobre 1886, M. le docteur Gariel, secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, est nommé membre du Comité technique d'électricité institué près le ministère du commerce et de l'industrie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Joseph Jougla, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — *Concours pour 1887*. — Poursuivant l'extension de ses publications populaires, la Société Française d'hygiène met au concours pour l'année 1887, la question :

« De la sédentarité dans les écoles (primaires et secondaires), et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial. »

La première partie exposera les faits et observations qui établissent la situation; la deuxième indiquera ses inconvénients et les modifications à apporter, s'il y a lieu, au point de vue de l'hygiène de la jeunesse.

Comme pour les concours antérieurs, de la première et de la deuxième enfance, les mémoires ne devront pas dépasser les limites d'une brochure in-18 de 32 à 36 pages.

La Société décernera aux lauréats :

1° Une médaille d'or de la valeur de 500 francs.

2° Deux médailles d'argent, chacune de la valeur de 150 francs.

N. B. Les mémoires (écrits en français, anglais, allemand, espagnol, italien) devront être remis dans les formes académiques ordinaires au siège de la Société (30, rue du Dragon), avant le 1er avril 1887.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Houssay, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de zoologie.

M. Rigallot, licencié ès sciences, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux de physique.

La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa séance ordinaire le mercredi 27 et le jeudi 28 octobre courant, à huit heures du matin, à la mairie du 1er arrondissement (place Saint-Germain l'Auxerrois).

Ordre du jour. — 1° Correspondance; — 2° Traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache par M. le docteur Moure (de Bordeaux); 3° Rôle physiologique du muscle aryténoïdien, par le docteur Moura (de Paris); 4° *a.* Epistaxis, Tamponnement postérieur des fosses nasales. Otites suppurées des deux côtés consécutives; *b,* Épistaxis. Otites bilatérales hémorrhagiques. Suppuration de l'oreille droite; pneumonie. (Deux observations), par M. le docteur Gellé; — 5° Anomalie d'insertion thyroïdienne de la corde vocale droite, par M. le docteur Moura; — 6° Développement anormal du pavillon de l'oreille chez un adulte par M. le docteur Ménière; — 7° Création d'un Institut français d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

Concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat, commencé le 11 octobre, s'est terminé le 14, par la nomination de MM. Audry, Tellier, Chabannes, Moncorgé, Chabalier, Rossigneux, Pic, Barbier, Cuilleret, Dolard, Lacroix, Durand, Michon.

Quarante-huit candidats étaient inscrits; trente-sept ont subi jusqu'à la fin les épreuves du concours. La valeur générale des épreuves témoigne d'un niveau de connaissances élevé. La question du 3e jour, Du rachitisme, n'avait probablement pas été traitée dans les conférences préparatoires et paraît avoir surpris les candidats, il y a eu pourtant ce jour-là des épreuves très bonnes, dont une particulièrement remarquable de M. Audry.

Parmi les choses drôles qui ont un instant égayé l'auditoire, et fait sourire le jury, signalons dans la question du rachitisme, le cartilage de conjugaison, appelé cartilage conjugal; et dans la question d'accouchements (le candidat, du reste n'y a pas mis de malice), la nécessité de graisser la main de l'accoucheur pour éviter les accidents.

L'allocution pleine de cœur et de tact de M. Sabran, président de l'administration des hôpitaux, a été vivement applaudie par l'assistance.

(*Lyon Médical.*)

— MM. Assaky, professeur agrégé à Lille, et Lagrange, professeur agrégé à Bordeaux, ont été nommés secrétaires adjoints au Congrès français de chirurgie, en remplacement de MM. Bazy et Poulet.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours, ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1886.

Un exemplaire du Règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1887.

Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque candidat.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Edmond Wickham : Note sur l'albuminurie survenant dans le cours d'accidents secondaires d'origine syphilitique. — II. Revue des Journaux : Du prurigo d'hiver. — Du traitement de l'angine diphthéritique par la cautérisation ignée. — Du traitement de la diphthérie par le peroxyde d'hydrogène. — Des propriétés du Pastinaca sativa. — Du traitement de l'orchite et de l'épididymite par le nitrate d'argent. — III. Sociétés médicales des départements : Société médicale d'Amiens (2e sem. 1886). — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Variétés : L'éclairage nocturne des champs de bataille et les secours de nuit aux blessés militaires. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Bulletin bibliographique.

Note sur l'albuminurie survenant dans le cours d'accidents secondaires d'origine syphilitique.

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1886,

Par le docteur Edmond Wickham, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie de la Faculté.

Il y a deux ans, étant interne du docteur Horteloup à l'hôpital du Midi, j'ai eu l'occasion d'observer deux malades atteints de syphilis secondaire et présentant en même temps de l'albumine dans les urines, je vous demanderai la permission de relater leur histoire. J'y joindrai deux autres observations identiques et inédites : l'une a été recueillie dans le même service hospitalier que les précédentes; l'autre provient de la clinique chirurgicale de la Charité; je dois cette dernière à l'obligeance de mon maître et ami le docteur Marchant, chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique du professeur Trélat.

Observation Ire (personnelle). — Ch..,. (Émile), palefrenier, âgé de 42 ans, entre le 27 septembre 1884 à l'hôpital du Midi (service du docteur Horteloup), pour des accidents secondaires compliqués d'œdème très considérable des membres inférieurs. Il y a trois mois environ, il a eu un chancre induré du fourreau; depuis six semaines, il est porteur de syphilides papulo-squameuses généralisées. Vers le 12 septembre, le malade s'est aperçu que ses bourses avaient augmenté de volume; cet œdème a été en augmentant depuis; deux ou trois jours après l'apparition de l'œdème scrotal, les membres inférieurs sont devenus œdématiés. Enfin, depuis cinq jours, l'œdème présenterait à peu près le même état que nous constatons aujourd'hui : œdème très considérable du scrotum (circonférence des bourses 48 centimètres) et de la verge; consistance molle. Œdème moins accentué de la paroi abdominale remontant jusqu'à la région axillaire, plus étendu du côté droit que du côté gauche. Œdème énorme des deux membres inférieurs. Pas d'œdème de la face. Peau froide au niveau des régions œdématiées. Épanchement pleural double. Pas de troubles dans la miction. État saburral des voies digestives. Vomissements assez fréquents. Dégoût pour la viande. Pas de céphalalgie. Beaucoup d'albumine dans les urines.

Le malade est soumis au régime lacté pendant deux jours.

Le 29 septembre. — On le pèse : 76 kilogr. 1/2.

Le régime lacté ne produisant aucune sédation dans les symptômes, le docteur Horteloup fait prendre au malade, à partir du 1er octobre, 2 pilules de proto-iodure de 0 gr. 05. L'anorexie ayant disparu, le lait est remplacé par quatre degrés. A partir de cette modification de traitement, le malade a été de mieux en mieux.

Le 8. — L'œdème des membres inférieurs a considérablement diminué; celui du scrotum persiste encore. L'épanchement pleural a presque complètement disparu à gauche.

Le 12. — L'œdème n'existe plus; le scrotum est revenu à son état normal.

Le 14. — Les syphilides papulo-squameuses sont en voie de disparition. L'épanchement pleural persiste toujours à droite; on entend du souffle à l'angle inférieur de l'omoplate. Le malade pèse 53 kilogr.

©BIU Santé

Le 20. — Le traitement mercuriel est supprimé et le 24 le malade quitte l'hôpital; il n'y a plus trace d'œdème, l'état général est bon; il ne reste plus que quelques frottements pleuraux à droite et quelques syphilides papulo-squameuses. Poids du malade : 55 kilogrammes.

1er octobre	..	900 c. c.	d'urine en 24 heures.	6 gr.	d'albumine en 24 heures.
2 —	..	2800	—	6 50	—
3 —	..	2000	—	6	—
4 —	..	2400	—	5 40	—
5 —	..	2600	—	4	—
6 —	..	4350	—	3	—
7 —	..	4400	—	2 10	—
8 —	..	4850	—	1 30	—
9 —	..	4935	—	0 50	—
10 —	..	3750	—	Traces.	—
11 —	..	1050	—	—	—
12 —	..	2830	—	—	—
13 —	..	1700	—	—	—
14 —	..	1650	—	—	—
15 —	..	1500	—	—	—

Le malade n'a pu être revu depuis sa sortie de l'hôpital.

Obs. II. — P... (Marie), 21 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine le 21 février 1885, pour un œdème des membres inférieurs. Il y a dix-huit mois, elle a contracté un chancre, qui a été suivi d'accidents secondaires. L'examen des urines révèle la présence d'une grande quantité d'albumine. On soumet la malade au traitement antisyphilitique, et, sous cette influence, l'œdème et l'albumine disparaissent graduellement.

Au moment de son entrée, le malade rendait environ 12 grammes d'albumine par vingt-quatre heures.

Le 20 mars, jour de sa sortie de l'hôpital, le poids de l'albumine était tombé à 1 gr. 50.

La malade n'a pu être revue depuis, mais nous avons appris par un de ses parents qu'elle est complètement guérie; depuis plusieurs mois, elle fait un service de domestique dans un petit village d'Alsace, et, malgré les fatigues qu'elle supporte parfois, elle n'a vu survenir aucune récidive de l'œdème.

Obs. III. — Ar..., ébéniste, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital du Midi (service du docteur Horteloup) le 2 mai 1877. Il y a six mois, il a eu deux chancres syphilitiques pour lesquels il a été soigné dans le service du docteur Mauriac.

Aujourd'hui il présente une syphilide papuleuse confluente ainsi qu'un œdème généralisé.

Le 26 avril, le malade aurait pris froid à la suite d'une averse.

Le 28, il s'est aperçu que sa face était bouffie. Le thorax, l'abdomen et les membres ont été successivement envahis par l'œdème. Il n'a eu ni frissons, ni douleurs lombaires et, jusqu'au jour de son entrée, il a pu continuer son travail.

Le 3 mai. — On constate un œdème généralisé considérable, une diminution dans la quantité des urines, lesquelles sont foncées et déposent rapidement par le repos. Le microscope y révèle la présence de cellules rénales, de globules rouges et de cylindres granulo-graisseux.

Les deux plèvres sont le siège d'un épanchement, moins accentué à gauche qu'à droite.

La cavité péritonéale contient une certaine quantité de liquide. Traitement : vin diurétique, 100 grammes ; eau-de-vie allemande, 20 grammes.

Le 4. — Le malade qui était constipé depuis plusieurs jours a eu cinq selles sous l'influence de sa purgation.

Le 9. — L'oppression est notable ; l'assoupissement est continu. Nuit agitée. Douleur à la pression de la région lombaire.

Le 13. — L'assoupissement diminue. On supprime le vin diurétique qui est remplacé par 5 grammes de feuilles de jaborandi. Eau-de-vie allemande, 20 grammes.

Le 19. — Le malade n'éprouve plus qu'un peu d'oppression, mais dort bien la nuit. L'œdème et les épanchements pleuraux sont stationnaires. Eau-de-vie allemande, 20 grammes.

Le 26. — Le jaborandi est remplacé par 100 grammes de vin diurétique. Eau-de-vie allemande, 20 grammes.

Le 1er juin. — Iodure de potassium : 3 grammes.

Le 2. — Le malade n'a pu supporter l'iodure de potassium, qui a été vomi. Nuit agitée, douleurs abdominales, céphalalgie. Traitement : suppression de l'iodure de potassium ; feuilles de jaborandi, 4 grammes.

Le 8. — Diminution de l'acuité visuelle. Disparition de la céphalalgie.

Le 15. — Erythème des fesses, des bourses, des cuisses, de la partie inférieure de l'abdomen. La vision devient plus nette.

Le 20. — Les troubles de la vue ont disparu. La malade qui n'urinait que 360 grammes de liquide au moment de son entrée, a rendu un litre d'urine le 18 mai ; depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, cette quantité s'est accrue d'environ 800 grammes.

L'examen des urines au point de vue de l'albumine a donné 40 grammes par litre le 7 mai, 15 grammes le 18 mai, 12 grammes le 20 juin.

Le 15 juillet. — Même quantité d'urine ; 20 grammes d'albumine par litre. Décubitus dorsal presque continu. Peau blanche, mate, sèche, rugueuse. Œdème de la face très prononcé. L'érythème n'a pas disparu. Abdomen saillant contenant un épanchemen abondant. Oppression très prononcée.

Le 15. — Dans les derniers jours de juillet et dans la première quinzaine d'août, augmentation du liquide tout à la fois dans le tissu cellulaire et dans les cavités. La respiration est plus embarrassée. Le malaise général est accru.

La quantité d'urine rendue diminue, elle tombe à 700 grammes. L'albumine augmente légèrement.

La température axillaire oscille autour de 37°, sauf dans les premiers jours d'août, où le thermomètre s'élève jusqu'à 38 et 39 degrés. Traitement : Lait ; teinture de digitale en potion ; eau-de-vie allemande à intervalles répétés ; plusieurs applications de ventouses sèches au niveau de la région lombaire.

Le 12 juillet. — On met deux cautères sur les lombes.

Le 1er septembre. — Un peu d'amélioration. Légère diminution des épanchements. Gêne moins prononcée de la respiration. Urines, 1,200 grammes Albumine, 16 grammes par litre.

Le 15. — Rechute. Augmentation de l'ascite. Urines : 1,000 grammes.

Le 12 octobre. — Pas de changement. Aucune amélioration. Ponction abdominale : 14 litres de liquide clair, jaunâtre, mousseux. Urines : 1,200 grammes.

Le 8 novembre. — Moins de gêne dans la respiration. Les épanchements pleuraux ont diminué ainsi que l'anasarque. Ponction abdominale, 6 litres. Urine, 2 litres. Albumine, 7 grammes par litre. Même traitement.

Le 1er décembre. — Notable amélioration. L'œdème des membres inférieurs et du scrotum a beaucoup diminué. Les épanchements pleuraux ont presque complètement disparu ; la respiration est beaucoup plus facile ; l'épanchement abdominal persiste, mais est peu abondant. Urine, 2 litres. Albumine, 6 grammes par litre.

Le 15. — Urine, 2,700 grammes ; albumine, 3 grammes par litre.

Le 8 janvier. — Rien de nouveau. Presque plus d'anasarque. Toujours régime lacté.

Le 30 décembre. — Dernier examen des urines, 2,800 grammes. Albumine, 1 gramme par litre. Le malade sort de l'hôpital, les syphilides cutanées ont complètement disparu.

Le docteur Horteloup a revu le malade à plusieurs reprises, la dernière fois vers la fin de 1883 ; la guérison était complète et aucun trouble nouveau n'a été signalé.

En résumé albuminurie *à frigore* grave survenue chez un syphilitique présentant ses accidents secondaires.

©BIU Santé

Obs. IV. (Personnelle). — S... (Georges), âgé de 17 ans, garçon boucher, entre le 27 septembre 1884 à l'hôpital du Midi (service du docteur Horteloup), pour des accidents secondaires compliqués d'anasarque. Le malade n'accuse aucun antécédent scrofuleux; le corps est généralement atrophié; la peau est glabre, à peine constate-t-on quelques poils au niveau du pubis et des aisselles. A l'âge de 8 ans, il aurait eu une fièvre typhoïde grave, qui aurait duré trois mois. En 1881, à la suite d'excès, il a contracté une légère uréthrite; enfin, vers le milieu de juillet dernier, il a eu un chancre induré de la face interne du prépuce, suivi de phimosis quelques jours après son apparition. Depuis cinq semaines, il est porteur de syphilides papulo-squammeuses généralisées; ses cheveux tombent; on remarque quelques plaques muqueuses au niveau de la région anale, mais la muqueuse buccale en est indemne.

Il y a quinze jours est apparu un léger œdème de la face et des membres inférieurs; au dire du malade, l'œdème, pendant quelques jours, aurait été plus accentué le matin au réveil. On ne peut noter aucun refroidissement antérieur, aucune privation alimentaire, aucun excès alcoolique habituel.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'excès, le malade a passé trois heures de nuit couché sur le bitume, et, quand il s'est relevé, il s'est aperçu qu'il s'était beaucoup refroidi.

Aujourd'hui, 27 septembre, nous constatons de l'œdème généralisé, sauf au niveau des membres supérieurs et du cou; l'œdème du scrotum et de la verge est très marqué.

Pas de céphalalgie, ni d'amblyopie. Assoupissement continuel. Vomissement intermittents. Anorexie. Le malade ne peut supporter ni le v.n, ni la viande. Respiration fréquente; quelques râles sibilants disséminés. Palpitations non continuelles. Aucun bruit morbide au niveau de la région cardiaque.

Urines sanguinolentes. Pas de douleur provoquée par la pression de la région lombaire. (V. le tableau à la fin de l'observation.) Poids du malade, 46 kilog. Traitement : 2 pilules de sublimé de 0 gr. 01.

Le 4 octobre. — L'œdème de la verge et de scrotum a augmenté.

Le 9. — L'anasarque est beaucoup plus accentuée. Le traitement mercuriel est supprimé, et est remplacé par le régime lacté.

Le 10. — Le matin, 15 grammes d'eau-de-vie allemande. Le malade vomit sa purgation. Assoupissement perpétuel. Pas de délire la nuit.

Le 14. — L'œdème a encore augmenté. Les paupières sont plus tuméfiées. Assoupissement sans délire. Depuis le 9, cinq à six selles diarrhéiques par jour. Le malade supporte difficilement le lait. Urines toujours sanguinolentes.

Le 21. — Même état. Plus de diarrhée. Purgation avec huile de ricin, 15 grammes additionnée d'une goutte d'huile de croton.

Le 22. — Vingt gouttes de perchlorure de fer dans un julep.

Le 24. — Selles diarrhéiques. Anasarque toujours très considérable. Ascite. Urines moins sanguinolentes. Exulcérations dans le pli génito-crural du côté droit.

Le 26. — Le malade n'a plus de vomissements. La langue est meilleure.

Le 28. — Anasarque plutôt augmenté. Irrégularité du pouls. Quatre ou cinq selles diarrhéiques. Le malade prend à peine un litre de lait par jour. La potion au perchlorure de fer est continuée; on y ajoute, depuis quelques jours, 60 grammes, de vin de Bagnols.

Le 31. — L'œdème des bourses et de la verge a presque complètement disparu. L'œdème de la face a augmenté.

Le 1er novembre. — La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures ne peut plus être mesurée, le malade urinant seulement, lorsqu'il va à la selle. Selles diarrhéiques fréquentes.

Le 2. — Agitation cette nuit. Emission presque nulle d'urine. Les syphilides papulo-squameuses sont toujours généralisées.

Le 3. — Grande agitation cette nuit. L'état général est grave.

Le 4. — Nuit très agitée. Mort à dix heures du matin.

3 octobre..	900 c. c. d'urine par 24 heures.		8 gr.		d'albumine par 24 heures.
4 — ..	700	—	7		—
5 — ..	600	—	7	2	—
6 — ..	450	—	7		—
7 — ..	570	—	5	40	—
8 — ..	700	—	5	10	—
9 — ..	725	—	6	10	—
10 — ..	930	—	8		—
11 — ..	830	—	5		—
12 — ..	770	—	7		—
13 — ..	400	—	7	20	—
14 — ..	850	—	6		—
15 — ..	923	—	7	75	—
16 — ..	1200	—	7		—
17 — ..	1375	—	6	50	—
18 — ..	1450	—	5		—
19 — ..	1290	—	7		—
20 — ..	1050	—	6		—
21 — ..	800	—	7		—
22 — ..	700	—	7	20	—
23 — ..	1070	—	6		—
24 — ..	375	—	6		—
25 — ..	575	—	7		—
26 — ..	325	—	8		—
27 — ..	440	—	7		—
28 — ..	550	—	6		—
29 — ..	350	—	5		—
30 — ..	300	—	5	20	—
31 — ..	Néant.				

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort : Ascite assez considérable. Vessie ratatinée derrière le pubis. Foie gras augmenté de volume. Rate exsangue, décolorée, sans accroissement de dimensions. Rien à signaler au niveau de l'appareil digestif. Pas d'hydrothorax, ni d'adhérences pleurales. Congestion pulmonaire généralisée. Cœur légèrement augmenté de volume; cavités cardiaques remplies d'un liquide rutilant spumeux. Rien d'anormal du côté de l'encéphale, à l'exception d'une légère congestion. Reins augmentés de volume; surface du rein gauche plus blanche que celle du rein droit, laquelle présente par places un semis rougeâtre. Décortication facile.

Notre ami le docteur Durand-Fardel, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, a bien voulu pratiquer l'examen de la substance rénale. Voici la note qu'il nous a remise ;

Préparation : durcissement dans la gomme et l'alcool, coloration au picro-carmin.

Vues à un faible grossissement, les coupes montrent dans toute leur étendue une augmentation considérable du tissu cellulaire; les tubes contournés sont séparés les uns des autres par des travées qui égalent ou dépassent leur diamètre.

A un plus fort grossissement, on voit un épaississement notable de la capsule de Bowman, constitué par quatre ou cinq couches superposées de cellules plates et de noyaux. Certains glomérules ont subi complètement la transformation fibreuse.

Les travées conjonctives qui séparent les tubes sont formées de tissu conjonctif adulte fibrillaire présentant en plusieurs points des amas considérables de noyaux embryonnaires. Cette sclérose s'étend également à la substance pyramidale.

Les vaisseaux ne présentent pas un épaississement très notable de leurs parois.

A un très fort grossissement (obs. VII de Verick), on voit que les cellules des tubes contournés sont granuleuses et présentent parfois l'altération vésiculeuse. Mais cette dernière lésion n'est pas très fréquente; partout les cellules présentent un noyau distinct, et nulle part on ne voit de fusion des uns avec les autres. Il y a peu d'exsudat dans les tubes.

©BIU Santé

Les préparations à l'acide osmique ne montrent pas de dégénérescence graisseuse des cellules.

En résumé, ces reins sont le siège d'une sclérose péritubulaire et périglomérulaire généralisée et déjà ancienne. On trouve cependant peu de traces d'artério-sclérose. Les lésions épithéliales de date récente consistent en une altération granuleuse des cellules.

Réflexions. — Ces quatre observations nous ont paru dignes d'être rapprochées; les deux premières ont trait à des albuminuries bénignes ayant disparu sous l'influence du traitement antisyphilitique. L'observation Ire est très concluante au point de vue thérapeutique; le mercure sans addition d'iodure de potassium et sans régime lacté a amené une guérison rapide; or, d'après Dreyfus-Brissac (1), la syphilis rénale, dans la période secondaire, ne s'amenderait que par un traitement mixte. Notre observation prouve, selon nous, de toute évidence le peu de fondement de cette assertion et corrobore d'ailleurs les faits de même ordre observés par M. Horteloup à l'hôpital du Midi.

Dans les observations III et IV, on se trouve en présence d'albuminuries graves; chez le malade qui fait le sujet de l'observation III, le refroidissement a été la cause de sa néphrite, mais on est en droit de se demander si la syphilis dont il était atteint ne l'a pas prédisposé à contracter des lésions rénales, ou tout au moins si la diathèse n'a pas surajouté ses effets à ceux du froid. On sait, en effet, d'après les recherches histologiques sur lesquelles nous aurons à revenir tout à l'heure, que la syphilis, comme le froid, produirait une néphrite parenchymateuse.

L'observation IV est particulièrement intéressante, les relations d'autopsie de syphilis rénale étant rares. Nous ne nous dissimulons pas que l'interprétation de l'examen histologique est complexe. Notre malade contracte la vérole vers le 1er juillet 1884; dans les premiers jours d'août apparaissent des syphilides papulo-squameuses généralisées. Vers le 10 septembre, il a de l'œdème de la face; quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le 23 septembre, il couche la nuit dehors et se sent refroidi au réveil; le 3 novembre, la mort survient à la suite de symptômes urémiques. L'examen de la substance rénale nous révèle la présence de deux ordres de lésions de dates différentes : néphrite interstitielle ancienne; néphrite épithéliale récente. Devons-nous attribuer les lésions épithéliales à la syphilis, et conclure que le rein, atteint déjà de néphrite interstitielle, était pour la syphilis un *locus minoris resistentiæ;* les bactéridies de la syphilis, suivant la théorie de Bouchard, se seraient accumulées dans les tubes rénaux et auraient irrité par leur présence les cellules qui tapissent les parois; cette lésion nouvelle venant compliquer la lésion ancienne aurait déterminé la mort de notre malade.

Ou au contraire devons-nous attribuer au refroidissement la production de lésions épithéliales, et faire de la néphrite interstitielle une néphrite d'ordre syphilitique? Nous rappelons que, chez notre malade, nous n'avons retrouvé aucune cause d'albuminurie, et que ce n'est que deux mois environ après l'apparition du chancre que l'œdème de la face s'est manifesté, à cette époque il est vraisemblable que l'albuminurie existait déjà.

Cette dernière interprétation, il est vrai, viendrait à l'encontre de faits publiés jusqu'à ce jour, puisque les albuminuries survenant dans le cours

(1) *Gaz. hebd.*, 1883.

d'accidents secondaires de la syphilis ont toujours été considérées comme dépendant de néphrites infectieuses, et par conséquent de néphrites épithéliales; nous sommes disposé cependant à l'accepter.

De nos quatre observations et de nos recherches bibliographiques et cliniques, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'albuminurie syphilitique de la période secondaire *est généralement bénigne*, et qu'elle diparaît rapidement sous l'influence de traitement mercuriel (V. obs, Ier et II).

2° Que l'albuminurie *a frigore* survenant pendant le cours d'accidents secondaires de la syphilis est grave, et n'est pas justiciable du traitement mercuriel. (V. obs. III et IV). — *Nota*. La syphilis se développant chez un brightique présente une gravité exceptionnelle par suite des lésions rénales nouvelles qui viennent se surajouter aux anciennes.

3° Qu'au point de vue anatomo-pathologique la syphilis rénale de la période secondaire est parfois une néphrite interstitielle (1)

REVUE DES JOURNAUX

Du prurigo d'hiver (*Prurigo hiemalis*), par Nevins Hyde. — Ce prurigo s'observe dans les régions septentrionales des Etats-Unis et diffère du prurigo de la gale; d'ailleurs les médications classiques de cette affection parasitaire sont impuissantes contre lui. Ce prurigo s'accompagne de lésions inflammatoires dues en grande partie au grattage ou d'éruptions ortiées, furonculeuses ou eczémateuses.

M. Hyde en place la cause dans les brusques variations atmosphériques et non pas, comme on l'a dit, dans un agent parasitaire. Aussi le traitement le plus efficace consiste dans l'éloignement des malades hors du pays où ils vivent et vers des climats plus doux. En même temps, il faut veiller sur l'alimentation, éviter l'exposition à des températures extrêmes et le contact des vêtements de laine sur la peau. Pour calmer le prurit, il emploie un mélange, par parties égales, d'emplâtre blanc de Hébra avec la vaseline, le cold cream et 1 à 3 p. 100 d'acide salicylique. Ce traitement donne des succès même chez les malades qui ne quittent pas le pays. Quand le prurit revenait par accès intenses, M. Hyde a pu prescrire le sulfate de quinine avec succès. (*Chicago Med. Journal*, février 1886.) — C. L. D.

Du traitement de l'angine diphthéritique par la cautérisation ignée, par Blœbaum. — Cette médication toute locale a fait dans ces derniers temps l'objet des recherches de quelques médecins allemands et italiens. Henoch (de Berlin) en a fait usage avec succès. Il pratiquait les cautérisations avec le cautère Paquelin et pendant l'anesthésie chloroformique.

Enfin M. Francotte déclare avec raison que ces cautérisations ont leur utilité et leur raison d'être quand la diphthérie est encore localisée. M. Blœbaum rappelle donc, dans ce mémoire, la note qu'il publiait au commencement de l'année (*Schmitds Jahrbucher*, p. 49, vol. 209) et la confirme en faisant connaître les résultats d'une nouvelle série de cas traités de même. Il a soumis sa propre fille à ce traitement et en publie l'observation.

Celle-ci présentait, le 3 avril, les symptômes de la diphthérie au début. Le lendemain, l'amygdale droite était atteinte d'une ulcération suspecte qui fut immédiatement cautérisée; l'enfant n'eut pas de fièvre. Le surlendemain, M. Blœbaum pratiquait la même opération sur deux petites ulcérations de l'amygdale gauche. Deux jours après, la guérison était absolue. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, n° 37, 1886.) — C. L. D.

(1) Le rapport sur cette communication a été fait par le docteur Horteloup et sera publié dans les *Annales de dermatologie*.

©BIU Santé

Du traitement de la diphthérie par le peroxyde d'hydrogène, par Hofmolk. — Cet observateur s'est inspiré des recommandations de Vogelsang pour administrer le peroxyde d'hydrogène à un certain nombre d'individus atteints de diphthérie.

Il prescrit cette substance à l'intérieur d'après la formule suivante : peroxyde d'hydrogène à 2 p. 100, 200 parties; glycérine pure, 30 parties. Une cuillerée à café de ce mélange est administrée toutes les deux heures.

De plus, il fait encore usage d'inhalations de peroxyde d'hydrogène dans le même but. Ce médicament, d'après l'auteur, aurait pour action d'introduire de l'oxygène naissant dans le liquide sanguin et de favoriser la nutrition. Remarquons que l'utilisation thérapeutique de l'eau oxygénée est l'œuvre de M. Baldy, notre estimé confrère, qui a démontré ses propriétés oxydantes et antiseptiques. Les essais de Vogelsang et de M. Hofmolk confirment en partie des essais dont il est l'inventeur. (*Wiener Med. Presse*, 1886, nos 18 et 19.) — C. L. D.

Des propriétés du Pastinaca sativa, par Bennett. — On sait que la population des Etats-Unis fait un grand usage alimentaire des racines du panais cultivé. Cependant une opinion vulgaire attribue à ce végétal des propriétés toxiques quand il croît à l'état sauvage ou bien, quand abandonnée à elle-même, la racine du panais cultivé reste plusieurs années dans la terre.

M. Bennett a voulu vérifier ce fait, intéressant au point de vue de l'hygiène alimentaire. Il a fait consommer à des animaux les racines du panais sauvage et de vieilles racines de panais cultivé. Aucun d'eux n'a éprouvé d'accidents, de sorte que les cas classiques d'empoisonnement par la racine de ce végétal ont très vraisemblablement pour cause la consommation de racines d'ombellifères que l'on confondait avec elle. (*Pharmaceut. Journal*, 31 juillet 1886.) — C. L. D.

Du traitement de l'orchite et de l'épididymite par le nitrate d'argent, par Frederick W. Lowndes. — Cette médication est en usage depuis 1869 au Liverpool Lock Hospital et consiste à badigeonner la région malade avec une solution concentrée de nitrate d'argent, et à prescrire un repos sévère et l'immobilisation de l'organe dans une position élevée. Par ce procédé, M. Lowndes a traité 269 cas d'orchite et en a obtenu les plus grands bénéfices.

La douleur s'atténue rapidement, et dans l'espace de quelques jours le volume du testicule diminue et cet organe reprend ses dimensions normales. Parfois un premier badigeonnage ne suffit pas et on doit répéter l'application.

Le repos joue un rôle considérable dans cette médication; car, de l'aveu de l'observateur anglais, l'action du nitrate d'argent est moins nette et moins prompte chez ceux qui continuent de se livrer à leurs occupations. (*The Lancet*, 24 juillet 1886.)

C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE SECOND TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Les rechutes d'oreillons ne sont pas fréquentes; à ce titre, l'observation d'*oreillons à répétition* que M. Léger a fait connaître à ses collègues mérite d'être notée. L'enfant, jeune fille dont les deux sœurs avaient été atteintes de la même maladie, était convalescente quand elle présenta de nouveau un gonflement préauriculaire plus marqué à droite qu'à gauche, et le retour de tous les symptômes de la première poussée ourlienne. Cette observation, est-il besoin de l'écrire, présente un réel intérêt au point de vue de la pathogénie de la fièvre ourlienne.

Un autre cas, celui de la *dégénérescence précoce d'un nœvus*, a motivé une autre communication du même observateur. Cette petite tumeur fut cautérisée à la suite d'une hémorrhagie, mais la plaie bourgeonna au lieu de se cicatriser. Quelques mois après, il s'était formé une induration de matière sarcomateuse qu'on dut enlever avec le thermo-

cautère. Ce fait clinique confirme donc le précepte chirurgical en vertu duquel il vaut mieux pratiquer l'ablation complète d'un nœvus que d'intervenir partiellement. De plus, une particularité intéressante de ce cas est l'écoulement sanguin dont le nœvus était le siège au moment des époques menstruelles.

Un médecin distingué du département de la Somme, M. Grenet (de Cerisy-Gally) a donné lecture d'un travail intitulé : *Blessure du petit doigt (angioleucite infectieuse)*. Les accidents septiques se développèrent après l'application sur la plaie d'un timbre-poste et furent rapidement mortels. Il faut évidemment attribuer leur origine à la gélatine qui entre dans la composition de l'enduit dont on revêt les timbres-poste. Au reste, M. Dubois a été, dit-il, témoin de faits semblables, et M. Froment a vu un érysipèle phlegmoneux se déclarer dans les mêmes circonstances. Parmi les autres travaux de la Société pendant ce trimestre, signalons encore : le récit, par M. Fréfant, d'une *crise mortelle survenue après un accouchement*, et dont la nature était obscure; la description, par M. Bax, d'un *fœtus anormal* et la présentation, par M. Padieu, d'une pièce anatomo-pathologique relative à une *invagination intestinale* suivie de perforation. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian, complète sa communication du 28 juin dernier, sur la persistance des phénomèmes instinctifs et des mouvements volontaires chez les poissons osseux, après l'ablation des lobes cérébraux.

« Une carpe qui avait subi, le 18 mars 1886, l'ablation des lobes cérébraux, est morte le 29 septembre 1886. Elle paraissait en parfaite santé le 27, c'est-à-dire l'avant-veille du jour de la mort; le 28, elle était manifestement souffrante, et le lendemain matin on la trouvait morte. J'étais absent à cette époque ; je ne suis revenu à Paris que le 2 octobre. Le jour même de la mort, la tête a été séparée du corps et mise dans l'alcool à 90°. L'aquarium dans lequel vivait cette carpe est situé tout auprès d'une cuve en pierre dans laquelle on avait jeté, dans les derniers jours du mois de septembre, des pièces en putréfaction, et lavé les bocaux qui les contenaient : c'est à cette circonstance que je crois pouvoir attribuer la mort du poisson; en tous cas, l'examen du crâne n'a montré aucune altération pouvant servir de base à une explication de cette mort.

« Dans ma Note précédente, j'ai dit comment j'avais été amené à répéter l'expérience de M. Is. Steiner et comment j'avais vérifié les résultats constatés et publiés par ce physiologiste. La carpe morte le 29 septembre, était l'une de celles que j'avais opérées et sur lesquelles j'avais fait des observations que je communiquais alors à l'Académie. On a pu revoir chaque jour, jusqu'à l'avant-veille de sa mort, les diverses particularités que j'avais notées et que je me contenterai de résumer. Cette carpe offrait les mêmes allures que les carpes saines, et ses mouvements respiratoires étaient tout à fait normaux. Elle voyait les obstacles et savait les éviter. Elle voyait aussi les morceaux d'albumine cuite et de jaune d'œuf cuit qu'on laissait tomber au fond de l'eau ; elle allait les saisir et les avalait facilement (un peu moins facilement que les carpes saines, car elle était souvent forcée d'exécuter plusieurs mouvements de déglutition, avant de réussir à les avaler, lorsqu'ils étaient un peu gros). Elle rejetait hors de sa cavité buccale les corps étrangers non alimentaires qu'elle prenait parfois par erreur, comme le faisaient d'ailleurs aussi les carpes intactes. Deux mois après l'opération, il n'y avait réellement aucune différence reconnaissable entre cette carpe et celles qui n'avaient subi aucune opération. Elle luttait de rapidité avec celles-ci pour arriver à se saisir, avant elles, des morceaux d'œuf qu'on jetait dans l'aquarium; elle les voyait de loin, les prenait au passage, pendant qu'ils traversaient l'eau pour tomber au fond de l'aquarium ; elle cherchait avec avidité dans tous les points de ce fond s'il ne s'y trouvait pas d'autres parcelles de blanc d'œuf; enfin, elle arrivait de loin, avec les carpes saines, vers le point de l'aquarium le plus voisin de la personne qui s'en approchait, quêtant pour ainsi dire son ali-

©BIU Santé

ment ordinaire. Cette carpe voyait donc très bien; on s'est assuré aussi qu'elle entendait; elle avait conservé le goût; sa sensibilité tactile était inctate; l'odorat seul, parmi les sens, était aboli par suite de la section des processus olfactifs. Elle paraissait avoir conservé les différentes facultés instinctives et intellectuelles que l'on peut observer dans les conditions de l'expérience dont il s'agit.

« Or, l'examen de l'intérieur de la cavité crânienne montre, comme on peut le voir sur la pièce mise sous les yeux de l'Académie, que les lobes cérébraux et la glande pinéale avaient été très complèment enlevés et que le reste de l'encéphale (lobes optiques, cervelet, lobes postéro-supérieurs du bulbe) est tout à fait intact. L'animal a survécu plus de six mois à l'opération ; il n'y a pas le moindre indice d'un travail de régénération des lobes cérébraux. Le tissu adipeux qui comble, dans l'état normal, les parties de la cavité crânienne non occupées par l'encéphale s'était reproduit. En l'enlevant avec soin, on a mis a découvert les nerfs optiques qui sont restés sains et l'on a pu retrouver facilement les segments, non enlevés, des processus olfactifs. Ces segments se terminent à la partie antérieure de la cavité crânienne par les lobules olfactifs qui ne semblent avoir subi aucune modification. Il y a eu un si faible travail irritatif dans le crâne que les segments des processus olfactifs, laissés en place, n'ont contracté aucune adhérence avec le tissu cellulaire de la cavité crânienne.

« L'ouverture faite au crâne lors de l'opération était fermée depuis plus de trois mois. La peau s'y était refermée avec son pigment. On voyait une légère dépression à l'endroit où cette ouverture avait été pratiquée. Une production lamelleuse de substance osseuse, partant du pourtour de l'ouverture ancienne, doublait la peau dans la plus grande partie de cette ouverture, et il me paraît certain que la paroi du crâne se serait entièrement reformée par ce travail de régénération osseuse, si l'animal avait vécu un ou deux mois de plus.

« Cette expérience ne saurait laisser aucun doute sur la légitimité de la conclusion de M. Is. Steiner. Elle montre, en effet, que l'instinct et la volonté, facultés dont le siège, chez les Batraciens, les Reptiles, les Oiseaux et les Mammifères, parait être dans les lobes cérébraux, peuvent se manifester chez les Poissons osseux, aprés l'ablation complète de ces lobes. »

M. Faye présente une note de M. Emile Schwœrer sur les relations réciproques des grands agents de la nature.

« M. A. Klein, le savant astronome de Cologne, prenant pour point de départ l'exposé fait par M. Clausius et le travail le plus récent publié par M. Hirn, sous le titre de la *Notion de Force*, signale dans ces deux œuvres deux étapes caractéristiques dans la philosophie scientifique moderne.

« M. Clausius fait ressortir la différence qui existe entre les idées qu'on avait anciennement en physique sur les agents de la nature, tels que la chaleur, l'électricité, la lumière, etc., et celles qui, par suite des progrès de la science, s'y sont substituées; sans méconnaître la parenté entre ces agents, il appuie sur le caractère erroné de certaines expressions qui se sont introduites dans le langage; il montre combien sont impropres les termes de *transformation de la chaleur en électricité*, et *d'électricité en chaleur*, etc., etc. En examinant les faits, il arrive de proche en proche à formuler une proposition très importante, à savoir : qu'on peut très probablement expliquer la propagation de la chaleur rayonnante et de la lumière par une action des forces électriques, et que, par conséquent, on doit substituer, à l'ancien *éther* dont on remplissait l'espace et les corps, l'électricité elle-même.

« D'après M. Clausius, les sciences physiques en seraient arrivées à ce point fondamental, qu'outre la matière pondérable, il n'existerait qu'une seule substance particulière et que l'ensemble des phénomènes trouveraient leur explication à l'aide de mouvements variés de cette substance.

« Passant ensuite à l'examen de la « notion de Force » M. Klein pense que M. Hirn a fait un pas de plus en considérant la force, prise en général, comme une classe d'éléments spécifiquement distincts de la matière dite pondérable, en établissant que l'électricité, la chaleur, les anciens impondérables de la physique, en un mot, sont, non pas

des espèces particulières de matière, ou des véhicules de force, mais des forces proprement dites, formant une classe commune avec la cause de la gravitation, par exemple. »

VARIÉTÉS

L'ÉCLAIRAGE NOCTURNE DES CHAMPS DE BATAILLE ET LES SECOURS DE NUIT AUX BLESSÉS MILITAIRES.

Cette question a été agitée à diverses reprises durant ces dernières années, et les applications modernes de la lumière électrique faisaient espérer sa solution.

En Allemagne, elle vient de faire l'objet d'expériences auxquelles ont pris part quelques colonnes sanitaires de l'armée wurtembergeoise sous la direction de M. Wacktigall, leur chirurgien en chef. L'éclairage était fourni par une voiture traînée par deux chevaux et portant douze batteries électriques produisant pendant toute une nuit un arc lumineux d'une intensité égale à deux mille bougies. Cette voiture-fanal porte avec elle son approvisionnement de sulfate de cuivre; la lampe est mobile et ses rayons peuvent éclairer dans des directions variées, soit verticalement, soit horizontalement, au moyen d'un système de suspension et d'un miroir parabolique.

Pendant les expériences aux environs de Burgholzoff, d'après le journal allemand *Das Rothe Kreutz*, malgré les accidents de terrain, l'éclairage était suffisant jusqu'à une distance de 700 mètres. La légèreté et la mobilité de la voiture étaient telles qu'on pouvait continuer l'éclairage, sans interruption, pendant la marche, et qu'on aurait reconnu aisément des blessés derrière les haies ou les plis du terrain. Ces expériences permettent d'espérer la solution d'un problème auquel l'humanité est intéressée, mais dont les difficultés sont grandes, car cette solution doit encore satisfaire aux nécessités stratégiques et ne pas compromettre la sécurité des armes au profit des malheureux blessés demeurant pendant la nuit sur les champs de bataille. — C. L. D.

FORMULAIRE

Pilules antidiarrhéiques. — Trousseau.

Ipéca pulv.....	25	centigrammes.
Extrait d'opium.....	5	—
Calomel à la vapeur.....	5	—

F. s. a. 10 pilules. — Une à trois dans les vingt-quatre heures, dans l'intervalle des repas. — On continue ainsi pendant huit ou dix jours au plus, de crainte de provoquer la salivation. — Ces pilules sont indiquées quand la diarrhée dure depuis un certain temps, et qu'elle a résisté aux purgatifs salins. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 15 octobre 1886, M. Baillaud, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Porteret, docteur en médecine, est nommé pour deux ans, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Masson, démissionnaire.

M. Hugonnenq, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de chimie organique, en remplacement de M. Guérin, dont le temps d'exercice est expiré.

©BIU Santé

Société médicale d'Amiens. — La Société médicale d'Amiens, formant le Comité central de vaccine du département de la Somme, a tenu sa séance solennelle annuelle le dimanche 4 juillet 1886, à trois heures du soir, dans une salle de l'Hôtel de Ville d'Amiens, sous la présidence de M. le secrétaire général du département de la Somme.

M. le général, commandant le 2e corps d'armée, et M. le préfet s'étaient excusés par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. le docteur Froment donne lecture de son rapport sur le prix offert annuellement par la Société médicale. Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et une médaille d'or est décernée à M. le docteur Deligny, médecin à Paris, membre correspondant, et déjà lauréat de la Société médicale d'Amiens.

M. le docteur Bax lit, en remplacement de M. le docteur Peaucellier, absent, le rapport sur le prix des médecins du département de la Somme. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Trépant (de Nesle).

Depuis trois ans, la Société médicale décerne une médaille d'argent à l'élève de l'École de médecine d'Amiens, qui est venu lire à la Société les observations les plus intéressantes. M. le docteur Léger, chargé du rapport, conclut à ne donner aucune récompense pour l'année 1885.

M. le docteur Dhourdin, secrétaire du Comité central de vaccine, donne lecture de son rapport sur la marche de la variole et sur les opérations de la vaccine dans le département de la Somme pendant l'année 1885. Il donne ensuite les noms des vaccinateurs qui ont mérité des récompenses pendant la même année.

Le 1er Secrétaire docteur G. Huber.

Voici la liste des médailles d'argent accordées par M. le Ministre du Commerce aux vaccinateurs qui ont fait le plus de vaccinations et qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, pendant l'année 1884 :

M. Vaillant, officier de santé, à Méaulte; Mme Cottrel-Decaux, sage-femme, à Péronne.

Primes d'honneur accordées aux vaccinateurs qui ont opéré le plus de vaccinations : M. Mercier, officier de santé, à Gamaches; M. Tirmont, officier de santé, à Pont-Remy; Mme Fournier, sage-femme, à Amiens.

Primes d'honneur accordées aux vaccinateurs, qui, eu égard à la population de leur circonscription, ont laissé le moins d'enfants à vacciner : M. le docteur Sorel, de Villers-Bretonneux; M. Lesenne, officier de santé, à Saint-Riquier.

Lancetiers d'honneur. — Mlle Hervé, sage-femme, à Rue; Mme Hurtrel, sage-femme, à Amiens; M. Duprez, officier de santé, à Liéramont; M. Léméré, officier de santé, à Conty; M. Braillon, officier de santé, à Nesle; M. Mahélin, officier de santé, à Hornoy.

Mentions honorables : Mme Cottrel-Decaux, sage-femme, à Péronne; M. Demarquet, officier de santé, à Corbie; M. le docteur Tripier, d'Abbeville; Mme Sulmont, sage-femme, à Amiens; M. Tourneur, officier de santé, à Crécy; M. Quillart, officier de santé, à Toutencourt; M. le docteur Dubois, de Villers-Bretonneux; M. Duchaussoy, officier de santé, à Beauquesne; Mme Fossé, sage-femme, à Amiens; M. le docteur Pombourg, d'Acheux; M. Billet, officier de santé, à Berteaucourt; M. Hue, officier de santé, à Ailly-sur-Somme.

Bulletin bibliographique.

Des cataractes et de leurs opérations. Conférences cliniques faites par le docteur Galezowski, recueillies par le docteur Boucher. Brochure in-8° de 52 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve au « Progrès médical », 14, rue des Carmes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Ch. Éloy : De la valeur et des applications médicales de l'élongation sanglante des nerfs. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

De la valeur et des applications médicales de l'élongation sanglante des nerfs.

I

Il y avait déjà plusieurs années que les physiologistes connaissaient les effets généraux de l'élongation nerveuse, quand les cliniciens, chirurgiens et médecins, se décidèrent à les mettre au service de la thérapeutique. Un incident opératoire en fut l'occasion et plus que les expériences de laboratoire fit la fortune de cette méthode.

On n'a pas oublié l'épisode de la pratique de Billroth, distendant involontairement le nerf sciatique, qu'il dénudait dans un but d'exploration. Les crises épileptiformes du blessé disparurent, la guérison fut définitive et un succès inattendu terminait cette élongation accidentelle. C'était en 1869 : Nusbaum fut témoin de cette opération et s'en inspira plus tard, sans doute.

Néanmoins le fait n'était pas absolument nouveau. En remontant quelques années en arrière aux travaux de Harless et Huber, en 1859, et aux grenouilles décapitées de Valentin, en 1864, on trouve dans ces expériences une description partielle des phénomènes de l'élongation nerveuse. On crut à tort à une découverte, alors qu'il s'agissait seulement de phénomènes, entrevus déjà par les physiologistes, mais oubliés ou méconnus des cliniciens.

Il en était encore ainsi lorsque, en 1872, Nusbaum pratiqua, de parti pris, l'élongation des nerfs cervicaux inférieurs pour restaurer la motilité d'un membre supérieur contracturé depuis plusieurs mois. La motilité revint, et, résultat imprévu, son retour s'accompagna de la disparition de l'anesthésie des régions correspondantes.

Deux années plus tard, Vogt était conduit à employer cette même opération dans le traitement des troubles de la sensibilité et, en particulier, de la névralgie sciatique.

La renommée de l'élongation devait grandir rapidement. A l'envi, sur l'un et sur l'autre continent, on l'appliqua au traitement des troubles nerveux les plus divers. Peu de temps après, en 1883, M. Omboni Vincenzo en réunissait déjà 500 cas; en 1884, M. Lagrange en consignait 415 observations authentiques dans un mémoire récompensé à juste titre par la Société de chirurgie de Paris.

Le nombre en est considérable aujourd'hui et leur littérature immense; il serait fastidieux d'énumérer les auteurs qui en ont écrit. Rappelons seulement les revues de MM. Artaud, Gilson, Blum, Chauvel, Stinzing, Worth, Finger, Lee, Chandler, en France et à l'étranger, et les thèses inaugurales de MM. Nicolas, Schewing et Wiet. La bibliographie complète de l'élongation nerveuse présente une étendue démesurée. Je la laisse de côté pour entrer dans ses applications à la thérapeutique des maladies nerveuses.

©BIU Santé

II

Ce sont surtout les névralgies rebelles aux diverses médications classiques, névralgies sciatique, faciale, brachiale, intercostale ou crurale, qu'on a traitées par l'élongation. MM. Artaud et Gilson en rapportent 70 cas, M. Lagrange 149, M. Chandler 152 et M. Omboni 222.

Les succès du début furent, en effet, fort encourageants. M. Gen obtint 14 guérisons et 5 améliorations dans une série de 25 névralgies de causes diverses, et M. Pooley (de New-York) dans la moitié des cas. Luigi Medini enregistra 42 succès complets sur 50 élongations sanglantes pratiquées sur ses compatriotes. Omboni proclamait la supériorité de cette opération sur tous les traitements médicaux et chirurgicaux des névralgies. Roderich, Stintzing, Loreto et Vogt, lui accordent leur faveur, et Koning n'hésitait pas à la répéter, quand le résultat d'une première opération était passager et incomplet.

C'était là un véritable engouement. Comme tous les enthousiasmes, il eut ses retours. M. Chauvel (du Val-de-Grâce) était plus prudent quand, à cette époque, il déclarait que les résultats acquis se confirmeraient seulement « le jour où les indications et les contre-indications de l'élongation seraient bien réglées ».

Ce jour est-il venu? La statistique raisonnée devrait nous donner réponse. Entre toutes, la névralgie sciatique a motivé cette intervention chirurgicale. Elle est fort rebelle; sa réputation vulgaire en fait foi. Elle avait procuré le premier succès de Vogt. C'était un encouragement pour les opérateurs. Elle donne l'occasion au médecin d'épuiser toutes les médications rationnelles et même empiriques; autre raison pour en appeler au bistouri, à défaut des agents de la matière médicale. On élongea donc un nombre relativement grand de nerfs sciatiques en puissance de névralgies.

M. Lagrange en a noté 67 observations sur 148 cas de névralgies diverses opérées par cette méthode. MM. Lefort, Azam, Lange, Chambers, Nicoladini, Hancoch et d'autres encore, opérèrent ou firent opérer avec des chances diverses.

Dans cette série de 67 cas, un seul se termina par la mort; 5 fois l'insuccès fut complet; 20 fois il y eut amélioration passagère et 41 fois la guérison parut durable.

Ces résultats seraient donc heureux, si la disparition des phénomènes douloureux était définitive. Ils constitueraient même une sorte de supériorité en faveur de l'élongation par rapport à la section et à la résection, le nerf sciatique étant un nerf mixte et sa névrectomie ayant pour inconvénient des troubles de la motilité et l'abolition de la sensibilité.

Exempte de ces dangers, l'élongation serait donc la méthode de choix pour le traitement chirurgical des névralgies sciatiques.

A côté de la névralgie susdite se place la *névralgie du nerf crural*. Mais celle-ci est rare, et M. Lagrange n'en consigne qu'un cas dans lequel la guérison fut obtenue. — *Testis unus, testis nullus*, — la réserve est ici de nécessité.

Les nerfs du membre supérieur, *plexus brachial*, *nerf médian*, *nerf cubital*, *nerf des doigts*, ont été élongés dans 26 cas; 2 fois sans succès, 7 fois avec des améliorations passagères, 11 fois avec une guérison de durée indéterminée, 2 fois avec une guérison suivie pendant moins de deux mois,

et 2 autres fois avec une guérison constatée, l'une après deux mois, l'autre après une année.

L'élongation des *nerfs intercostaux* a produit des bénéfices moins nets. Sur 4 opérations, 2 seulement furent heureuses; de plus, l'un des deux échecs fut suivi de mort.

Il y a loin de la brutale exactitude de ces chiffres aux séries vraiment trop fortunées de Loreto, qui, au témoignage de M. Omboni, obtint 16 succès dans 16 opérations! Dans l'élongation du *trijumeau et de ses branches,* les succès et les revers se balancent, qu'il s'agisse de névralgie faciale, de glaucome ou de douleurs ciliaires. Au reste, le débat est entre les chirurgiens et les ophthalmologistes.

Au lieu d'empiéter sur leur domaine, cherchons les résultats de cette opération au cours des affections cérébro-spinales, et en premier lieu de l'*élongation sanglante dans le tabes.*

En 1879, Langenbuch la pratique avec l'espérance de modérer les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice; il constate leur diminution et en même temps aussi, fait inattendu, l'atténuation de l'incoordination motrice. Son exemple fut suivi par Esmarck, Dreschfeld, Ertenmeyer, Southern, Cavafi, Bastian, Marchal et par M. Debove, auquel la thérapeutique contemporaine est redevable de si heureuses acquisitions.

La littérature médicale s'enrichit rapidement d'observations semblables. Langenbuch édifia même sa théorie de la pathogénie du tabès par extension centripète des lésions périphériques. Puis tout ce bruit diminua, et l'enthousiasme faiblit, malgré les efforts d'avocats fort zélés.

Après avoir été présentée durant un instant et par quelques-uns, comme une sorte de traitement radical, elle descendit au rang d'une médication symptomatique. Finalement, la majorité des cliniciens revint de ces audaces d'une thérapeutique systématique et, avec M. Raymond, reconnaît aujourd'hui que l'élongation « a entraîné comme conséquence définitive « une aggravation de la maladie considérée dans son ensemble ».

Les statistiques témoignent de la justesse de cette opinion; car les améliorations signalées n'étaient que passagères, et les accidents furent nombreux. En effet, dans le relevé de 94 opérations, M. Lagrange compte 21 accidents, dont 9 mortels, et 6 succès tellement douteux qu'on a pu soupçonner, — la question a été agitée, — des erreurs de diagnostic.

Quant à l'étirement du nerf optique contre le tabès et à l'élongation du nerf orbitaire dans l'athétose, il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Il en est de même de l'élongation contre les hémiplégies, la paralysie agitante et les myélites traumatiques. Les résultats furent trop passagers, trop incertains ou trop désastreux, et sans un grand effort de raisonnement, on avouera que l'élongation sanglante ne saurait, à l'heure actuelle, passer pour une médication des affections des centres nerveux.

Les avantages ne sont pas moins problématiques, quand on l'applique au traitement *du tic douloureux de la face*, ou névralgie épileptiforme du trijumeau. Dans les cinq observations réellement authentiques, discutées par M. Lagrange, on compte 5 insuccès, soit que l'amélioration fût passagère, soit que la paralysie faciale remplaçât temporairement la névralgie, celle-ci se manifestant de nouveau au moment du retour de la motilité.

Dans le tic non douloureux de la face, les résultats ont été moins défavorables. L'élongation supprime les convulsions sans abolir la contractilité

©BIU Santé

musculaire. Huit observations publiées par Eulenberg, Bernhardt, Schussler, Putnam et Godler, démontrent à la fois l'existence d'une amélioration et sa courte durée. Par contre, les accidents ne firent pas défaut; de sorte que l'opération présente quelques avantages et de faibles dangers, en raison même des dispositions anatomiques du nerf et du faible retentissement des tractions sur l'encéphale.

L'élongation du spinal a été impuissante contre le *torticolis grave et spasmodique*. Par contre, celle du plexus brachial et du sciatique a paru diminuer les *contractures et les spasmes traumatiques* dans les faits de MM. Panas, Poulet, Callender, Israël et Hawer.

D'autre part, comment ne pas comparer les succès obtenus dans l'*épilepsie consécutive aux lésions périphériques* du pied-bot, par exemple (Nusbaum et Tutschek) avec les phénomènes découverts par M. Brown-Séquard? L'inhibition de ces phénomènes pathologiques était un fait de même ordre que l'arrêt des attaques d'épilepsie que ce savant physiologiste produisait chez un nègre par la flexion forcée du gros orteil d'où partait l'aura convulsive.

Dans un but inverse, MM. Nicaise, Chauvel, Gérard, Bomfort, von Muralt, Mac-Leod, Gartner, Poulet, Simon, essayèrent par cette opération de restaurer le pouvoir sensitivo-moteur dans les *paralysies périphériques*. De ces tentatives, les unes, les plus nombreuses, échouèrent, d'autres modifièrent heureusement la nutrition des muscles paralysés, l'anesthésie des régions correspondantes, et même amenèrent le retour partiel de la motilité. Jusqu'à présent, de tels faits sont rares, exceptionnels et difficiles à interpréter.

L'*anesthésie lépreuse* a été traitée au moyen de l'élongation par Mac-Leod (de Calcutta) et par ses compatriotes. Nonobstant les affirmations de Nève, les statistiques de Lawrie, Vallace et Down, cette opération n'offre pas d'autres avantages que d'être palliative. Contre le tétanos elle ne possède pas même ce mérite ; à preuve les essais de Vogt, Kocher, Nankivel, Johnston, Thomas (de Tours) et d'autres.

III

Quelle valeur clinique doit-on attribuer à l'élongation dans le traitement des névroses et des affections cérébro-spinales? Une valeur sans doute bien restreinte.

Dans les névralgies, disent ses partisans, elle procure des résultats durables, et l'emporte sur la névrotomie, parce qu'elle n'entraîne pas fatalement l'abolition de la motilité. Toutefois, avant de se prononcer sur l'opportunité de l'une ou de l'autre de ces opérations, il y a lieu de distinguer entre les névralgies de cause périphérique et les névralgies de cause centrale. On comprend mieux alors son utilité contre les premières, ou son infériorité contre les secondes.

Une autre considération peut sans doute motiver aussi le choix du clinicien. J'entends parler du siège même de la névralgie. C'est ainsi que M. Jaccoud et M. Pozzi préfèrent la résection régulière du tronc nerveux à son élongation contre la névralgie orbitaire. Ses résultats sont plus définitifs, car ils ne consistent pas dans une heureuse accalmie suivie de récidive après quelques semaines.

Dans les névroses convulsives, où tout échoue et où tout réussit exceptionnellement, et dans les troubles de la motilité des maladies cérébro-

spinales, son efficacité est plus douteuse encore ; car si elle diminue l'intensité de la douleur, elle ne peut modifier la marche générale de la maladie.

Ici encore, n'y a-t-il pas lieu d'établir une distinction entre la douceur de l'élongation non sanglante et la brutalité plus grande de l'élongation sanglante ? Sur 415 observations, M. Lagrange a relevé 42 accidents graves ou mortels, accidents opératoires ou post-opératoires, sans compter les complications survenant éventuellement à la suite des traumatismes chirurgicaux. Ici, après l'élongation du sciatique, ce sont des attaques épileptiformes (1), de la paralysie ou de l'hématomyélie, des troubles typhiques, des eschares, des symptômes de myélite ou de sclérose (2). La, après l'élongation des nerfs intercostaux, crâniens ou brachiaux, ce furent le coma, la paralysie définitive, l'exagération des douleurs. Ailleurs ce furent des suppurations, des érysipèles et des troubles trophiques analogues à ceux de l'élongation pratiquée dans les laboratoires. Ailleurs encore, le nerf élongé se rompit, incident regrettable, quand la rupture était celle d'un cordon nerveux moteur.

En parcourant cette nomenclature, on s'étonne presque que l'élongation ait eu son heure de gloire et recruté des partisans parmi les cliniciens les plus prudents. Il ne faudrait cependant pas conclure avec un excès de rigueur et se hâter de la proscrire de la thérapeutique ; il paraît plus sage de la regarder comme un traitement de nécessité et non comme un traitement de choix.

Une autre raison commande encore la prudence, c'est la diversité des explications formulées pour donner raison des phénomènes obtenus : hypothèse de Vogt sur les *changements dans les extrémités périphériques du nerf élongé*, théorie de la *vacuolisation* des cellules des cornes antérieures, et théorie plus vraisemblable de changement dans les activités des centres nerveux par modifications *de la vaso-motilité et surtout par inhibition.*

C'est pourquoi, sur le terrain des applications médicales, le clinicien ne peut abdiquer toute hésitation pour recommander une opération dont les bénéfices semblent trop souvent douteux, et dont, souvent aussi, les inconvénients et les dangers ne sont pas imaginaires.

Ch. ELOY.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Séance du 19 octobre (matin). — Présidence de M. le professeur PLUM (de Copenhague).

Nature, pathogénie, traitement du tétanos.

M. le docteur VASLIN (d'Angers) a vu le tétanos survenir chez un enfant de 11 ans qui, dans une chute, se brisa la cuisse en même temps qu'il recevait au jarret une blessure profonde due au frottement d'une corde d'engrenage. La fracture fut réduite et maintenue, et au-dessous la plaie anfractueuse fut supprimée par une désarticulation du genou. L'état du malade était des plus satisfaisants, quand eut lieu une vive discussion ; le lendemain, le tétanos éclatait. Aucune douleur dans le moignon : les auras partaient nettement de la nuque. Guérison au vingt-neuvième jour.

(1) Faits de Hirschfelder, Cavafy, Westphall, Kulemkamph, Finger, etc., etc.
(2) Faits d'Obolinski, Neubauer, etc., etc.

©BIU Santé

Ne trouvant l'explication du tétanos ni dans les changements de température, ni dans les soins, ni dans la plaie déchiquetée, qui avait été supprimée rapidement par l'amputation, ni dans une infection — que n'ont pu reproduire ensuite des expériences sur des animaux avec le sang, l'urine et la salive du malade, — M. Vaslin en arrive à admettre qu'il y a eu chez l'enfant une irritation nerveuse de cause morale d'une telle intensité, que le tétanos s'en est suivi. Il y aurait donc, d'après lui, une forme de tétanos-névrose, et peut-être même le tétanos ne serait-il qu'une affection nerveuse. Ce ne peut pas être toutefois une myélite, car ici les lésions du membre inférieur se sont réparées sans aucun trouble.

Partant de ce principe que le tétanos est une névrose, M. Vaslin a traité son opéré en conséquence ; il l'a isolé dans l'obscurité et a prescrit le chloral jusqu'à saturation, et la morphine jusqu'à cessation des spasmes convulsifs.

L'année suivante, cet enfant reçut à la main droite une blessure grave, qui guérit aisément sans menace de récidive tétanique. Ce fait est donc en opposition avec ceux qui ont été signalés dernièrement par M. Verneuil et par moi-même.

M. Balestrebi (de Gênes) croit aussi que le tétanos est une névrose ; toutes les médications basées sur la nature infectieuse supposée de la maladie sont toujours restées stériles ; il n'y a jamais eu de succès que pour les médicaments qui s'adressent aux maladies nerveuses.

M. le docteur Thiriar (de Bruxelles) croit à la nature contagieuse du tétanos. Chez quatre opérées qui furent atteintes de cette affection devenue rapidement mortelle, on ne pouvait invoquer comme cause pathogénique, ni le froid, ni l'irritation nerveuse, ni le renouvellement fréquent du pansement, puisque dans aucun cas le pansement n'avait encore été changé au moment de l'apparition du tétanos. Mais la durée d'incubation, toujours identique ou à peu près, de cinq à six jours environ, est assez d'accord avec l'idée d'une infection.

Cette opinion est encore confirmée par la relation d'une épidémie de tétanos, une véritable *influenza*, qui depuis deux ans ravage les environs de Waterloo et de Nivelle. Un médecin d'un village voisin, établi depuis trente et un ans, n'avait jamais vu de tétanos depuis trente ans, mais depuis deux ans il en a soigné deux cas. Un autre confrère vient d'en observer trois coup sur coup ; il n'en avait jamais vu auparavant. Le docteur Tellier (de Waterloo) en a noté, lui aussi, deux cas récents dans sa pratique. D'autres médecins apportèrent un nouvel appoint à cette relation. Un des quatre cas de M. Thiriar fut observé à Nivelle même. Tous ces faits viennent donc à l'appui de la théorie parasitaire du tétanos, bien qu'on ne soit pas fixé sur la manière dont la contagion s'est produite, ni sur l'agent de la contagion. Ce dernier n'est pas l'opérateur, car alors on ne pourrait plus croire à la vertu de l'antisepsie, que M. Thiriar pratique de la manière la plus minutieuse.

M. le docteur Maunoury (de Chartres) soutient la thèse contraire, car il n'a jamais trouvé la contagion. Cependant plusieurs des cas de tétanos qu'il rapporte sont survenus de six à neuf jours après la blessure, ce qui rentre dans la durée de l'incubation tétanique signalée par M. Thiriar, et plaiderait en faveur de la nature infectieuse du tétanos.

M. Maunoury craint l'action du froid. De tous ses blessés ou opérés, aucun n'habitait une maison confortable. Le feu, dans les habitations à la campagne, sert à préparer les aliments, mais jamais à se chauffer ; tout le monde a donc froid, les malades comme les autres, surtout quand le tétanos éclate, c'est-à-dire le plus souvent en mars et avril, en octobre et novembre. Le spray phéniqué étant une cause de refroidissement, M. Maunoury y a renoncé depuis l'apparition du tétanos dans sa pratique.

Quant à la contagion, elle n'a pu être trouvée ni d'homme à homme, ni d'animal à homme, ni d'animal à animal.

Plusieurs médecins et vétérinaires, exerçant dans la même contrée que M. Maunoury, ont observé également des faits de tétanos n'ayant aucune corrélation entre eux. Sur 150 cas de tétanos survenus chez des chevaux ou vaches, aucun des vétérinaires qui les ont observés n'a souvenir d'avoir soigné deux animaux atteints de tétanos dans la même

ferme; ils ne se rappellent pas avoir jamais vu éclater de tétanos humain dans les fermes où ils avaient soigné des bêtes tétaniques. Vingt-neuf fois ils ont eu à soigner en même temps deux animaux atteints de tétanos, mais à des distances considérables.

M. Maunoury ne croit pas non plus que M. Thiriar ait été le véhicule de la contagion chez ses malades, d'abord parce qu'il pratique également l'antisepsie la plus minutieuse, et ensuite parce qu'entre deux opérations suivies de tétanos, il en a fait d'autres qui ont été exemptes de cette complication.

M. Verneuil vient défendre, au sujet de la pathogénie du tétanos, l'hypothèse émise par M. Larger, à savoir que le tétanos est de nature infectieuse, et que son origine chez l'homme provient du cheval.

Il rappelle d'abord que bien des maladies nous viennent des animaux : la rage nous vient du chien, le charbon du bœuf, le vaccin de la vache, la trichine du porc, la diphthérie, peut-être des gallinacées; le cheval, qui nous donne déjà la morve, pourrait bien nous donner aussi le tétanos. En tout cas, le tétanos est une maladie spécifique, infectieuse, n'apparaissant jamais spontanément. C'est une maladie spécifique qui sévit sur plusieurs espèces animales, en revêtant toujours des caractères identiques; donc, si on prouve sa nature infectieuse chez un animal quelconque, cette maladie est également infectieuse dans les autres espèces.

Or, le tétanos est certainement infectieux chez le cheval, comme le démontrent des faits déjà nombreux recueillis depuis quelques mois par M. Verneuil. D'abord, l'épidémie de Carrières, relatée par M. Larger à la Société de chirurgie; puis une note de M. Cérémoni, vétérinaire à Noisy-le Sec, qui nous apprend que, dans la région, tous les chevaux blessés ou opérés meurent du tétanos; puis encore ce fait que, dans un village des Ardennes, un vétérinaire opérant 3 chevaux sur un même tas de fumier, les perd tous trois du tétanos; une autre série de 10 chevaux castrés par le même vétérinaire meurt également de tétanos, tandis qu'un autre vétérinaire, opérant dans le même village, n'eut que des succès; enfin, de nombreux cas de blessures par des instruments servant dans les fermes; ou survenant chez des individus soignant les chevaux : marchands, équarrisseurs, garçons d'écurie; ou provenant de morsures ou plaies contuses faites par des chevaux; ou atteignant des régions exposées à être souillées par les déjections des chevaux, etc., et ayant donné lieu au tétanos.

Si donc le tétanos est infectieux chez le cheval, il l'est aussi chez l'homme. Peut-être faut-il l'intervention de plusieurs causes pour le produire, un microbe, qui n'est pas encore isolé; l'influence du froid; certains tempéraments; mais on a établi la production de l'érysipèle et la contagion de l'infection puerpérale sur des preuves qui n'étaient pas meilleures que les précédentes.

On dit qu'il n'y a pas d'exemples que l'homme atteint de tétanos ait contagionné un animal. Cela ne prouve rien. Dans ces sortes d'infection, la réciproque n'est pas nécessaire et n'existe pas. Jamais un homme n'a donné la rage au chien, le charbon au bœuf, ni la trichinose au porc. Il se peut fort bien que l'homme, très bon récepteur vis-à-vis du cheval, soit incapable de lui communiquer le tétanos. Si l'on ne trouve pas, dans bien des cas, le point de départ, ce n'est pas une raison pour nier la contagion. On ne sait pas toujours comment une pustule maligne est née, mais on sait bien qu'elle ne s'est pas développée spontanément; il en est de même pour la syphilis.

Cette donnée nouvelle ne peut se démontrer dans un Congrès; elle ne peut qu'être posée; c'est à l'avenir de la confirmer ou de l'infirmer.

M. Doyen (de Reims) est partisan convaincu de la théorie microbienne du tétanos. Dans les cas dont il a pu faire l'autopsie, il a noté des lésions de congestion dans les nerfs aboutissant à la plaie. Ces nerfs, placés dans des tubes de culture, sont restés stériles; mais la culture des bourgeons charnus de la plaie et des centres nerveux (bulbe et protubérance) ont décelé la présence d'un grand nombre de staphylococci non réunis en chapelet. Si on n'a pas trouvé de microbes dans les nerfs, c'est que sans doute ils ont filé le long des gaines pour gagner les centres nerveux, suivant un processus bien connu en microbiologie.

©BIU Santé

M. le docteur Larger (de Maisons-Laffitte) apporte de nouvelles preuves à l'appui de la théorie infectieuse du tétanos. D'abord, une lettre de M. de Saboia, professeur à la Faculté de Rio-Janeiro, et annonçant que le tétanos, si fréquent autrefois dans la pratique, l'est bien moins depuis l'adoption de la méthode antiseptique à Rio; puis un fait dans lequel deux ouvriers habitant la même chambre et s'étant blessés à plusieurs années de distance, ont été atteints tous deux de tétanos; il y avait donc eu là contagion. Malgré les insuccès de la méthode expérimentale, les preuves fournies par la clinique sont donc déjà assez nombreuses pour témoigner puissamment en faveur de la nature infectieuse du tétanos.

M. le docteur Blanc (de Bombay) croit, autant que M. Verneuil, à l'origine équine du tétanos; dans la région où il exerce, les cas de tétanos sont aussi fréquents chez les chevaux que chez les hommes. La propagation de la maladie doit se faire autant par l'organisme entier que par la plaie extérieure : à Bombay, on observe assez fréquemment le tétanos médical, sans pouvoir retrouver la moindre solution de continuité, la moindre porte d'entrée aux germes; d'autre part, il n'y a pas de distinction à établir entre le tétanos médical et le tétanos chirurgical, au point de vue de la gravité.

L'eau sert de véhicule aux germes pour le tétanos comme pour le choléra, qui apparaît aux mêmes époques, c'est-à-dire au moment de la saison chaude, alors que les puits taris ont attiré à eux, des terrains voisins, l'eau et les germes morbides dont elle est chargée. En buvant cette eau, on boit le tétanos, comme on boit aussi le choléra, car il y a plus d'une analogie frappante entre ces deux affections : époque d'apparition, crampes musculaires, douleurs abdominales siégeant dans la paroi ou dans l'intestin, etc.

Au point de vue du traitement, nous avons vu que M. Vaslin recommande les principes émis par M. Verneuil : isolement, obscurité, chloral et morphine; mais il exerce dans une contrée où le tétanos paraît comporter une grande gravité, car, sur 17 cas, il n'a eu qu'une guérison, et dans son entourage il n'a relevé qu'une guérison sur 20 cas, chez un malade traité par le laudanum à hautes doses.

M. Balestreri recommande le tartre stibié, qu'il administre progressivement à doses de 5, 10, 20, 30 et même 40 centigrammes; l'amélioration se produit au fur et à mesure; l'appétit revient malgré l'émétique, et enfin la guérison. Sur 17 tétaniques traités par le chloral à l'hôpital de Gênes, il y eut 11 guérisons et 6 morts; sur 3 tétaniques traités par le tartre stibié, il y eut 3 guérisons.

M. le docteur Thiriar est encore indécis sur le traitement à adopter. Dans un cas, l a employé le chloral et la morphine; dans un autre, la cocaïne et la morphine; dans un autre, le chloral, le chloroforme, le laudanum et la morphine; dans un quatrième, la pilocapine; les quatre malades sont mortes très rapidement.

M. Maunoury a vu mourir tous ses blessés adultes; chez quatre opérés, amputés après l'explosion des accidents tétaniques, il eut 2 guérisons et 2 morts, par le traitement de M. Verneuil.

M. Borier (de Montauban), est aussi partisan de cette méthode qui lui a donné un beau succès; il admet que le tétanos, même aigu, est curable; mais il faut appliquer le traitement avec une grande rigueur, et en confier la surveillance à une personne intelligente et susceptible de proportionner l'administration du médicament à l'état du malade. Il faut, en outre, ne pas la cesser quand surviennent des améliorations, mais le continuer jusqu'à cessation absolue de tout phénomène spasmodique.

M. le docteur Blanc est absolument sceptique dans la question; il y a trois formes de tétanos à Bombay : l'une suraiguë, qui dure en moyenne trois jours, et emporte le malade avec une température de 42 à 43°; la seconde subaiguë, qui est mortelle en dix ou douze jours, mais peut guérir; la troisième, chronique, se prolonge de trente à quarante jours, est apyrétique et guérit ordinairement. Mais le traitement ne semble être pour rien dans le résultat. M. Blanc a esssayé de tous les médicaments sans rencontrer de spécifique; les uns sont inefficaces, les autres dangereux, comme le bromure de potassium, surtout à haute dose. Il se contente d'isoler le malade dans une chambre tranquille et de lui donner un peu de chloral pour calmer l'agitation nocturne. Pour le reste, c'est

plutôt un régime qu'une médication; du lait, quelques toniques, des laxatifs s'il y a constipation, une nourriture légère et autres précautions appropriées aux indications particulières. En agissant ainsi, il a la conviction de n'avoir perdu aucun malade qui ne dût mourir.

Les médecins hindous tiennent grand compte de la constipation et traitent tous leurs tétaniques par les purgatifs. Ils disent s'en trouver bien.

En résumé, cette discussion a apporté de nouveaux arguments et des faits très intéressants au sujet de la nature infectieuse du tétanos. En particulier, l'origine équine de cette affection ouvre de nouvelles voies aux recherches cliniques et à la pathologie comparée ; M. Verneuil demande qu'on fasse pour le tétanos ce qu'on a fait pour la rage et surtout pour le charbon, que les médecins veuillent bien l'étudier chez les animaux et les vétérinaires chez l'homme, et il ne doute pas que cette association soit féconde en résultats importants.

Quant au traitement, il faut bien avouer qu'il est encore loin d'être fixé. Jusqu'alors le chloral et la morphine, joints à l'isolement, à l'obscurité, à l'enveloppement dans la ouate, paraissent avoir donné les meilleurs résultats. Mais voici M. Balestreri qui vient apporter des résultats encore plus favorables grâce à l'emploi du tartre stibié à hautes doses. Où est la vérité ? La réponse est difficile à faire, aussi M. Balestreri, voulant encourager les recherches dans ce but, a-t-il annoncé, dans la dernière séance du Congrès, qu'il mettait à la disposition du Conseil d'administration une somme de 1,000 francs, destinée à récompenser le meilleur travail sur le traitement du tétanos, qui serait envoyé avant la prochaine session.

Espérons comme lui que d'ici là la question aura reçu quelque éclaircissement, et que nous pourrons en retourner l'honneur à la libéralité de notre généreux confrère de Genève.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 octobre 1886. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Ganglions sus-claviculaires et axillaires dans le cancer de l'estomac. — Mal de Bright sans albuminurie. — Facies myopathique dans l'atrophie musculaire progressive à type facio-scapulo-huméral. — Pathogénie de la congestion rénale primitive.*

M. Millard : M. Troisier a paru penser que l'adénopathie sus-claviculaire, dans le cancer de l'estomac, ne se trouvait que du côté gauche; M. Millard présente à la Société une femme qui a une tumeur cancéreuse du pylore facilement perceptible à la palpation, et qui, sans avoir de signes capables de faire admettre un cancer de l'œsophage, de la plèvre ni du poumon, présente des ganglions engorgés dans le creux sus-claviculaire *droit* et dans les deux aisselles, ganglions réunis par des cordons lymphatiques indurés. Le sein droit est notablement plus volumineux que le gauche, et l'on pourrait penser que la tuméfaction dont il est le siège est un cancer; l'engorgement des ganglions axillaires n'aurait plus dès lors d'intérêt au point de vue du cancer de l'estomac. Mais M. Quénu, ayant examiné ce sein, a écarté l'hypothèse du cancer et expliqué sa tuméfaction par l'œdème lymphatique résultant de la gêne circulatoire causée par l'adénopathie axillaire. Ce cas est donc bien un exemple de la propagation d'un cancer de l'estomac à distance éloignée, sans que les organes intermédiaires soient atteints.

M. Troisier a recueilli, depuis sa dernière communication, des exemples d'adénopathie sus-claviculaire dans des cancers plus éloignés encore que celui de l'estomac, notamment un fait de M. Raymond dans lequel cette adénopathie existe, alors que l'utérus est le seul viscère cancéreux.

M. Dieulafoy a, depuis sa communication du mois de juin sur le mal de Bright sans

©BIU Santé

albuminurie, observé trois nouveaux cas. Deux de ces cas lui paraissent démonstratifs, puisque les malades, après avoir eu pendant assez longtemps certains symptômes accessoires du brightisme sans qu'on ait trouvé d'albumine dans leurs urines, malgré des examens réitérés, ont eu un beau jour des œdèmes et de l'albuminurie. Mais les autopsies n'ayant pas été faites, il préfère ne citer avec détails qu'un cas dans lequel l'autopsie a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic. Un homme de 63 ans arrive à l'hôpital pour des céphalées violentes durant depuis plusieurs semaines avec exacerbations, un essoufflement constant et des accès d'oppression sans signes stéthoscopiques de lésions pulmonaires ni cardiaques. On pense qu'il peut être brightique, bien qu'il n'ait ni albuminurie, ni œdème. Il avait, il est vrai, eu les jambes enflées quelques mois auparavant. Le diagnostic de mal de Bright paraissait possible à M. Dieulafoy à cause des fréquentes envies d'uriner (pollakiurie), de quelques fourmillements dans le dos, et de la répétition très fréquente du phénomène du doigt mort. Le malade racontait que souvent, le matin, quatre doigts de sa main gauche devenaient pâles et insensibles.

Il accusait aussi des crampes horribles dans les jambes. Il n'avait dans ses antécédents ni alcoolisme, ni syphilis. Il urinait 1,800 grammes par jour. Cette quantité d'urine parut trop élevée à M. Dieulafoy pour faire la recherche du degré de toxicité de cette urine, suivant le procédé de M. Bouchard, c'est-à-dire par injection intra-veineuse au lapin. Le lendemain, le malade présentait une loquacité insolite, puis bientôt un délire violent, entrecoupé d'intervalles de lucidité. La quantité d'urine émise le lendemain n'étant que de 1,500 grammes, chiffre à peu près physiologique, la recherche de la toxicité fut faite, et avec un transfuseur dont la poire chasse à chaque coup une quantité déterminée de liquide, on injecta cette urine dans la veine de l'oreille d'un lapin de 2 kilogr. 700 grammes. Au 60e gramme d'urine injectée, contraction pupillaire; à 90 grammes, exophthalmie; à 130, contracture des muscles pectoraux; à 160, convulsions cloniques; à 180, spasmes tétaniques généralisés; à 230, cris plaintifs, myosis complet; à 260, dilatation pupillaire; à 265 grammes, mort. L'injection avait duré 12 minutes. Il avait fallu, pour tuer l'animal, une dose d'urine double de celle qu'il eût fallu avec l'urine physiologique, qui tue 1 kilogramme de substance vivante à la dose d'environ 50 grammes, d'après les recherches de M. Bouchard. Donc ce malade n'éliminait pas, à beaucoup près, par ses urines la quantité de poison nécessaire à la dépuration normale de l'organisme, et le diagnostic de mal de Bright parut désormais certain à M. Dieulafoy. L'élimination d'urée était de beaucoup inférieure aussi au taux normal (9 gram. environ par vingt-quatre heures).

Au bout de quelques jours, peut-être sous l'influence d'un refroidissement, le malade est pris de fièvre, d'albuminurie et d'une broncho-pneumonie à laquelle il succombe : on lui trouve deux reins petits, durs et kystiques, atteints de néphrite artério-scléreuse. Le cœur était plutôt petit qu'hypertrophié (on n'avait pas entendu de bruit de galop pendant la vie), mais le tissu cardiaque était histologiquement sclérosé. M. Dieulafoy se trouve confirmé par ce fait dans l'opinion qu'il a déjà exprimée antérieurement : il existe certaines formes de mal de Bright pouvant ne déterminer ni albuminurie, ni œdèmes pendant longtemps; on peut cependant les diagnostiquer par les symptômes dits accessoires et non classiques : doigt mort, troubles de la sensibilité, pollakiurie, etc., et recherche expérimentale du degré de toxicité des urines: quand celles-ci cessent d'avoir leur toxicité normale, c'est que la dépuration urinaire ne se fait plus; le malade est un brightique.

M. Landouzy présente trois malades appartenant au groupe des myopathiques; ils sont des exemples nouveaux de l'*atrophie musculaire progressive à type facio-scapulo-huméral* qu'il a décrite dans son mémoire avec M. Déjérine. Il existe entre tous les malades de ce genre un air de famille, un facies qui est assez caractéristique quand on le connaît pour permettre un diagnostic précoce, mais qui ne frappe pas les médecins non prévenus. Ce *facies myopathique* apparaît dès l'enfance et se retrouve sur des photographies des anciennes malades. Il est peu accentué au repos, mais devient très évident quand on cherche à animer la physionomie du malade; on constate alors que celui-ci peut à peine siffler, souffler, éteindre une bougie, faire la moue ou embrasser par suite de

l'atrophie de l'orbiculaire des lèvres; quand il rit, il a l'air de rire à contre-cœur, il rit en travers par écartement des commissures buccales, et non par élévation de la lèvre supérieure. Le front demeure lisse et uni comme de l'ivoire, bien que le malade cherche à le plisser et à le rider; les orbiculaires palpébraux ne peuvent se fermer complètement et le malade dort les paupières entr'ouvertes. L'ensemble de la physionomie est triste, étrange, atône, l'air bêta. Les malades, qui ont dès l'enfance ce facies (cette forme d'atrophie musculaire est essentiellement héréditaire), voient l'atrophie musculaire envahir progressivement plus tard les muscles des épaules et des bras; mais les avant-bras et les mains restent indemnes; c'est donc bien un type différent du type de l'atrophie musculaire progressive classique. Duchenne (de Boulogne) l'avait décrit sous le nom d'*atrophie musculaire de l'enfance;* les Allemands l'ont méconnu longtemps; ils l'admettent maintenant sous le nom de *type juvénile de Erb avec participation de la face.*

Cette forme de myopathie paraît beaucoup moins rare qu'on ne le croyait, puisque M. Landouzy en a trouvé 9 cas depuis cinq ans. La connaissance du facies myopathique lui a permis de dépister la maladie chez des gens qui ne s'en étaient pas aperçus et de prédire cinq ans d'avance l'envahissement des autres muscles. Parmi les malades qu'il présente aujourd'hui se trouve une fille dont quatre frères sont atteints d'atrophie musculaire et dont les ascendants jusqu'à la troisième génération étaient des myopathiques atrophiques. C'est donc, par excellence, une maladie familiale. M. Landouzy rappelle que, dans la seule autopsie faite, on a constaté l'intégrité absolue du système nerveux depuis les terminaisons ultimes jusqu'aux cellules de la moelle; c'est bien une myopathie. Les muscles de la vie de relation sont seuls envahis. Jamais le diaphragme ni les muscles de l'œil ne sont atteints.

M. A. Robin communique deux observations qui lui paraissent jeter quelque clarté sur la pathogénie de la *congestion rénale primitive.* A la théorie de M. Renaut (de Lyon), qui croit cette affection d'origine microbienne, il oppose la sienne, qui invoque l'action du froid. Or, il a observé chez un enfant de 5 ans, mouillé la veille par la pluie, l'apparition de la toux, de la fièvre, d'une urine foncée, contenant des globules sanguins et une forte proportion d'albumine. En quelques jours, tous les accidents disparurent; les matériaux solides qui étaient excrétés en petite quantité au début de la maladie augmentèrent progressivement pour revenir au taux normal à mesure que l'albumine disparaissait. M. Robin croit que le premier acte de ce drame pathologique est une fluxion rénale d'origine réflexe et causée par le froid; puis l'insuffisance rénale passagère fait apparaître des accidents généraux que, grâce à la réaction de l'organisme, la décharge urinaire fait rapidement disparaître dans la *forme simple* de la congestion rénale primitive. Mais, si la rétention des produits de la désassimilation organique se prolonge, si l'économie réagit trop faiblement, ou que le rein soit, par suite de lésions antérieures, incapable d'éliminer assez vite les poisons qui encombrent le sang, la *forme typhoïde* de la congestion rénale se trouve réalisée. Comme exemple de celle-ci, M. Robin cite le cas d'un vieillard de 74 ans, dont il avait à plusieurs reprises, à l'occasion de divers malaises, examiné les urines sans y trouver d'albumine, et qui, à la suite d'un refroidissement, est pris de douleurs de reins, de symptômes typhoïdes: langue sèche et noirâtre, stupeur, teinte bistrée de la peau, albuminurie et globules sanguins dans l'urine. Le chiffre des matériaux solides de l'urine va en diminuant jusqu'à la mort. On trouve à l'autopsie des reins présentant à la fois les lésions d'une néphrite diffuse chronique qui était demeurée latente, sans albuminurie, pendant longtemps, et d'une congestion récente (dilatation considérable des vaisseaux, épanchements sanguins dans le parenchyme). Cette congestion était venue supprimer les quelques départements sécrétoires du rein qu'avait respectés jusque-là la néphrite et avait amené, par suppression complète et définitive de la fonction urinaire, l'état typhoïde final.

M. Hayem demande à M. Robin quelle différence essentielle sépare sa congestion rénale primitive de la néphrite aiguë catarrhale telle qu'on l'a décrite jusqu'ici.

M. Robin attribue à la congestion rénale comme caractères clinique propres l'évolution rapide en 6 ou 8 jours, la présence du sang dans l'urine en même temps que l'albuminurie et l'absence d'œdème; la néphrite catarrhale la plus légère, au contraire, dure

deux à quatre semaines, se trahit par l'œdème et l'albuminurie, sans qu'on trouve d globules sanguins dans l'urine.

M. Hayem croit que, sans créer une expression nouvelle, M. Robin eût pu rattacher l'affection sur laquelle il a appelé l'attention aux formes déjà admises de néphrites aiguës. Il y a des formes très diverses de néphrite comme des formes nombreuses de pneumonie. L'albuminurie si rapide et si passagère qui suit l'absorption de la cantharidine est bien causée par une néphrite ; on en a la preuve anatomique. A n'envisager que les caractères cliniques, M. Robin en ferait donc une simple congestion ?

M. Féréol ne voit pas pourquoi la congestion rénale primitive et indépendante de l'inflammation ne serait pas aussi bien admise que la congestion pulmonaire ou la congestion hépatique. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement de la phlegmasie péri-utérine. — Gallard.

1° Prendre chaque jour un bain de siège tiède, et faire des injections avec la décoction de feuilles de morelle, de jusquiame, de belladone et de têtes de pavot. — 2° Appliquer sur le ventre des cataplasmes de farine de lin fortement laudanisés. — 3° Se purger une ou deux fois par semaine, avec 15 grammes d'huile de ricin ou de sulfate de soude. — 4° Prendre, le soir, une cuillerée à bouche du sirop suivant :

Hydrate de chloral.....	6 grammes
Sirop de groseille.....	150 grammes

5° Gardez le repos, surtout pendant la durée des règles.— N. G.

COURRIER

Cours d'accouchements. — MM. Boissard et Berthod commenceront un cours complet d'accouchements le jeudi 4 novembre, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en 40 leçons.

Association des médecins du Rhône. — Dans sa séance du 12 octobre, la Commission administrative a pris une résolution importante. Sur la proposition de M. Rochas, secrétaire général, il a été décidé que, à l'avenir les membres titulaires et suppléants de cette Commission seront nommés par élection, dans l'Assemblée générale annuelle. — Et sur la proposition de M. Diday, il a été décidé que les membres absents pourront prendre à ce vote, à la faveur d'un bulletin signé et cacheté, adressé, avant la réunion, au Président ou au secrétaire général.

Cette faculté de voter par correspondance, qui, jusqu'à présent, n'était admise que pour l'élection du Président, s'étendra à tous les autres membres du Bureau.

Du reste ces changements, votés par la Commission administrative, ne pourront être appliqués qu'après avoir reçu l'approbation préfectorale. (*Lyon Médical.*)

— Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publications périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Brown-Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chabchat.

Sommaire

I. P. Le Gendre : La tuberculose du premier âge et l'hérédo-tuberculose. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Hydrologie médicale : Vals (la Délicieuse à 6 grammes). — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier. — Analyse du Lait d'Arcy.

La tuberculose du premier âge et l'hérédo-tuberculose.

La tuberculose des nouveau-nés et de la première enfance vient d'être l'objet d'une étude intéressante et approfondie de la part de M. le docteur L. Queyrat (1), aujourd'hui chef de clinique titulaire des maladies des enfants, qui pendant son internat dans le service de M. le docteur Landouzy a su utiliser les ressources d'une crèche de 26 berceaux pour élucider plus d'une question délicate. Il y a un lien naturel entre ce travail et certaines études antérieures de M. Landouzy sur l'hérédité de la tuberculose, qu'il ne saurait être inutile de rappeler; car ils n'ont rien perdu de leur importance.

I

Les auteurs les mieux accrédités en pædiatrie se sont accordés jusqu'à ce jour pour déclarer la tuberculose rare au-dessous de deux ans, particulièrement rare au-dessous d'un an. M. Queyrat cite les chiffres sur lesquels se sont appuyés plusieurs d'entre eux pour légitimer cette opinion. M. Hervieux sur 996 autopsies d'enfants ne trouve que 18 tuberculeux âgés de moins de deux ans et 10 de moins de un an. W. Frobelins, ayant dépouillé les statistiques d'un hôpital d'enfants à Saint-Pétersbourg, pour une période de 10 ans, n'arrive qu'à une proportion de 0,4 p. 100 de tuberculeux sur plus de 90,000 enfants et à 2,5 p. 100 sur plus de 15,000 autopsiés. Demme a trouvé seulement 5,3 p. 100 de tuberculeux sur plus de 35,000 enfants malades. Biddert sur plus de 1,000 cas de tuberculose chez l'enfant n'en trouve que 6,8 p. 100 au-dessous d'un an. M. Queyrat s'inscrit contre les conclusions de ces auteurs; il ne peut opposer, il le reconnait, à leurs imposantes statistiques que celle de la crèche de l'hôpital Tenon, pendant la seule année 1885, et cette crèche ne compte que 26 berceaux; mais les chiffres qu'il cite sont évidemment, toute proportion gardée, en contradiction formelle avec l'opinion des observateurs antérieurs. Le nombre des admissions ayant été de 339 et celui des décès de 61, dont 35 suivis d'autopsies, 11 enfants (de 3 à 23 mois) ont été trouvés tuberculeux à l'autopsie, soit un tiers des autopsiés et un cinquième des décédés. Parmi ces 11 cas de tuberculoses prouvées par l'examen cadavérique, 5 concernaient des enfants de 3 à 10 mois. M. Queyrat ne se dissimule pas l'impossibilité de donner les chiffres d'une statistique numériquement si faible comme la représentation proportionnelle de la fréquence réelle de la tuberculose au-dessous d'un an; il se contente de conclure à la fréquence plus grande qu'on ne le dit de la tuberculose de la première enfance.

M. Queyrat ne pouvait, à propos de l'anatomie pathologique, refaire l'historique de la question de la tuberculose; il rappelle seulement « que la conception si lumineuse de Laennec, un instant ébranlée par les affirmations de Reinhardt et de Virchow, est redevenue triomphante grâce aux

(1) Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Paris, 1886.

©BIU Santé

belles recherches de Grancher et de Thaon et que la question est entrée dans une nouvelle phase avec les inoculations de Villemin d'une part et d'autre part la découverte de R. Koch. » Dans les cas observés par M. Queyrat, il s'agissait le plus souvent de tuberculose vulgaire, avec cette particularité que presque toujours coexistaient des noyaux ou blocs de broncho-pneumonie, dont la partie centrale était constituée soit par un petit amas caséeux, soit par une cavernule.

M. Queyrat se sent fortifié par cette constatation cadavérique dans une opinion que la marche clinique lui semblait déjà légitimer, à savoir que presque toujours la tuberculose des tout jeunes enfants débute par une broncho-pneumonie.

Dans d'autres cas, les petits tuberculenx autopsiés par M. Queyrat présentaient les lésions de la tuberculose miliaire aiguë généralisée. Enfin, et c'est là le point capital de sa thèse, dans deux cas le diagnostic anatomique de tuberculose ne s'imposait point par l'examen macroscopique, et n'a pu être fait que par l'examen bactériologique.

Après les poumons, qui étaient tuberculeux 10 fois sur les 11 cas, les organes contenant le plus souvent des tubercules étaient l'intestin grêle (6 fois), la rate (5 fois), les ganglions trachéobronchiques et mésentériques (4 fois), le foie (3 fois), le cerveau et les méninges (2 fois), le gros intestin, la plèvre costale, les reins, le cœur et la péricarde (1 fois). La rate, dont les lésions étaient tantôt des granulations, tantôt de petites masses caséuses ou même de simples plaques de périsplénite, offrait en outre presque toujours une hypertrophie notable, et cette hypertrophie, cliniquement constatable, doit être utilisée au point de vue du diagnostic.

De même que les lésions tuberculeuses relevées, dans ces divers cas, diffèrent assez sensiblement comme répartition et importance relative de celles qu'on rencontre chez les enfants plus âgés, la symptomatologie de la tuberculose du premier âge diffère aussi d'une façon très notable de celle qu'on est accoutumé à observer dans la seconde enfance. Dans la communication sur le même sujet que M. Landouzy a lue à la Société médicale des hôpitaux (1), nous trouvons ces différences précisées en une sorte de formule, comme le médecin de l'hôpital Tenon excelle à en tracer ; « On peut dire que, chez l'enfant de 7 à 10 ans, la maladie prend volontiers des airs de tuberculose locale difficiles à méconnaître, tandis que, chez le bébé, l'infection tuberculeuse tend souvent à mieux garder ses allures de maladie générale, et parfois ne pousse ni fort avant, ni profondément ses localisations... Durant la vie, l'expression symptomatique a été moins celle d'une affection pulmonaire que d'une maladie générale dénoncée par la fièvre, l'anorexie, l'amaigrissemenf, etc. » Comme, à l'autopsie, les lésions tuberculeuses ont été trouvées, dans les cas observés par MM. Landouzy et Queyrat, peu étendues et peu profondes dans les poumons, malgré leur dissémination sur un grand nombre d'organes, on s'expliquerait difficilement pourquoi la mort était survenue, si on n'invoquait pas l'infection générale, la fièvre tuberculeuse. C'est un *paradoxe* que le contraste entre le peu d'intensité des localisations pulmonaires ou autres et la mise à mort des bébés. « La fièvre tuberculeuse tue parfois les enfants du premier âge avant que de grosses localisations aient eu le temps de se produire. »

(1) 9 avril 1886.

Telle est la note dominante de la symptomatologie de la tuberculose du premier âge. Néanmoins, par l'analyse des observations qu'il a recueillies, M. Queyrat a été amené à décrire quatre types cliniques.

L'un, c'est la forme chronique : un enfant, ayant eu quelques mois auparavant la rougeole, ne s'est jamais bien remis, a continué à tousser plus ou moins jusqu'au jour où sont survenus l'amaigrissement, la diarrhée et quelques vomissements, les sueurs nocturnes, une fièvre modérée. L'auscultation décèle des râles aux deux sommets.

Le second type affecte une marche subaiguë et a eu pour début une broncho-pneumonie classique, qui a guéri en tant qu'état local, tandis que l'état général continuait à empirer au point de mener l'enfant à la mort en un ou deux mois. M. Queyrat pense que dans le premier cas le début a du être marqué par des phénomènes broncho-pneumoniques demeurés inaperçus, tandis qu'ils ont été plus évidents dans le second.

Ces deux formes servent de transition au troisième type clinique, auquel Queyrat voudrait attacher le nom de broncho-pneumonie tuberculo-bacillaire. Ainsi un enfant très vigoureux, n'ayant jamais été malade, est pris, au moment de sa première dentition, de fièvre, de dyspnée et de toux, et entre à la crèche avec les signes d'une broncho-pneumonie typique qui l'enlève en deux jours ; « à l'autopsie, nulle part il n'existait de tubercules (apparents à l'œil nu) ; le lobe supérieur d'un poumon était converti en un bloc de broncho-pneumonie avec noyaux caséeux. A l'examen bactériologique, ces noyaux contenaient quantité de bacilles. » M. Queyrat rapporte encore un cas de M. Cornil où une broncho-pneumonie consécutive à une rougeole, considérée comme une broncho-pneumonie simple par M. Bouchut pendant la vie et après l'inspection des pièces cadavériques, s'est révélée à l'examen bactériologique très riche en bacilles tuberculeux.

M. Queyrat, éclairé par de semblables faits, proclame avec M. Landouzy que maintes broncho-pneumonies simples d'aspect, dites *a frigore* ou rubéoliques, ne sont autre chose que le mode réactionnel de l'appareil broncho-pulmonaire vis-à-vis de l'infection bacillaire. Qu'une parcelle d'aliment tombe dans les voies respiratoires d'un aliéné, qu'un grain de plomb soit introduit dans la trachée d'un animal (comme dans les expériences de M. Joffroy), ou qu'un agent infectieux comme ceux de la rougeole, de la diphthérie, de la coqueluche peut-être, pénétrant par la voie circulatoire ou aérienne vienne irriter les tissus du poumon, la réaction de celui-ci se traduit par le processus broncho-pneumonique, « le syndrome broncho-pneumonie » dit Queyrat ; les choses se passent sans doute de même quand l'agent d'irritation est le bacille de Koch. Ici encore M. Landouzy a donné en termes imagés la formule de son opinion : « Toute broncho-pneumonie qui ne fait pas sa *preuve* (corps étranger des voies aériennes, coqueluche, rougeole, diphthérie, etc.) n'est que monnaie de tuberculose. » Et même Queyrat, renchérissant peut-être même sur la sévérité de la formule de son maître, fait-il « des réserves formelles au sujet de la broncho-pneumonie dite rubéolique et qui est si souvent démontrée tuberculeuse. »

Le quatrième type clinique admis par Queyrat dans la tuberculose du premier âge est la tuberculose miliaire aiguë généralisée, dont la symptomatologie est indécise, variable, suivant que la poussée miliaire se fait au maximum du côté du cerveau, du poumon ou des viscères abdominaux.

Dans cette dernière forme principalement, mais aussi dans les autres, l'hypertrophie de la rate est donnée par M. Queyrat comme un précieux

©BIU Santé

indice en faveur de la tuberculose, surtout si on a pu éliminer la syphilis du champ des hypothèses.

II

L'étiologie de la tuberculose du premier âge soulève une des plus importantes questions doctrinales, celle de l'hérédité de cette maladie. Par hérédité il faut entendre, en ce cas, la transmission directe, congénitale, du germe infectieux et non pas seulement la transmission de l'aptitude à se tuberculiser, — non pas seulement l'hérédité du terrain, mais l'hérédité de la graine, l'hérédité du bacille. Cette question se pose inévitablement ; car, si dans un certain nombre des cas de tuberculose observés dans la première enfance, l'examen des commémoratifs permet de reconstituer la pathogénie dans le sens de la tuberculose acquise, la porte d'entrée du bacille ayant été l'arbre respiratoire ou le tube digestif, il en est d'autres où, à défaut d'une influence pathogénique ayant pu s'exercer depuis la naissance, on se voit obligé d'invoquer la transmission congénitale.

Longtemps les partisans de cette pathogénie n'ont pu fournir en faveur de leur opinion que des arguments d'analogie. Pourquoi, disaient-ils, la tuberculose ne peut-elle être transmise par des parents tuberculeux, comme la syphilis par des parents syphilitiques, comme la variole, la scarlatine, le charbon, que le fœtus humain ou animal peut contracter *in utero*? Mais l'analogie en pareille matière ne saurait tenir lieu de preuves. Or, ces preuves, on pouvait déjà les déduire des expériences que MM. Landouzy et H. Martin ont publiées en 1883 (1) et qu'il convient de rappeler.

Les auteurs de ces recherches ont procédé avec les plus minutieuses précautions à deux séries d'inoculations, suivant la méthode si démonstrative imaginée par M. H. Martin. Voici les résultats de la première série : « Un fragment de poumon *sain* de fœtus de phthisique inoculé dans le péritoine d'un cobaye donne, en quatre mois, une tuberculose généralisée. — Un fragment de ganglion bronchique du premier cobaye, inoculé à un deuxième cobaye, le fait mourir en deux mois d'une tuberculose généralisée. — Un fragment de poumon du deuxième, inoculé à un troisième cobaye, le fait mourir en trois semaines de tuberculose généralisée. — L'inoculation faite à un quatrième cobaye le fait mourir en cinq semaines de tuberculose généralisée. »

Dans une seconde série d'expériences, un fragment de poumon tuberculeux d'une femme phthisique inoculé à un cobaye donne, en 40 jours, une tuberculose généralisée. Un ganglion bronchique de ce cobaye donne, en 72 jours, une tuberculose généralisée. Un fragment de placenta en apparence *sain* de cette phthisique inoculé à un cobaye donne, en 40 jours, une tuberculose de même aspect et aussi généralisée que celle obtenue par inoculation du poumon tuberculeux. Un ganglion bronchique de ce cobaye donne, en 61 jours, une tuberculose généralisée. Du sang cardiaque du fœtus sain inoculé à un cobaye donne, en 2 mois, une tuberculose généralisée.

Ainsi, on peut donner, expérimentalement, une tuberculose qui se reproduit en séries en inoculant aux animaux des tissus pris à des fœtus humains sains d'apparence, quoique nés de mères phthisiques ; on le peut aussi par

(1) Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose. (*Revue de médecine.*)

l'inoculation de sang d'un fœtus (provenant d'une mère tuberculeuse) n'ayant pas respiré, et par l'inoculation de fragment de placenta sain d'une phthisique. — En outre, des expériences exécutées parallèlement avec le sang et les viscères de fœtus-cobayes nés sains de cobayes tuberculeuses ont prouvé que le fœtus du cobaye, tout comme le fœtus humain, peut, pendant la vie intra-utérine, être infecté par des germes tuberculeux puisés dans le sang maternel.

MM. Landouzy et H. Martin ajoutaient à leurs conclusions expérimentales des arguments empruntés à la logique et à la clinique : ils disaient que la transmissibilité en nature d'une tuberculose maternelle au fœtus n'est nullement en désaccord avec les enseignements de la médecine expérimentale, ni avec les inductions de la pathologie générale, ni avec les faits cliniques. Il relevaient même plus d'une analogie entre la tuberculose héréditaire et la syphilis héréditaire. Ainsi, de même que l'infection du fœtus par hérédité maternelle est la plus fréquente, dans la syphilis comme dans la tuberculose, — dans la tuberculose comme dans la syphilis, le père peut infecter sa descendance sans que la mère, qui sert de passage à l'agent infectant, soit elle-même contaminée.

Il semble bien, en effet, inévitable d'admettre que l'infection puisse être transmise directement à l'ovule sain par le père tuberculeux, en présence de faits cliniques aussi nets qu'une observation rapportée par M. Landouzy : un père tuberculeux a engendré cinq enfants, dont quatre sont morts de tuberculose dès leur première année, tandis que la mère « n'a cessé de rester bien portante en dépit de cinq grossesses en sept ans, en dépit des mauvaises conditions morales et physiques dans lesquelles la mettaient et les inquiétudes qu'elle prenait de la santé de son mari et le chagrin de perdre successivement ses enfants de la même manière et au même âge ». Outre ce fait clinique, qui rend vraisemblable la transmissibilité de la tuberculose à l'ovule par le sperme d'un tuberculeux, MM. Landouzy et Martin ont pu d'ailleurs invoquer des inoculations tuberculeuses positives obtenues avec du sperme pris dans les vésicules séminales de cobayes tuberculeux.

Malgré la rigueur avec laquelle ont été conduites les expériences de MM. Landouzy et Martin, on pouvait toujours leur objecter qu'ils n'avaient pas montré la preuve irrécusable de la tuberculose, le bacille, dans les tissus avec lesquels ils obtenaient des inoculations positives.

La même objection ne peut être faite à une observation publiée récemment par le professeur Johne (de Dresde), qui, dans l'utérus d'une vache tuberculeuse, a trouvé un fœtus de huit mois dont les viscères contenaient des tubercules où l'examen bactériologique montra des bacilles. « Ceci étant établi pour les bovidés, dit cet observateur, et étant donnée l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale, on n'a plus aucune raison de douter de la possibilité de la tuberculose congénitale chez l'homme. » MM. Landouzy et Queyrat sont donc en droit de déclarer que la tuberculose peut être transmise aux enfants nouveau-nés, tantôt par contagion médiate (contagio-tuberculose), tantôt par hérédité directe, hérédité de la graine (hérédo-tuberculose).

Cette dernière conclusion, appuyée sur l'expérimentation et l'anatomie pathologique bactériologique, vient à l'appui d'une statistique clinique récemment publiée par M. Leudet, qui affirme la prépondérance de l'hérédité sur la contagion dans l'étiologie de la tuberculose.

©BIU Santé

S'il est vrai que l'hérédité directe soit le principal facteur de la tuberculose de la première enfance, c'est une conclusion à coup sûr peu consolante ; car elle diminue d'autant l'espoir qu'on avait pu conserver de préserver de la tuberculisation, par une prophylaxie et une hygiène attentives, les enfants nés de parents tuberculeux. Mais en matière scientifique, une vérité, pour désolante qu'elle soit, doit toujours être mieux accueillie qu'une vraisemblance agréablement trompeuse.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint des maladies des enfants.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Séance du 20 octobre (matin). — Présidence de M. Maurice Perrin.

Néphrotomie et néphrectomie. — Indications et contre-indications; choix de l'opération. — Manuel opératoire. — Résultats.

Indications : choix de la méthode. — M. le docteur Le Dentu (de Paris) conseille avec M. Gross (de Philadelphie) la néphrectomie : 1° dans le sarcome des adultes; 2° dans les néoplasmes bénins de toutes les périodes de la vie; 3° au début de toutes les affections tuberculeuses; 4° dans la rupture de l'uretère; 5° enfin dans les fistules de l'uretère. Cette opération est au contraire contre-indiquée : 1° dans le sarcome des enfants; 2° dans le carcinome à tout âge, sauf peut-être si le mal pouvait être diagnostiqué et enlevé de bonne heure; 3° dans la période avancée de l'affection tuberculeuse.

La néphrotomie doit être préférée dans la suppuration rénale bien limitée, dans la pyonéphrose proprement dite; mais dans certains cas, surtout quand on a différé longtemps l'intervention, on est quelquefois forcé d'en arriver à la néphrectomie. De même, il faut aussi préférer la néphrectomie dans l'hydronéphrose, dans les kystes uniloculaires.

M. Lucas-Championnière est d'avis qu'on ne peut guère établir la valeur comparée de la néphrectomie et de la néphrotomie, parce que le chirurgien est quelquefois obligé de faire succéder la première à la seconde.

Dans la néphrite suppurée, il faut commencer par la néphrotomie, et on arrive à la néphrectomie si elle est nécessaire; quand il s'agit d'un malade affaibli, mieux vaut la néphrotomie que la néphrectomie, dans laquelle le choc opératoire est plus considérable, et préférer la voie lombaire à la voie transpéritonéale. La néphrectomie n'est pas une opération très laborieuse, à la condition d'arriver directement sur la substance rénale.

Dans le cas d'anurie calculeuse, M. Reliquet conseille la néphrectomie.

Pour M. Péan, la néphrotomie est applicable à l'hydronéphrose, avec kyste du rein, aux lésions traumatiques, aux calculs et aux inflammations suppurées de cet organe. On doit la faire de préférence par la voie lombaire, bien que, grâce au traitement par suppuration des tumeurs liquides et aux progrès apportés à l'ablation des tumeurs solides par la gastrotomie, elle puisse être faite sans trop de danger par la voie abdominale.

La néphrectomie est applicable aux tumeurs, aux fistules urétérales, aux reins mobiles, mais pour ces derniers on doit surtout pratiquer la néphrorrhaphie. Elle ne doit être faite par la voie abdominale que pour les tumeurs très volumineuses du rein, et peut être pratiquée par la voie lombaire toutes les fois que les tumeurs sont de moyen ou de petit volume.

M. Segond pense également que dans le traitement de l'hydronéphrose il faut commencer par faire la néphrotomie, puis, si on le juge nécessaire, continuer par la néphrectomie.

Pour M. Trélat, il y a des cas où la néphrectomie est très nettement indiquée : les néoplasmes du rein, certains cas de fistules persistantes, certains traumatismes, certains cas de reins flottants. Le doute existe pour les calculs rénaux et leurs conséquences, l'hydronéphrose, par exemple ; l'opération doit être conduite alors de façon à s'en tenir à la néphrotomie si c'est possible, ou bien à pratiquer ensuite la néphrectomie ; dans ces cas, c'est donc la méthode lombaire qui s'impose. Dans les cas de tumeur rénale où le diagnostic n'est pas fixé, il faut recourir d'emblée à la gastrotomie. Dans certains cas, M. Trélat préfère la méthode péritonéale, qui a été décrite à la Société de chirurgie.

Manuel opératoire. — Quand la tumeur est très volumineuse, dit M. Le Dentu, on a préconisé les incisions très étendues, mais le danger qui peut s'ensuivre est l'éventration malgré la suture des muscles, qui d'ailleurs ne réussit pas toujours ; aussi doit on lui préférer la méthode du morcellement.

Dans certains cas, on a fait la résection d'une ou plusieurs côtes, mais il faut s'en abstenir de crainte soit d'aller blesser la plèvre, soit parce que celle-ci est assez mince pour se déchirer d'elle-même dans les mouvements respiratoires des malades. La ligature isolée des éléments du hile du rein est préférable à la ligature en masse ; ce temps de l'opération peut être très rapide, à l'aide d'une aiguille d'une certaine courbure et à chas ouvert.

M. Ollier préconise la méthode sous-capsulaire ; dans ce cas, il faut arriver sur la capsule fibreuse du rein, et l'ouvrir sans essayer de décoller le péritoine ; on peut alors enlever avec la main, sans instruments, le rein en se bornant à sectionner seulement quelques cloisons. Cette opération est surtout applicable aux grosses tumeurs suppurées. Il faut alors faire des incisions aussi longues que possible, c'est ainsi que dans sa dernière opération l'incision abdominale eut 33 ou 34 centimètres. Contrairement à l'opinion de M. Le Dentu, M. Ollier pense que ces larges plaies se réparent bien par la suture musculaire, ou mieux de tous les tissus, et qu'on peut sans crainte réséquer la douzième côte.

M. Péan partage cette manière de voir ; il prolonge même l'incision le long de la crête iliaque, en la faisant au niveau du bord antérieur du carré des lombes ; on peut aussi se servir du morcellement, en respectant ou non la capsule rénale, suivant que cela est nécessaire pour l'opération.

Résultats. — M. Lucas-Championnière a pratiqué une fois la néphrotomie pour anurie par absence d'un rein d'un côté, et par occlusion calculeuse de l'autre ; issue du calcul par l'urèthre ; guérison. Dans 2 cas de néphrite suppurée, l'ablation du rein par l'abdomen a donné 1 guérison et 1 mort ; la même opération pour une hydronéphrose, par la voie péritonéale, a été suivie de mort.

M. Bouilly a fait la néphrotomie 2 fois pour néphrite suppurée ; guérison. Dans un de ces cas, il y eut obstruction intestinale par compression de la poche purulente, ce qui rendit le diognostic très difficile. Dans deux cas de rein flottant, très douloureux, datant l'un de 8 ans, l'autre de 16 ans, la néphrectomie fut suivie de guérison.

M. Reliquet a fait 3 fois la néphrectomie : 1 fois pour cancer, 2 fois pour néphrite calculeuse ; les 3 malades avaient des vomissements incoercibles, des douleurs vives, du ténesme vésico-uréthral avec anurie. L'opération a été suivie immédiatement de la cessation de tous les symptômes.

M. Demons a fait une néphrotomie pour pyonéphrose. Mort.

Deux néphrectomies : l'une pour blessure du rein suivie d'abcès périnéphrétique et de fistules ; l'autre pour sarcome, pris pour une tumeur de l'ovaire. Guérison. (Voie transpéritonéale.)

M. Malherbe (de Nantes) a fait avec succès la néphrectomie pour une néphrite suppurée.

M. Schwartz (de Paris) a fait également avec succès la néphrotomie pour la même affection, accompagnée de cystalgie très intense.

M. Jeannel (de Toulouse) observe 1 cas assez semblable à celui de M. Bouilly, c'est-à-dire que l'intervention chirurgicale fut déterminée par des accidents d'occlusion intestinale. La tumeur du rein ne fut reconnue qu'au cours de l'opération. Mort le lendemain.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg) a fait 2 néphrectomies : l'une par la voie lombaire, pour une tumeur carcinomateuse; l'autre par la voie abdominale, pour un kyste hydatique du rein. C'était la première fois que la néphrectomie transpéritonéale était pratiquée pour ce genre de tumeur. La guérison eut lieu dans les 2 cas.

M. Doyen (de Reims) rapporte 2 cas de néphrectomie lombaire : le premier, chez une femme atteinte de fistule urétéro-cutanée consécutive à l'ablation d'un kyste du ligament large; guérison; — le second, pour hydronéphrose suppurée, avec cachexie et température à 39°; mort au troisième jour.

M. Segond a pratiqué 2 fois la néphrectomie : l'une pour une hydronéphrose suppurée, hémorrhagie considérable pendant l'opération sous-capsulaire; guérison; — l'autre pour un rein flottant très douloureux, par la méthode transpéritonéale; guérison.

M. Trélat cite trois cas dont voici le résumé :

1° Femme anémiée, cachectique; méthode lombaire, atmosphère celluleuse péritonéale épaissie; grande difficulté d'aborder le rein; décortication difficile; hémorrhagie; pince à demeure ayant ulcéré la paroi unilatérale. Mort. — M. Trélat pense que cette malade n'aurait pas succombé s'il avait fait l'énucléation sous-capsulaire.

2° Méthode parapéritonéale; facilité de l'opération. Guérison.

3° Hydronéphrose suppurée; incision de la fistule en avant du flanc; très grande difficulté d'énucléation. Guérison.

M. Brodeur, dans sa thèse récente, donne les résultats suivants pour la néphrotomie :

Hydronéphrose, 16 opérations : 5 lombaires, 5 guérisons; 5 abdominales, 5 guérisons, dont 2 avec persistance de fistules.

Kystes rénaux, 3 opérations : 2 lombaires et 1 abdominale; 3 guérisons.

Blessures du rein, 4 opérations : voie lombaire; 3 guérisons.

Calculs du rein, 23 néphrotomies lombaires; 22 guérisons.

Pyélo-néphrite calculeuse, 16 opérations : 13 lombaires, 6 guérisons; 3 abdominales, 3 morts.

Pyélo-néphrite suppurée, 14 opérations : 12 lombaires, 8 guérisons; 2 abdominales, 2 morts.

Pyélo-néphrite tuberculeuse, 5 opérations : 4 lombaires, 1 guérison; 1 abdominale, 1 guérison.

La néphrectomie a été pratiquée 235 fois, dont 110 par la voie abdominale, avec 55 guérisons (50 p. 100), et 125 par la voie lombaire, avec 78 guérisons (62,4 p. 100). En voici le détail :

Reins mobiles, 26 opérations : 20 abdominales, 12 guérisons; 6 lombaires, 6 guérisons.

Hydronéphrose, 22 opérations : 10 lombaires, 6 guérisons; 12 abdominales, 7 guérisons.

Kyste rénaux, 12 opérations abdominales, 4 guérisons.

Carcinome, 17 opérations : 12 abdominales, 2 guérisons; 5 lombaires, 4 guérisons.

Sarcome, 29 opérations : 25 abdominales, 13 guérisons; 4 lombaires, 1 guérison.

Fibrome, 10 opérations : 8 abdominales, 6 guérisons; 2 lombaires, 2 guérisons.

Blessures, 10 opérations : 7 lombaires, 5 guérisons; 3 médianes, 2 guérisons.

Fistules, 18 opérations : 17 lombaires, 12 guérisons; 1 médiane, 1 guérison.

Calculs, 2 opérations lombaires, 1 guérison.

Pyélo-néphrite calculeuse, 44 opérations : 34 lombaires, 19 guérisons; 10 abdominales, 5 guérisons.

Pyélo-néphrite suppurée, 29 opérations : 24 lombaires, 16 guérisons; 5 abdominales, 1 guérison.

Pyélo-néphrite tuberculeuse, 16 opérations : 14 lombaires, 6 guérisons; 2 abdominales, 2 guérisons.

L.-H. Petit.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Vals

La Délicieuse à 6 grammes.

Le n° 6 des *Délicieuses*, très riche en bicarbonates alcalins, est principalement efficace pour lutter contre l'atonie des voies digestives et résoudre les irritations du foie. C'est lui aussi qui s'applique le mieux à la cure de la gravelle et de la goutte. Enfin, comme les n°s 1 et 3, le n° 6 est souverain contre les hypertrophies spléniques, les engorgements viscéraux en général, les calculs biliaires, l'hypocondrie et certaines affections de la peau, rattachables à la diathèse arthritique. Nous avons également obtenu de grands succès dans trois cas de diabète d'origine hépatique, où nous avons obtenu, sans le secours d'un régime strict, ni d'aucune médication thérapeutique, une énorme diminution de sucre.

Facilement absorbée, la *Délicieuse à 6 grammes* est presque immédiatement éliminée par les urines : c'est ce qui explique la valeur de cette eau administrée dans la gravelle. Elle procède admirablement à cette opération que Baud dénommait la *lessive rénale*: elle se trouve donc indiquée, à la suite des opérations de lithotritie, alors qu'il s'agit de nettoyer de tous les détritus urolithiques la vessie et les voies urinaires.

Dans la goutte aiguë, alors que la diète est si utile pour résoudre l'état inflammatoire, la *Délicieuse n° 6*, additionnée d'un tiers de lait, est la boisson la meilleure pour les malades. C'est également celle-là qu'il faut conseiller dans le lichen et le prurigo d'origine uricémique. L'eau de Vals diminue la plasticité du sang, et en rendant plus fluide *cette chair coulante*, elle fait les combustions organiques plus parfaites et plus intenses. Le sucre hépatique, l'acide urique et les urates, le tissu adipeux, etc., se trouvent donc enrayés dans leur production. De là, suppression de tous ces états dyscrasiques, de toutes ces nosohémies, dont les complications sont parfois si redoutables (diabète, goutte, polysarcie).

« L'alcalinité, selon le mot de Pelouze, est essentielle à la régularité des phénomènes vitaux. » Les *Délicieuses n° 6* ont tous ces avantages de la médication sodique, mais sans en avoir aucun des inconvénients cachectisants : cela tient à l'acide carbonique, au fer et aux autres sels, silicates, sulfates, etc... que renferment ces eaux de Vals. On peut, sans inconvénient, en boire *autant de bouteilles que l'on peut en avaler* : qualité précieuse pour les diabétiques, par exemple, dont la polidipsie s'accommode mal d'une limitation dans les boissons!

C'est pour de semblables raisons que la saveur des *Délicieuses n° 6* n'est nullement désagréable. Nous avons remarqué également que, loin de constiper, comme beaucoup de sources de Vals, cette source a plutôt l'effet de régulariser les évacuations alvines. Cela tient probablement à la quantité relativement considérable de bicarbonate de magnésie qui y est contenue; et cela nous explique aussi les précieux effets des sources dont nous parlons, dans les entérites chroniques, les états hémorroïdaires, la diarrhée de Cochinchine, la dysenterie due à l'impaludisme, ou bien à l'action des pays chauds sur la fonction du foie, etc...

La *Délicieuse n° 6* peut être considérée aujourd'hui comme l'une des colonnes fondamentales de la médication alcaline. Eupeptique par excellence, elle s'applique admirablement à tous ces cas d'acescence gastro-intestinale, muguet, accidents de la dentition, etc., chez les enfants. Dans tous ces cas, elle est admirablement tolérée, et l'acide carbonique vient heureusement ajouter son action excitante locale à l'action alcalinisante et fluidifiante du bicarbonate de soude. Je prescris habituellement : *Délicieuse n° 6* une cuillerée à dessert avant chaque tétée.

Dans la gravelle rouge, *une bouteille de cette eau par repas* possède, comme nous l'avons dit, l'action diurétique la plus douce et la mieux supportée. De temps à autre, il faudra interrompre un peu la médication (huit jours par mois, par exemple), pour que l'action résolutive et alcalinisante de l'eau minérale se conserve mieux, et pour que l'économie évite l'accoutumance, la plus cruelle ennemie de la thérapeutique.

Fonssagrives recommandait avec raison le bicarbonate de soude à haute dose pour combattre les accidents si redoutables des caillots du cœur et des gros vaisseaux. Il disait qu' « il fallait en même temps une médication stimulatrice propre à augmenter l'action du cœur et à l'aider à se débarrasser ainsi des caillots qui gênent nécessairement ses mouvements. » Eh bien ! j'ai obtenu, par l'usage de grogs à l'eau de Vals (*Delicieuse n° 6*), de très remarquables résultats, dans deux cas forts graves, l'un de *phlegmatia alba dolens* très ancien, et l'autre de phlébite adhésive ayant succédé à une fièvre typhoïde. Je rapporterai un jour, en détail, ces deux intéressantes observations.

Dr Pol Vernon.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre. — Présidence de M. Thélat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée la nomination de M. Dureau comme bibliothécaire de l'Académie de médecine en remplacement de M. Briau, décédé. (Applaudissements.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Janicot, qui demande à être entendu par la commission de l'inspectorat des eaux minérales, avant qu'elle dépose son rapport;

2° Une lettre de M. le docteur Bergeaud, agent consulaire à Haïti, qui sollicite le titre de membre correspondant national.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de MM. les docteurs A. Filleau et Léon Petit, une brochure intitulée : *Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. Ce traitement consiste dans l'emploi des antiseptiques, acide phénique, thymol, iode, en injections hypodermiques.

M. Vidal présente, de la part de M. le docteur Demange, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, un volume intitulé : *Études cliniques et anatomo-pathologiques sur les maladies des vieillards*.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Bouis, membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Schutzemberger donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Bouis. Cette lecture est accueillie par des marques d'approbation.

M. le Président dit que le conseil a pensé qu'il y avait lieu de déclarer une vacance dans la section des associés libres.

Sur la proposition de M. Le Roy de Méricourt, l'Académie décide que la vacance ne sera déclarée qu'après avoir entendu en comité secret les observations que certains membres se proposent de faire au sujet de la constitution de cette section.

M. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant, lit un travail intitulé : *Note sur l'emploi de la cocaïne dans les staphylorrhaphies partielles*.

D'après les observations de l'auteur, un badigeonnage avec une solution au 10e de cet alcaloïde, appliqué peu d'instants avant l'opération et répété deux ou trois fois, à quelques minutes d'intervalle, insensibilise suffisamment l'arrière-gorge pour que l'avivement et la suture ne déterminent, même chez les enfants de 6 à 7 ans, qu'une douleur toujours très supportable et parfois insignifiante.

Dans cinq opérations pratiqués par lui, l'avivement a pu être fait toujours sans éveiller aucune sensibilité. Le passage des aiguilles paraissait un peu plus douloureux. La fer-

meture des fils était chaque fois un temps que le patient accusait comme étant assez pénible.

Il ressort de ces données que l'effet analgésique, signe déterminé sur le voile du palais par la solution de cocaïne, n'est, ainsi qu'on devait le pressentir, guère que superficiel, et que cette anesthésie locale, réellement précieuse pour les cas spécifiés dans la présente note, ne pourra jamais suppléer le chloroforme dans la palatoplastie, ni même dans la staphylorrhaphie proprement dite, complète, dans celle qui nécessite les sutures musculaires; ou à plus forte raison des décollements du côté de l'os palatin; les cas où, dans les fissures congénitales, la division ne porte que sur une partie seulement du voile, où dès lors un affrontement simple suffit à la réunion. Ces cas sont assimilables aux staphylorrhaphies complémentaires ou partielles qui m'occupent ici; mais ils sont, comme on le sait, fort rares. Pour ma part, sur plus de 50 sujets auxquels j'ai pratiqué des opérations plastiques du palais pour des divisions congénitales depuis la publication, en 1867, de mes premiers travaux sur l'uranoplastie, je n'en ai rencontré que deux qui offraient cette disposition.

M. le docteur Poncet (de Lyon) lit une observation de ligature de l'artère iliaque interne pour un angiome artériel de la fesse. D'après les recherches bibliographiques de l'auteur, son opération serait le treizième exemple de ligature de cette artère. (Comm. MM. Tillaux, Marc Sée et J. Rochard, rapporteur.)

M. Dujardin-Beaumetz donne lecture du rapport sur le prix Louis.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le vinage. La parole est à M. Riche.

Dans un discours remarquable, et qui a captivé jusqu'à la fin l'attention de l'assistance, le savant académicien a cherché, souvent avec un véritable bonheur d'expression, à réfuter les arguments présentés par les adversaires du vinage.

Il termine de la manière suivante :

La situation est plus satisfaisante qu'en 1870.

Le vinage, qui était à cette époque autorisé jusqu'à 18°, ne l'est plus maintenant qu'à 15°.

Le vinage, qui s'exécutait avec des alcools de vin ou d'industrie impurs, s'opère avec de l'alcool ne contenant que des traces d'alcools supérieurs, et l'on peut exiger que cet alcool soit absolument pur.

Dès lors l'Académie ne peut porter un jugement plus sévère qu'en 1870.

Ce n'est pas dans la consommation du vin que gît le danger. L'odorat et le goût français sont en éveil dès qu'il s'agit du vin, tandis qu'ils ne le sont pas pour l'eau-de-vie, les liqueurs, les apéritifs surtout.

Dans une expertise, j'ai trouvé de l'absinthe qui avait été fabriquée avec de l'alcool dénaturé par un produit infect, le méthylène, et j'ai préparé, comme témoin de cette fraude coupable, de l'absinthe avec l'alcool grossièrement dénaturé pour la fabrication des vernis, absinthe que des amateurs n'ont pas jugée mauvaise.

« Pour boire l'équivalent d'alcool contenu dans un petit verre, il faut un grand volume de vin, et quoique l'estomac humain, comme le disait Henri Bouley, ait de bien grandes profondeurs, il y a cependant des limites à sa capacité.

« J'ajoute que le vin se boit généralement en mangeant et l'on sait que l'action de l'alcool est beaucoup moins à redouter au moment de la digestion.

« Au lieu de nous opposer à la diffusion du vin, efforçons-nous de l'accroître, parce qu'elle est en raison inverse de celle de l'absinthe et de l'eau-de-vie, et que le vin est cousommé le plus ordinairement dans la maison, tandis que l'apéritif et la liqueur le sont presque exclusivement au cabaret et au café, et jamais on ne sera trop sévère pour modérer l'usage de ces derniers.

« S'il m'était permis de vous proposer une rédaction de l'article 1er, je dirais : l'alcoolisation, désignée communément sous le nom de vinage, est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi, fort malheureusement et très fréquemment, à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable ; une modification

de l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable à ce point de vue. » (Applaudissements.)

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER

Erratum. — Dans l'article de M. Stapfer (publié dans le numéro du 23 octobre), dernier paragraphe, au lieu de : une femme atteinte d'hémorrhagie *succombe* prématurément, lisez : *accouche* prématurément ; et six lignes plus bas, au lieu de *la plaie*, lisez *la place*.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 23 octobre 1886, M. le docteur Pozzi, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté préfectoral en date du 20 octobre 1886, M. Barbier, chef de bureau à l'administration générale de l'Assistance publique, a été nommé secrétaire-général de cette administration, en remplacement de M. Brelet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. Dureau, bibliothécaire-adjoint à l'Académie de médecine, est nommé bibliothécaire à ladite Académie, en remplacement de M. Briau, décédé.

— Une exposition générale et internationale de la santé et de tout ce qui s'y rattache s'ouvrira à Lyon, le 15 décembre 1886, pour clore le 7 février 1887, sauf prolongation.

Nécrologie. — Nous avons la douleur de faire part à nos lecteurs de la mort de M. Alexandre Dinin, ancien externe des hôpitaux, décédé après une longue maladie. Élève fort distingué de la Faculté, doué d'une intelligence supérieure et des plus brillantes qualités de l'esprit, il se disposait à subir les épreuves de l'internat en médecine, quand les fatigues du concours auquel il se préparait avec ardeur interrompirent brusquement ses travaux et ses succès.

Une maladie implacable l'avait atteint, brisant cruellement une carrière pleine de promesses et d'espérances!

M. Dinin était connu des lecteurs de l'*Union médicale* par des Revues, trop rares hélas, où il avait analysé des travaux étrangers. Nos lecteurs en ont certainement conservé le souvenir.

Nature d'élite, il avait su conquérir l'estime de ses maîtres, la sympathie de tous ses collègues et l'affection de tous ceux qui l'approchaient. Puissent les regrets unanimes qu'il laisse après lui être, pour sa famille si douloureusement atteinte, un allègement à cette cruelle épreuve! — Ch. E.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Octave Gay, docteur en médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, pharmacien en chef à l'hôpital Laennec, décédé à Paris, le 22 octobre 1886, dans sa 38e année.

— On nous prie d'annoncer qu'un service funèbre sera célébré aujourd'hui, à *midi précis*, à la chapelle du Val-de-Grâce, en l'honneur de MM. Zuber, médecin principal de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Lucotte, médecin-major de 2e classe; Raynaud, médecin-major de 2e classe; Bonnet, médecin aide-major de 1re classe; Gérardin, médecin aide-major de 1re classe; Claude, médecin aide-major de 1re classe; Lepetit, officier d'Administration, comptable de 1re classe; Mathieu, officier d'Administration, comptable de 1re classe; Bourdier, officier d'Administration, adjoint de 2e classe, Billon, adjudant, élève d'Administration; l'abbé de Ronde, aumônier militaire, morts au Tonkin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris, — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Thérapeutique : La mortalité dans la première enfance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a décidé d'ajourner la déclaration d'une vacance dans la section des associés libres pour entendre au préalable, en comité secret et dans sa séance prochaine, les observations que se propose de lui soumettre, sur la constitution de cette classe, un de ses propres membres. La même intervention s'était déjà produite en 1882. A cette époque fort rapprochée, l'Académie n'avait pas cru devoir adopter les modifications qui lui étaient proposées ; elle s'était contentée de substituer au paragraphe du statut organique de 1820 une rédaction analogue dans le fond et peu différente dans la forme.

Les péripéties de cette discussion ont été mises en lumière par feu Dechambre dans une charmante boutade qui marquait et la grâce de sa plume et la pénétration de son esprit (1).

Il est plausible de supposer que le projet de réforme écarté en 1882 va reparaître devant l'Académie.

On lui demandera sans doute itérativement de rétrécir l'accès des sièges d'associés libres, par l'admission exclusive de candidatures « convenables », pour rappeler le terme de Dechambre, et discrètement espacées.

Le concours si honorable et si fécond donné à l'Académie par Dechambre et le cher et regretté fondateur de l'*Union*, Amédée Latour, ainsi que par d'autres membres de la presse et de la profession médicale, aujourd'hui disparus, leur exemple suivi dignement par leurs collègues ou successeurs parmi lesquels la presse se félicite de rencontrer le savant rédacteur en

(1) *Gaz. Hebd.*, 9 juin 1882.

FEUILLETON

CAUSERIE

La quinzaine.

Pour l'ouverture du Congrès de chirurgie, les cataractes du ciel s'étaient ouvertes aussi avec une générosité toute niagaresque. La pluie, presque oubliée pendant plusieurs semaines, prenait sa revanche avec un déchaînement furibond de tous les éléments ; les navires en mer se perdaient par centaines ; et le baromètre accusait ce désordre de la nature par une baisse comme on en voit rarement, même à la Bourse.

Ce n'est pas sans inquiétude que j'ai vu l'aiguille de mon anaéroïde s'égarer dans les régions de *grande pluie* et de *tempête*, me demandant si ces écarts ne seraient pas suivis de quelque dérangement grave dans le mécanisme.

De tous les instruments familiers qui nous entourent et sont intimement liés à notre existence, le baromètre est celui pour lequel je professe la plus vive sympathie. D'abord, son utilité est incontestable ; il annonce les vicissitudes atmosphériques assez à l'avance et avec assez de précision pour qu'on puisse presque toujours, grâce à lui, trancher d'une manière satisfaisante la question du parapluie. Des gens vous diront avec conviction : le baromètre n'indique pas le temps qu'il fait, mais le temps qu'il fera, et s'imaginent ainsi diminuer son mérite. Parbleu ! c'est justement en quoi il est précieux ; pour voir le temps qu'il fait, je n'ai qu'à ouvrir ma fenêtre et à mettre le nez dehors ; mais pour

BIU Santé

chef des *Archives de médecine navale*, nous autorisent à espérer que l'Académie ne voudra ni affliger la mémoire de ses anciens collègues de la presse, ni décourager l'ambition légitime de ceux de nos confrères qui s'efforceraient de les imiter.

Pour justifier la réforme projetée, on nous dit que ses auteurs veulent remonter aux origines de l'Académie et inviter l'illustre assemblée à revenir à une tradition dont elle se serait à tort écartée depuis vingt-cinq ou trente ans.

Dans quelle mesure ce reproche est-il fondé ?

A l'époque de la création de l'Académie, les conditions générales de recrutement étaient bien différentes. Le nombre des membres était de 280 en 1820; il a été ramené à 252 en 1825, puis successivement à 210 en 1830, à 197 en 1835, à 158 en 1840, etc., et n'a été limité à 100 que depuis 1856.

Le nombre des associés libres était fixé à 30 par l'ordonnance du 20 novembre 1820, et « choisis parmi les personnes qui cultivent avec succès les sciences accessoires de la médecine ou qui auront contribué d'une manière quelconque à leurs progrès; *ou enfin*, qui, dans les divers établissements consacrés au soulagement de l'humanité, l'auront servie avec zèle et distinction. »

Cette conception était aussi large et aussi libérale que possible; il est difficile d'y découvrir nulle intention d'exclure les médecins d'un groupe accessible à tous les dévouements et à toutes les branches du savoir humain.

Il paraît évident que les premiers associés libres nommés par le roi Louis XVIII ont été soigneusement choisis pour répandre sur la jeune Académie le plus grand lustre possible et pour en rehausser la valeur. On comptait parmi eux Berthollet, Cuvier, Gay-Lussac, Geoffroy Saint-Hilaire, Lacépède, Thénard et un duc de La Rochefoucault, pair de France.

Puis, l'Académie nomma en bloc, en 1823, 15 associés libres, parmi lesquels Arago, Brongniart, Chevreul. Leur nombre était alors de 25; le der-

---

savoir le temps qu'il fera, on n'est pas toujours en mesure de constater comment volent les hirondelles, ou picorent les poules, ou barbotent les canards, sources de renseignements infaillibles à la campagne, difficiles à se procurer dans les villes; elles sont remplacées avantageusement par le modeste instrument de laiton qui sait les secrets du ciel et nous en avise, sans paraître plus fier pour cela et avec des facilités d'installation et de transport qu'on n'obtiendrait pas des hirondelles, ni des poules, ni des canards. Il y a bien encore, comme baromètre naturel, la grenouille verte dans un bocal, avec une échelle où ce batracien est censé monter et descendre suivant les variations du temps; mais la rainette en captivité perd tous ses instincts et reste des semaines entières dans la même position, aussi indifférente à la tempête qu'au beau fixe. Nul doute que ce soit pour nous dégoûter de lui ravir sa liberté et de l'enfermer dans des carafes, que cette charmante petite bête s'applique ainsi à nous induire en erreur.

Les cors aux pieds, le rhumatisme chronique, les anciennes fractures, les vieilles sciatiques sont d'assez bons baromètres; faute de mieux, le simple mal de dents peut être utile; mais tout le monde n'est pas pourvu d'une de ces infirmités révélatrices, grâce auxquelles on peut en remontrer aux plus vieux loups de mer pour prédire les gros temps; la supériorité reste donc, en somme, au vulgaire baromètre, le baromètre métallique, bien entendu, que l'industrie rend accessible aux habitants des chaumières comme à ceux des palais, et qui a relégué dans les cabinets de physique tous ses prédécesseurs qui consommaient inutilement tant de mercure.

Si vous regardez un assortiment de baromètres à la devanture d'un opticien, vous

nier survivant de cette pléïade stellaire est l'illustre M. Chevreul, qui projette depuis soixante-quatre ans, sur l'Académie de médecine, le reflet de sa gloire.

Il entrait dans la mission spéciale donnée par leur royal parrain aux premiers associés libres, un rôle de haute protection et de discrète réserve à l'égard d'une assemblée de récente formation et sans ancêtres. Avec l'adolescence et la maturité de l'Académie et la limitation successive de ses membres, les conditions générales de son recrutement se sont profondément modifiées. Des savants de l'ordre médical, désireux de se mêler aux travaux de l'Académie, et parvenus à des situations scientifiques et sociales honorables, mais conquises en dehors des corps officiels, ont cherché dans les sièges d'associés libres un but à une légitime ambition.

C'est sans doute sous l'influence de ce nouveau courant que se sont faites les nominations de Conneau en 1853, de Cerise en 1864, de Peisse en 1866, de Daremberg en 1868, d'Amédée Latour en 1870, et, depuis lors, de Dechambre, de Chereau et de la plupart des membres actuels qui appartiennent à la profession médicale militante ou contemplative.

Est-il dans les intentions de la majorité de l'Académie de réédifier le palladium placé à côté de son berceau par une main royale ? Ou entend-elle continuer à s'associer les éléments actifs, zélés, non sortis encore de la période d'évolution scientifique, choisis parmi les travailleurs de tout ordre dont le concours pourra lui être utile, et qui lui a valu, dans la classe des associés libres, les dignes collaborateurs de l'heure présente? Un avenir prochain nous le dira.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Séance du 22 octobre (matin). — Présidence de M. DUPLAY.

Des résections orthopédiques.

M. LAGRANGE (de Bordeaux) a pratiqué la résection d'articulations déformées à la suite

---

vous méfierez de leur exactitude respective, en remarquant qu'ils ne sont jamais d'accord et qu'on n'en trouverait pas deux dans la quantité donnant au même moment la même indication. Cette apparence de fantaisie ne prouve rien contre la valeur de chaque baromètre en particulier; les baromètres sont comme les enfants : ensemble, ils sont turbulents, indisciplinés, insupportables; séparés, ils deviennent tous charmants. Prenez de confiance, dans le tas, le baromètre dont vous avez décidé de faire votre compagnon, et quand vous l'aurez apprivoisé, accoutumé à votre voisinage, il vous donnera pour la fidélité autant de satisfaction qu'un caniche. Vous posséderez peu à peu son caractère, sa sensibilité, comme un clavier dont vous aurez exploré toutes les touches; les moindres oscillations de l'aiguille auront un sens pour vous, et vous vous sentirez pris d'attachement pour ce conseiller intime.

Ses qualités éclateront surtout s'il vous prend fantaisie de le comparer à votre pendule. Baromètre et pendule ont le même visage; mais quelles âmes différentes sous ces deux cadrans! Connaissez-vous rien de plus agaçant qu'une pendule, avec son tic-tac perpétuel et les grimaces toujours changeantes de ces deux aiguilles, qui s'essoufflent pour se courir l'une après l'autre toute la journée, sans un instant de tranquillité, sans la moindre suite dans les idées? Ces façons agitées et brouillonnes de la pendule sont bien pour la faire prendre en grippe; pour moi, je déteste cette mangeuse d'heures qui nous rappelle la hâte de la vie, la fuite du temps, l'irrémédiable enfouissement de toutes choses dans le passé. Aussi a-t-on toujours éprouvé le besoin de corriger par des ornements les impressions désagréables que donne la vue d'une pendule; de là les sujets

©BIU Santé

d'affections déjà anciennes. Dans le premier cas, il s'agissait d'une luxation de la hanche consécutive à une arthrite scarlatineuse; dans le but d'obtenir une ankylose, la tête fémorale abrasée fut enclavée dans une nouvelle cavité cotyloïde creusée dans l'os coxal, et fixée avec des broches d'acier. L'opération est encore trop récente, pour qu'on puisse affirmer un succès définitif complet, cependant le membre est déjà solide.

Dans le second cas, on fit la résection du coude pour une ankylose incomplète dans une position incommode, survenue à la suite d'une plaie par arme à feu. Le malade ayant plus de 30 ans, on conserva le plus possible de périoste; le résultat immédiat, après guérison de l'opération, était pitoyable, car l'articulation était ballante dans tous les sens, par suite de l'atrophie musculaire; les douches, le massage et l'électricité rendirent aux muscles leur puissance, et dix-huit mois après l'opération, il y avait une reproduction totale de l'olécrane, de l'épitrochlée et de l'épicondyle, ligaments actifs, et très peu de mouvements de latéralité.

M. Daniel Mollière (de Lyon) rappelle les excellents résultats des ostéoclasies pratiquées avec l'appareil de Robin dans toutes les difformités congénitales du squelette, dans le genu valgum ou varum, dans les courbures rachitiques, dans toutes les ankyloses en général et dans les cals vicieux.

Dans les pieds-bots, M. Mollière préfère à l'ostéotomie les ostéoclasies du tarse et celles de la région sus-malléolaire, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte.

Dans les courbures rachitiques des os des membres, il préfère encore l'ostéoclasie à l'ostéotomie, qui devient alors un *travail difficultueux de menuiserie opératoire;* mais il faut avoir soin alors de n'opérer le redressement que *d'une façon lente, tardive et successive.*

Dans l'ankylose de la hanche après coxalgie, l'ostéoclasie sous-trochantérienne est de beaucoup préférable au redressement brusque et à la résection. De même pour l'ankylose du genou et les ankyloses du cou-de-pied, et pour les cals vicieux.

La résection sous-périostée resterait l'opération de choix pour l'ankylose du coude, mais il faut redouter l'inflammation et la suppuration consécutives à l'opération, qui peuvent déterminer un défaut d'ossification; moins le périoste est irrité, plus il est ostéogénique; aussi faut-il chercher la réunion immédiate sans drainage. Cependant, les cas de rhumatisme ankylosant donnent presque toujours des insuccès par reproduction de l'ankylose.

M. Reclus préfère opérer vite les courbures rachitiques par l'ostéoclasie, qu'il a pratiquée avec succès dans un cas après section des deux tendons du triceps sural.

---

variés en bronze ou en marbre auxquels les pendules servent de prétexte et de support. Sous Louis XVI, c'étaient des groupes d'Amours folâtres; sous l'Empire, Corinne avec son turban; pendant la conquête de l'Algérie, l'Arabe et son coursier; il y en a pour tous les goûts, pour toutes les professions : Hippocrate pour les médecins, Ambroise Paré pour les chirurgiens; le Petit Caporal pour les bonapartistes, Henri IV pour les royalistes; sons compter les Vénus de Milo, les Dianes de Gabies et autres antiques (souvent en toc) que l'imagination des fabricants de bronzes condamne à se sentir la plante des pieds indéfiniment chatouillée par les allées et venues d'un balancier. Ce que les malheureuses doivent avoir envie de trépigner sur cet engin de torture, on peut se le figurer aisément.

Le baromètre, au contraire, se suffit à lui-même, et n'a pas besoin d'emprunter à l'art ni à l'histoire de quoi se faire pardonner. Il est la personne raisonnable du logis; lent et posé dans ses allures, ne changeant de physionomie qu'à bon escient, se reposant sur ses impressions comme pour les méditer, et avec cela varié dans ses discours, nous ménageant des surprises, ne disant pas toujours la même chose, parlant enfin avec compétence de la pluie et du beau temps, ce qui est, comme on sait, l'idéal et le modèle de la conversation. Et sans façons aussi, tout à fait bon enfant, souffrant, sans se fâcher, qu'on lui tape sur le ventre, et répondant parfois à cette caresse par un petit soubresaut de bon augure.

Quand le baromètre nous fait des prédictions sinistres, comme il y a quinze jours, on est sûr qu'il reviendra sur ses pas pour nous faire entrevoir des horizons plus clairs;

M. Vaslin (d'Angers) a pratiqué deux fois la résection pour pieds-bots : une fois, l'extirpation de l'astragale pour varus-équin; une autre fois, la résection des quatrième et cinquième métatarsiens pour un pied-bot congénital, avec rotation de tout l'avant-pied sur l'arrière-pied. Dans les deux cas, le résultat fut excellent, ainsi qu'on peut en juger par les moulages des deux pieds.

M. Labbé, dans un cas de pied-bot acquis, a fait l'extraction de l'astragale, et, pour en assurer les résultats, la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire.

M. Doyen (de Reims) dans un cas de fracture du tibia datant de longtemps, mal consolidée, douloureuse, rendant le membre impotent, fit la résection des deux fragments avec le ciseau de Mac-Even, dans l'étendue d'un centimètre, puis réunit les deux surfaces à l'aide d'un gros fil de soie. Au bout d'un mois, l'opéré put marcher.

M. Gross (de Nancy) rappelle les deux faits de résection du tarse dans les pieds-bots congénitaux qu'il a présentés au précédent Congrès et communique trois autres faits du même genre; la ténotomie, l'aponévrotomie, le massage et l'électricité avaient été employés sans succès, la résection de l'astragale seule donna le résultat cherché. Les guérisons signalées l'année dernière se sont maintenues.

On doit, autant que possible, se contenter d'extirper l'astragale, en ménageant le calcanéum et la malléole externe; mais, dans les pieds-bots acquis, l'ablation de l'astragale peut ne pas suffire. Les lésions sont alors très étendues, et il faut avoir recours, soit à la résection cunéiforme calcanéo-cuboïdienne, soit à des sections tendineuses ou aponévrotiques multiples.

M. Édouard Martin (de Genève), en collaboration avec M. Henri Martin (de Lausanne), a recueilli 180 observations de pieds-bots traités seulement par l'électricité, le massage et l'orthopédie, et toujours le résultat a été parfait. Le traitement, renouvelé de Venel, mais modifié par l'électricité, comprend plusieurs temps. Dans une première période, dite de préparation, on se contente de manipulations, de gymnastique et d'électricité. Plus tard, à la période de redressement, on ajoute à ces moyens l'application du sabot de Venel et jamais on ne pose d'appareil plâtré ou silicaté, qui emprisonne les muscles et favorise leur atrophie. Enfin, pendant la période de convalescence, on met les bottines, sur lesquelles s'appliquent diverses armatures, pour prévenir les récidives.

Tous les pieds-bots ne guérissent pas aussi bien, mais tous ne présentent pas non plus les mêmes lésions. Il faut, en effet, distinguer : 1° les pieds-bots congénitaux acci-

---

trouvez donc une pendule qui soit capable d'une pareille conduite, qui retourne en arrière vers les heures gaies pour nous les faire goûter une seconde fois, vers les heures tristes pour nous permettre de les effacer! Notre ennemi, c'est notre maître; avons-nous un maître plus dépourvu d'entrailles que notre pendule? Aussi, malgré moi, je vois en elle une ennemie implacable, et reporte ma tendresse sur l'honnête baromètre, emblème du pardon, de la réparation et de l'espérance.

*
* *

Avec l'automne et le mauvais temps a fini, pour beaucoup de Parisiens, l'obligation du déplacement, qui est la grande affaire de l'été. Ne pas se déplacer entre juin et octobre est aussi mal vu dans un certain monde que de sentir l'ail dans une soirée. La seule façon dont les gens de ce monde-là prononcent le mot *déplacement* laisse deviner comment ils comprennent la chose. Ayez soin, si vous traitez cette question avec un monsieur à chapeau gris, de ne pas dire voyage, ni excursion, ni vacances; le voyage est le fait des ambassadeurs du commerce, qui font du chemin pour placer leur marchandise; l'excursion est réservée aux touristes, ou aux membres des Congrès scientifiques; les vacances appartiennent aux petits employés et aux collégiens; le *déplacement* seul est le propre des gens comme il faut, et ils ont bien fait de choisir ce terme pour désigner leurs absences, car ils partent uniquement pour partir, pour se déplacer, sans aucun but d'affaires, ni de curiosité, ni de repos, ni de santé, comme en ont les pauvres hères qui vont en voyage, en excursion, en vacances ou aux eaux.

©BIU Santé

dentels, dans lesquels les muscles ont conservé leur fermeté; alors on arrive facilement à la guérison; 2° les pieds-bots congénitaux paralytiques, consécutifs à une affection nerveuse intra-utérine analogue à la paralysie atrophique de l'enfance; alors les succès sont plus longs à obtenir; 3° enfin, les pieds-bots acquis, soit par le fait de paralysies, soit par le fait de blessures. Les premiers peuvent encore guérir par le traitement de Venel modifié; les autres, très rebelles, ne peuvent guérir que par un traitement chirurgical.

M. Arbagon a cité ensuite un cas qui vient à l'appui de ce mode de traitement, mais M. Levrat (de Lyon) ne peut admettre l'exclusion des appareils plâtrés.

M. Ollier, dans les ankyloses du genou et de la hanche, préfère l'ostéotomie à l'ostéoclasie, parce que, dans cette dernière, on ne sait jamais précisément où on va briser l'os. Pour la hanche, il pratique l'ostéotomie sous-trochantérienne préconisée par Volkmann. En pareille affection, cette opération est préférable à l'ostéoclasie et à la résection, qui peuvent réveiller d'anciens foyers inflammatoires au voisinage desquels on opère. Au genou, M. Ollier préfère l'ostéoclasie quand il y a ankylose à angle obtus et la résection pour les ankyloses à angle droit, et surtout à angle aigu, et les affections accompagnées de brides, fistules, etc. M. Lucas-Championnière a fait 10 résections du genou sans un seul cas de mort. M. Ollier a une statistique analogue ayant donné 100 pour 100 de guérisons.

M. Lucas-Championnière a pratiqué ces résections 9 fois pour arthrite tuberculeuse, 1 fois pour arthrite déformante; chez les jeunes gens et chez les individus d'un âge avancé, la résection est peu indiquée, de même lorsqu'il y a des fistules autour des articulations. Ces fistules emprisonnent littéralement les tissus et s'opposent à la réunion immédiate. La tuberculose générale n'est pas une contre-indication à l'opération, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet épuisé et dans un état très grave. Il importe d'opérer très largement et de gratter avec soin toutes les fongosités articulaires; le drainage ne doit pas rester plus de dix jours; la suture des os peut être faite au catgut. Sur les 10 opérés, 8 marchent. La perfection du premier pansement joue le rôle le plus considérable dans la réussite de l'opération.

M. Mollière n'admet pas, avec M. Ollier qu'on ne puisse pas limiter exactement le point où doit se faire la fracture de l'os avec l'ostéoclasie de Robin.

M. Verneuil est tout à fait d'accord avec M. Ollier sur l'influence fâcheuse qu'exercent

---

La civilisation consistant à prévoir et à satisfaire tous les besoins de l'homme, la mode des déplacements a fait naître des agences qui prêtent de l'argent pour voyager aux personnes peu fortunées, mais désireuses d'obéir à la loi mondaine du déplacement. Un de mes amis, curieux de tous les rouages de la machine parisienne, s'est présenté dans une de ces agences, et y a trouvé une dame respectable, dont le visage rappelait un peu les traits charmants de la regrettée Mme Thierret. — Vous venez pour un voyage, Monsieur? — Oui, Madame. — Un grand ou un petit voyage? — Ni grand ni petit, entre les deux. — Nous sommes à votre disposition; veuillez nous indiquer le parcours que vous avez choisi, et nous vous enverrons la somme nécessaire la veille de votre départ.

Mon ami expliqua alors à cette brave dame que son voyage se passerait entre la Butte-Montmartre, où il demeure, et le boulevard des Italiens, où il aime à passer certaines heures de la journée; que ce déplacement, peu considérable en apparence, devait se répéter tous les jours, et égalerait ainsi, comme distance parcourue, les plus lointaines envolées. Cette franchise a été funeste à mon ami en tuant tout son crédit dans l'agence.

— Nous vous prêterons, dit la vieille dame, tout ce qu'il vous faudra pour aller en Suisse, en Hollande, en Norwège, mais rien pour rester à Paris.

— Cependant, si vous avez l'intention de m'ouvrir un crédit, peu vous importe que j'en use à l'hôtel du Righi ou au café Riche? Il me semble même que, dans ce dernier cas, je cours moins de risques et vous garantis mieux contre toute chance de non-remboursement.

sur les suites des opérations sanglantes les fistules qui entourent les jointures malades, à cause de l'auto-inoculation qui s'effectue alors presque inévitablement.

M. Pozzi a présenté deux jeunes malades auxquels il a pratiqué la résection du coude pour ankylose. Le résultat est très bon, comme on peut en juger d'après la comparaison de l'état ancien, au moyen de photographies, avec l'état actuel. Il y a encore un peu d'atrophie musculaire, mais les mouvements sont possibles.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg) a donné le résultat des opérations qu'il a pratiquées dans un but orthopédique.

Ces résultats portent sur 55 cas, dont 38 ostéotomies linéaires et 27 résections proprement dites. En défalquant de ce nombre 32 observations communiquées à la Société de chirurgie (séance du 4 juin 1884) et 3 ostéotomies linéaires récentes, il reste 20 cas qui se répartissent ainsi : 9 résections orthopédiques du coude ; — 1 sous-trochantérienne ; — 3 résections du genou ; — 3 tarsotomies ; — 4 pseudarthroses.

Tous ces opérés ont guéri. Comme résultat définitif, M. Bœckel note pour le coude : 1 ankylose, 1 membre ballant, 3 résultats bons (le membre pouvant être fléchi jusqu'à angle droit), 4 résultats parfaits avec rétablissement absolu des mouvements.

La résection sous trochantérienne du fémur a permis de redresser une ancienne coxalgie ankylosée à angle droit, et d'allonger le membre de 3 centimètres.

Au genou, il a vu 3 ankyloses parfaites : un malade de 52 ans a travaillé 3 ans, puis a dû subir l'amputation de la cuisse ; une fille est morte de méningite tuberculeuse 4 mois après la résection.

Des 3 tarsotomies, l'une a fourni un bon résultat ; les deux autres un moins bon, et il faudra faire une nouvelle opération.

Dans 4 cas de pseudarthrose, 3 consolidations et un résultat nul chez une fille de 13 ans, dont la pseudarthrose remontait à plusieurs années, et qui avait, en même temps qu'une atrophie considérable de la jambe, un raccourcissement de 16 centimètres. Dans ces circonstances éminemment défavorables, l'échec devait être certain.

L.-H. Petit.

— Impossible, cher Monsieur, nous ne fournissons des fonds que pour l'exportation ; tout ce que vous voudrez pour la Suède ou la Palestine, mais pour rester à Paris, pas un radis.

Singulière forme du crédit, celle qui vous oblige à dépenser vos ressources chez les Esquimaux ou dans les Pampas, et vous interdit d'en jouir tout doucement à Paris.

Gageons, malgré cela, que les agences de prêts pour voyages font de bonnes affaires, grâce à la manie des déplacements, qui est une des épidémies de l'été. Pourtant, quel pays plus agréable à habiter en toute saison que Paris? C'est même le seul endroit où l'on puisse passer l'été sans avoir à se déplacer pour s'y rendre ; et cette seule qualité assurera toujours à Paris une supériorité énorme sur tous les autres points du globe. Et puis, sous quelle latitude trouverez-vous réunies des attractions telles que le chêne pré-historique, la belle Fatma, les Cynghalais et l'Exposition des arts industriels? Le prince Karamoko a choisi Paris pour le placement de ses économies, quand il lui était si facile de trouver des casinos plus près de chez lui ; la belle Fatma ne songe pas à retourner à Tunis, et continue à émerveiller les Parisiens par la pureté de ses formes et de son accent batignollais ; quant aux Cynghalais, ils déclarent à qui veut l'entendre que Paris est le seul endroit de l'univers où ils soit possible de trouver tous les dimanches cent mille personnes pour s'extasier sur les fumisteries enfantines de ces asiatiques. Danser à cloche-pied au milieu d'une pelouse et faire courir le peuple le plus spirituel de la terre pour voir cela, voilà ce que les Cynghalais ont trouvé à Paris et n'auraient trouvé nulle part ailleurs.

P. Dubray.

THÉRAPEUTIQUE

La mortalité dans la première enfance.

Par M. le docteur ACHENNE.

Les Bulletins de statistique enregistrent régulièrement des chiffres de décès dans la première enfance, qui montrent que la cause de mortalité la plus active, à cet âge, est la diarrhée infantile, gastro-entérite ou athrepsie.

La courbe s'élève graduellement avec la température pour atteindre, en été, un chiffre trois à quatre fois supérieur à celui de la saison d'hiver. Dans la dernière semaine du mois d'août, le nombre des décès a été de 205, à Paris, ce qui représente le cinquième environ du total des décès pour la population de la capitale.

La répartition des cas, d'après le mode d'élevage, montre que les enfants nourris au biberon et autrement, sont frappés dans la proportion des deux tiers; encore y a-t-il lieu de faire les réserves les plus formelles dans cette évaluation, car l'allaitement au sein est, le plus souvent si incomplet, qu'il mérite à peine d'être ainsi qualifié.

En définitive, c'est à une alimentation pernicieuse, qu'est due cette mortalité effrayante et vraiment désastreuse. Les recherches récentes du docteur Victor Vaughan, professeur de physiologie à l'Université de Michigan, sont de nature à porter la lumière dans cette question si intéressante. Le savant professeur américain a découvert dans le lait une ptomaïne qu'il a nommée *Tyrotoxion*, qui, d'après lui, serait due au développement de micro-organismes dans la fermentation lactique. Le savant physiologiste a cherché à établir une relation entre la symptomatologie de l'empoisonnement par l'ingestion du *Tyrotoxion* et la symptomatologie du choléra infantile.

C'est le *Journal d'hygiène*, toujours si bien informé, qui nous fait connaître ces travaux, d'où il tire des conséquences des plus importantes pour le traitement de cette dernière affection; il est évident que la première indication sera de proscrire le lait, même très pur, à cause de la fermentation successive qu'il peut subir dans le tube gastro-intestinal, surtout dans la période des chaleurs, où les fermentations sont les plus actives.

Mais par quoi remplacer le lait? Nous savons combien la plupart des préparations alimentaires usitées sont défectueuses et quelle incertitude règne dans l'esprit des médecins, aussi bien que du public, pour le choix d'un aliment sain et suffisant. Aussi ne saurait-on prendre en assez grande considération certaines farines alimentaires que leur composition et les résultats qu'elles ont donnés à des expérimentateurs judicieux et sincères, recommandent à tous les praticiens. La farine Morton, au gruau d'avoine, se place au premier rang de ces aliments de choix.

Les analyses qui en ont été faites, notamment sous la direction de M. le docteur E. Bouchut, et qui ont été publiées maintes fois, montrent, avec évidence, que les matériaux de nutrition s'y trouvent réunis dans les plus justes proportions.

Les essais réitérés qui en ont été faits à l'hôpital des Enfants et dans la pratique civile, indiquent que la farine Morton est un aliment complet dont les effets cliniques sont en concordance parfaite avec les données de la physiologie et de l'analyse.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. BROWN-SÉQUARD donne lecture de *Recherches expérimentales montrant que la rigidité cadavérique n'est due ni entièrement ni même en grande partie, à la coagulation des substances albumineuses des muscles :*

« I. Parmi les arguments nombreux qui montrent que la rigidité cadavérique ne dépend pas surtout d'une simple coagulation de matières albumineuses, j'ai déjà mentionné le fait singulier que les muscles rigides ne sont pas en repos et que leur état de contraction se modifie très fréquemment. L'an dernier, j'ai fait voir que les mouve-

ments de raccourcissement et d'élongation alternatifs des muscles atteints de raideur cadavérique sont assez considérables. J'ai pu, depuis lors, m'assurer, par des mesures directes, que la longueur des muscles raides se modifie très souvent, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. J'ai trouvé, de plus, que pendant le travail de *rigidification*, c'est-à-dire durant la période dans laquelle le muscle passe de son état de souplesse à celui de rigidité, il se modifie très fréquemment, non pas, comme on le suppose, en devenant régulièrement de plus en plus raide, mais en faisant alternativement des progrès vers la rigidité et des retours vers la souplesse. On sait que, lorsque la raideur cadavérique n'est pas complète dans les membres, on peut faire mouvoir librement, jusqu'à un certain point, une partie d'un membre sur un autre. L'étendue de cette mobilité donne la mesure du degré de la rigidité. J'ai trouvé, surtout dans les cas où la raideur *post mortem* est lente à se compléter, que cette mobilité varie souvent, c'est-à dire que le jeu d'une partie sur une autre devient nombre de fois alternativement plus faible et plus considérable, montrant que les muscles se sont alternativement raccourcis et allongés.

« Il est évidemment impossible de concilier de tels faits avec la théorie qui a cours sur la production de la rigidité cadavérique. Il est certain, en effet, qu'une coagulation de substances albumineuses ne peut se faire et se défaire alternativement.

« II. Lorsque la rigidité cadavérique se produit rapidement chez les animaux vigoureux, tués par asphyxie, on constate qe'il est impossible, après qu'elle a atteint toute son intensité, de la détruire d'une manière complète, sans employer une force très considérable et sans léser le tissu musculaire. Je demande si, en présence de ce fait, il est possible d'admettre que la raideur n'est due qu'à une coagulation de substances albumineuses ?

« Nysten a soutenu que, si l'on rend la souplesse à un membre atteint de rigidité *post mortem*, cette raideur n'y revient pas. Sommer, au dire de J. Müller, a constaté que, si l'on emploie la force pour vaincre la rigidité cadavérique, alors qu'elle est complètement développée, elle ne se reproduit pas ; mais que, si elle n'a pas encore atteint son plus haut degré d'intensité, elle se rétablit. J'ai déjà montré depuis bien longtemps, contrairement à l'assertion de Sommer, que dans un membre ayant atteint le maximum de rigidité, celle-ci peut reparaître après avoir été détruite. Mais des expériences négatives m'avaient fait croire que, lorsque la rigidité a existé vingt-quatre heures ou plus longtemps, elle ne se développe plus si on la fait cesser. J'ai depuis constaté qu'il n'est pas de période de la raideur *post mortem* où celle-ci ne puisse réapparaître après qu'on l'a détruite.

« A ma grande surprise, le 31 mars de l'année dernière, chez un chien tué le 12 de ce mois, j'ai trouvé que la rigidité pouvait encore revenir rapidement après avoir été détruite. Chez cet animal, mort avec tout ce qui caractérise ce que j'ai décrit sous le nom d'*arrêt des échanges* entre les tissus et le sang, la raideur avait été complète jusqu'au 31 mars. Ce jour-là il y avait un peu de jeu aux trois principales articulations du membre postérieur gauche. Voulant m'assurer de la résistance des muscles de ce membre, je pratiquai, à plusieurs reprises, l'extension et la flexion du pied, de la jambe et de la cuisse. Environ une demi-heure après, je constatai que le membre que j'avais assoupli notablement avait repris presque toute la raideur qu'il avait avant les tiraillements que je lui avais fait subir. Ainsi donc, dix-neuf jours après la mort, la raideur peut réapparaître très promptement après qu'on l'a fait cesser. Chez ce même animal deux fois encore (le 4 et le 7 avril, c'est-à-dire vingt-trois, puis vingt-six jours après la mort), j'ai déraidi le même membre et la rigidité s'est remontrée, mais chaque fois à un degré un peu moindre qu'avant, excepté à la hanche où elle a été plus considérable après qu'avant le second déraidissement.

« Ces faits singuliers, et absolument décisifs contre la théorie d'après laquelle la rigidité dépendrait de la coagulation d'une substance albumineuse, m'ont conduit à faire de très nombreuses recherches sur des animaux d'espèces variées, et j'ai constaté, chez tous, la possibilité du retour de la raideur après l'assouplissement des membres rigides. Chez les oiseaux, les cobayes, les lapins, les singes, la puissance de reproduction de la raideur est *bien moindre* que chez les chiens et les chats. Plus les muscles

©BIU Santé

sont vigoureux, plus le retour de la raideur est fréquent, rapide et considérable. Après avoir déraidi quatre, cinq ou six fois et jusqu'à huit fois, dans un petit nombre de cas, des membres de chiens morts avec arrêt actif des échanges et depuis un temps quelquefois très long, j'ai vu assez souvent la raideur revenir. Plus la rigidité se montre rapidement après la mort, plus est faible la puissance que possèdent les muscles de se rigidifier de nouveau après un déraidissement complet. C'est presque uniquement chez des animaux ayant eu de violentes convulsions après la mort que j'ai constaté que la rigidité détruite ne réapparaissait pas, même quelquefois peu de temps après l'apparition de la raideur *post mortem*.

« Je ne crois pas avoir besoin de montrer que ces faits sont absolument décisifs contre la théorie que je combats, car la raideur ne pourrait pas se montrer de nouveau si elle dépendait d'une coagulation de substances albumineuses, le seul effet du déraidissement étant de vaincre, par distension, l'élasticité de ces substances et non de les liquéfier, ce qui serait essentiel pour qu'elles pussent de nouveau se coaguler.

« IV. Il arrive assez souvent que la rigidité cadavérique *reproduite*, ou *en retour*, est rapidement plus considérable que celle de la raideur qui précédait le déraidissement. Je reviendrai sur la signification de ce fait dans une autre communication.

« V. A l'aide d'un moteur hydraulique, j'ai fait jouer presque tous les muscles d'un membre pendant sept, huit ou dix heures, et j'ai constaté, pendant tout ce temps, que la rigidité ne se montrait pas et qu'elle apparaissait, au contraire, rapidement lorsqu'on cessait de faire mouvoir le membre. Cependant quelques muscles ou quelques parties de muscle échappaient alors au mouvement et la raideur survenait en certains points du membre, pendant cette expérience. Pour obtenir un résultat plus net, j'ai opéré autrement. Après avoir tué des chiens ou des lapins vigoureux, j'ai attendu que la raideur commençât dans les quatre membres, et j'ai alors fait mouvoir rapidement et fortement, dans tous les sens possibles, les deux membres d'un côté du corps. J'ai continué pendant plusieurs heures ces tiraillements de deux membres, attendant pour m'arrêter que les deux autres membres eussent atteint le maximum d'intensité de la rigidité cadavérique. J'ai alors cessé les tiraillements et constaté que les membras qui y avaient été soumis étaient absolument souples. Mais, bientôt après, la raideur s'y est montrée et, dans un temps un peu plus court que pour les deux autres membres, elle y a presque toujours acquis le maximum d'intensité. Dans des cas rares, la rigidité n'y a pas été aussi complète que dans les deux autres membres, exception due, comme je m'en suis assuré, à ce que les mouvements avaient été trop violents et avaient produit des lésions traumatiques dans les muscles.

« Il me semble évident que, si la rigidité dépendait de la coagulation d'une substance albumineuse, les mouvements n'empêcheraient pas cette coagulation. Ce que nous savons de la fibrine montre, au contraire, que le mouvement (le battage, en particulier) active la coagulation. En admettant, ce que je crois vrai, qu'à certain moment après la mort les substances albumineuses des muscles se coagulent, les caillots doivent être brisés et presque réduits en poussière par les mouvements auxquels les muscles sont soumis dans cette expérience. Dans cet état, le rôle de ces caillots est fini, ce qui expliquerait la souplesse des muscles, lorsqu'on cesse de mouvoir les membres, mais ce qui, assurément, devrait, contrairement à ce que montre l'expérience, empêcher l'apparition de la rigidité.

« VI. Un fait extrêmement intéressant et dont je m'occuperai à d'autres égards, dans une communication subséquente, montre que quelquefois la raideur *post mortem* apparaît dans un ou plusieurs membres, alors que l'irritabilité musculaire n'y a rien perdu de sa puissance. Il serait impossible de concilier la coexistence de ce degré d'irritabilité avec la rigidité si celle-ci dépendait de la coagulation de substance albumineuse.

« VII. J'ai trouvé, dans ces dernières années, un fait qui est, comme les précédents, tout à fait contraire à la théorie que je combats. On croyait que la rigidité cadavérique ne disparaît que lorsque la putréfaction des muscles s'est montrée d'une manière évidente. J'ai constaté que, quelquefois, il n'en est pas ainsi : j'ai vu, en effet, cinq ou six fois, la raideur disparaître complètement alors que les muscles, à part leur mollesse et leur couleur, n'avaient aucune apparence de putréfaction. Donc, ceux qui

croient que c'est à une dissolution de la myosine par le travail de la putréfaction qu'est due la cessation de la rigidité se trompent.

« *Conclusions.* — La rigidité cadavérique ne dépend ni entièrement ni principalement de la coagulation de diverses substances albumineuses dans le tissu musculaire ou baignant ses éléments, comme le soutiennent aujourd'hui la plupart des physiologistes, à la suite de Brücke, de Kuhne et de Wundt. »

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la TOUSSAINT, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 2 novembre 1886.

Erratum. — En annonçant le décès regretté de notre collaborateur M. Dinin, une erreur de prénom a été faite. C'est M. *David Dinin* et non pas *Alexandre Dinin* dont nous avons eu la douleur d'apprendre la mort à nos lecteurs.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Honoré Bozonet, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, conseiller général de l'Ain et maire de Montrevel, décédé le 21 octobre 1886, à l'âge de 71 ans.

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le 8 novembre. — S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 7, rue de la Michodière, ou au concierge du cours.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fête de la Toussaint.* — Billets d'aller et retour à prix réduits. — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les billets d'aller et retour délivrés aux conditions du Tarif spécial A n° 9, les 30 et 31 octobre, 1er et 2 novembre 1886, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du 3 novembre.

Les billets de ou pour Paris conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

En outre, la délivrance des billets de bains de mer du Tarif commun Orléans-Ouest A n° 16 (Orléans) pour Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et points intermédiaires, qui devait cesser le 31 octobre, aura encore lieu le 1er novembre et les coupons de retour de ces billets, de même que ceux délivrés les 28, 29, 30 et 31 octobre, seront également valables jusqu'au 3 novembre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre les SIROP, VIN ou SEL Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* et de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.



ALLAITEMENT MATERNEL.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop..... 3 fr.
Le Vin..... 4 fr.
Le Sel..... 3 fr.

NOURRICES

Dépôts { Phie JOLIVET, 114, Faub. St-Honoré à PARIS { Phie PRADEL, 31, r. Four-St-Germain

Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

Etablissement à TERRE-NEUVE.

HUILE DE HOGG

EXTRAITE de FOIE FRAIS de MORUE non épurée, sans odeur ni saveur.
2, rue Castiglione, PARIS, et toutes Pharmacies.

PRÉPARATIONS DE

PERCHLORURE DE FER

Dr DELEAU, médecin du Dépôt des condamnés.

Solution normale à 30°; solution caustique à 15°. Sirop, Pilules, Pommades, Injections pour hommes et pour femmes.

Dépôt général, ancienne pharmacie G. Koch, rue de Richelieu, 44, à Paris. F. DUCOUX, successeur.

©BIU Santé

POUDRES ALIMENTAIRES

ADRIAN

Admises dans les Hôpitaux de Paris

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN ou VIANDE DE BŒUF FRANÇAIS

POUDRE DE VIANDE ADRIAN ou VIANDE DE BŒUF D'AMÉRIQUE

Ces poudres sont aussi INODORES et INSAPIDES qu'il est possible de les obtenir en leur conservant à la fois tous les principes de NUTRITION, de DIGESTION et d'ASSIMILATION.

Toutes les précautions ont été prises pour qu'elles ne contiennent plus aucun germe fermentescible.

NOTA. — Les poudres de viande Adrian ne contiennent jamais de viande de cheval, elles sont les seules bien tolérées par les malades.

Échantillons franco aux médecins

VENTE EN GROS :

Société française de Produits pharmaceutiques

11, RUE DE LA PERLE, PARIS

QUINA ANTI-DIABETIQUE ROCHER

A base de Glycérine redistillée et chimiquement pure.

Préparation spéciale contre le **Diabète**. Tonifie et reconstitue. — FLACON : 3 FR. 50.

Les expériences faites sur des malades ont donné de très beaux résultats.

« La Glycérine est un des médicaments les plus avantageux que l'on puisse utiliser contre le ***Diabète***. Il faut, pour la donner en toute confiance, avoir la certitude absolue qu'elle est pure. Aucune préparation ne répond mieux à cette indication que le ***Quina Anti-Diabétique Rocher***. Ce médicament a fait ses preuves depuis longtemps. Il est probable que dans un avenir prochain, la Glycérine prendra, grâce à ce produit, la place qu'elle mérite en thérapeuthique. »

(Gazette des Hôpitaux & Abeille Médicale.)

M. ROCHER, Pharmacien, 1, rue Perrée (Paris-Temple), met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis* à titre d'expérimentation.

Sirop de Sulfate de Spartéine

Préparé par **A. HOUDÉ**

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (*Prix Orfila*).

Le ***Sirop de Sulfate de Sparteine*** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rhythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites**, **arrhythmies** et **besoins circulatoires**. — DOSAGE : 20 grammes renferment 2 centigrammes de sel.

MODE D'EMPLOI. — *Ce Sirop s'emploie à la dose de 2 à 5 cuillerées à bouche par jour ; soit de 4 à 10 centigrammes de Sulfate de Sparteine.*

Dépôt : Pharmacie A. HOUDÉ, 42, Rue du Faubourg St-Denis, PARIS, ET PHARMACIES.

POUDRES DE VIANDE

DE TROUETTE-PERRET

(Garanties Bœuf pur.)

POUDRE DE VIANDE *Diastasée.* ◊ POUDRE DE VIANDE *Diastasée et Phosphatée.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Sommaire

I. J. Luys : Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — III. Variétés : Un singulier Institut pour la réduction des luxations..... imaginaires. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques.

Par le docteur J. Luys.

I

Les personnes qui s'occupent particulièrement de recherches anthropologiques savent combien il est difficile d'avoir des moyens précis pour mesurer, chez l'homme vivant, les courbes de la tête, et combien la plupart des procédés céphalométriques, même les plus perfectionnés, laissent encore à désirer au point de vue de leur maniement pratique.

Peu satisfait du matériel instrumental actuellement en usage, j'ai dû chercher par moi-même des appareils nouveaux suffisamment précis et d'une application plus facile pour me permettre d'arriver à mesurer les courbes physiologiques et pathologiques de la tête humaine, et savoir si, en entrant dans cette voie, il ne me serait pas possible d'y rencontrer des données utiles par la connaissance de certaines malformations primordiales de la boîte crânienne.

J'ai pensé tout d'abord à utiliser les lames de plomb, et à modifier leur emploi d'une certaine façon en les fixant sur des tiges, et en immobilisant ainsi leur courbe que l'on pouvait ensuite projeter sous forme de graphiques sur un papier. Ces premières tentatives n'ayant pas été couronnées de succès, j'ai songé à employer un système de clavettes mobiles dans un cadre spécial et pouvant être immobilisées à un moment donné. Ce système de clavettes rappelle en partie l'organisme du conformateur des chapeliers, ainsi que celui des profilomètres employés par les sculpteurs. Les clavettes juxtaposées, appliquées directement sur la courbe cérébrale à étudier, devaient être serrées à l'aide d'écrous spéciaux au moment où elles étaient sur place, de façon à pouvoir traduire sur le papier les différentes sinuosités des surfaces crâniennes.

Ces principes étaient bons en eux-mêmes; mais, une fois en présence de la réalité, de grandes difficultés surgirent immédiatement. En effet, les lignes courbes céphaliques, par cela même qu'elles sont curvilignes, présentent une portion de leur parcours qui est bombée et une autre portion qui est rentrante. Or, si on suit ce parcours à l'aide d'une série de clavettes immobilisées, pour enlever le cadre et cette ligne de clavettes, il fallait forcément déranger les choses en place et troubler la continuité de la courbe dont le tracé était forcément faussé. Il a donc fallu trouver un expédient technique pour ouvrir méthodiquement le cadre tenant les clavettes immobiles, au moment où il franchit la courbe d'obstacle, et cet obstacle étant franchi, l'appareil ayant quitté la tête, pouvoir refermer le cadre en respectant la continuité de la courbe; celle-ci pouvant alors être directement tracée sur une feuille de papier. Grâce à un système de brisure du cadre et d'encliquetage spécial, dont je dois l'application à M. Mariaud, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, qui a su traduire très

©BIU Santé

intelligemment ma pensée, j'ai pu résoudre heureusement ces difficultés et arriver au but que je m'étais proposé. C'est cette petite invention technique qui constitue le caractère essentiellement original des instruments céphalométriques que j'ai l'honneur de vous présenter.

Ces instruments céphalométriques sont ou nombre de trois. Etant donné le problème de la mensuration de l'ovoïde crânien, j'ai dû faire faire trois appareils indépendants, destinés chacun à prendre l'une des trois dimensions nécessaires pour avoir son volume. L'un est destiné à prendre la courbe antéro-postérieure de la tête, c'est l'appareil fronto-occipital; l'autre, la courbe horizontale, c'est l'appareil circulaire; l'autre, enfin, inscrit le diamètre bi-auriculaire. Ces trois appareils similaires, dans leur construction, présentent des caractères communs et des caractères spéciaux.

D'une manière générale, ils consistent dans une série de clavettes de bois dur, de buis, de 4 à 10 centimètres de long, juxtaposées les unes à côté des autres; elles sont légèrement convergentes et glissent aisément dans des coulisses creusées dans un cadre en bois à double paroi. Ces parois, à l'aide d'écrous multiples, sont susceptibles d'être serrées à volonté, et d'immobiliser ainsi les clavettes dans la position qui leur aura été assignée. Le cadre présente à sa partie médiane une brisure maintenue à l'aide d'une charnière et pourvue d'un loquet d'encliquetage. Il peut s'ouvrir aisément, suivant qu'on presse sur une petite pédale qui lève le loquet, et se referme de lui-même sitôt qu'on cesse la pression. Les clavettes en elles-mêmes sont aplaties à une de leurs extrémités et présentent un bord mousse. Grâce à cette disposition, elles peuvent s'interposer entre les cheveux, et se mettre directement en contact avec le cuir chevelu. Par l'autre extrémité, elles sont entaillées de façon à recevoir un ressort à boudin qui les maintient toutes par une douce pression, et les pousse doucement sur les surfaces à explorer.

Pour appliquer sur le vivant chacun de ces appareils, on commence par rendre les clavettes mobiles en dévissant les écrous du cadre dont on ouvre la charnière, et on arrive à mettre doucement en contact la série des clavettes qui s'appliquent ainsi sur le cuir chevelu grâce à l'action lente et continue du ressort à boudin qui les pousse. Une fois les clavettes bien adaptées sur le cuir chevelu, on les immobilise en les serrant immédiatement à l'aide des écrous dans leur cadre, et après avoir eu grand soin de placer aux endroits indiqués les points de repère des appareils, on presse la pédale de l'encliquetage, on ouvre le cadre pour l'enlever de dessus la tête, et, une fois libre, on le resserre immédiatement.

Cette première partie de l'opération étant faite, on passe à la seconde qui consiste dans le tracé du graphique et dans la construction des courbes et des diamètres. Le cadre est donc reporté sur un plan spécial, dans lequel il s'emboîte et sur lequel on place une feuille de papier tendu; et alors les mêmes points de repère étant indiqués sur cette feuille de papier, on procède à l'aide d'un petit instrument spécial (1), dont l'invention revient

(1) Ce très ingénieux instrument, qui n'est autre chose qu'un crayon maintenu sous une inclinaison favorable et que l'on peut mouvoir facilement entre les deux doigts, présente une portion mousse, curviligne, qui neutralise le défaut de continuité de la ligne des clavettes. Ce qui permet d'obtenir un tracé continu exact qui est bien l'expression réelle de la courbe que l'on cherche.

à mon très zélé collaborateur le docteur Descourtis, qui m'a puissamment aidé, dans cette série de recherches délicates, au tracé du graphique en suivant directement la ligne courbe indiquée par les extrémités des clavettes.

La courbe étant ainsi reportée sur le papier, on fixe les points de repère indiqués sur le vivant, la glabelle, la saillie occipitale postérieure, s'il s'agit de l'appareil fronto-occipital, et alors on procède à certaines constructions géométriques qui permettent d'obtenir ainsi une notion exacte de certaines régions céphaliques, soit d'une façon absolue, soit d'une façon relative; on peut ainsi jauger le volume de la tête dans son ensemble, révéler des saillies, des aplatissements qui passent généralement inaperçus, la prédominance de tel ou tel diamètre, l'existence du développement compensateur de certaines régions, les asymétries, etc., et reconnaître ainsi une série d'anomalies dans la constitution (1).

Tels sont, d'une manière générale, les principes communs aux trois appareils céphalométriques que j'ai eu l'honneur de vous présenter. Voyons maintenant les particularités propres qui appartiennent à chacun d'eux d'une façon isolée :

1° Nous avons d'abord le céphalographe fronto-occipital, à direction antéro-postérieure, qui, à lui seul, donne les courbes céphaliques les plus intéressantes, les moins connues et les plus disparates. Il est conçu sur le même modèle que ses deux congénères; il est appliqué suivant le sens vertical et suivant le grand diamètre antéro-postérieur de la tête. De plus, il porte deux index dont l'adaptation sur le vivant exige une grande délicatesse. Un index sous forme d'une petite languette en cuivre est placé en avant et doit, par sa pointe, s'appliquer sur la glabelle. Un autre, situé à la région postérieure du crâne, est constitué par une languette métallique plus forte et glissant dans une coulisse. Cet index, qui a une certaine mobilité, est destiné à fixer la position de la crête occipitale postérieure. Cette ligne est souvent très difficile à déterminer, et on comprend toute l'importance qui existe, *à priori*, sur sa situation; car, sur la construction qui va avoir lieu, la ligne, qui s'étend du point nasal au point occipital, va servir de base aux différents diamètres qui vont s'appuyer sur elle.

Les points de repère ayant ainsi été déterminés aussi exactement que possible, et les clavettes ayant été fixées dans leur position, il reste encore à compléter l'opération, par la détermination simultanée d'un autre point fixe d'une haute importance, le trou auditif.

Cette détermination du trou auditif, en fonction du point nasal et du point occipital, ne s'opère qu'en projection sur le papier.

Pour cela faire, on adapte au cadre, à l'aide d'un écrou, un petit appendice spécial constitué par une lame métallique horizontalement courbée, laquelle porte à son extrémité libre, qui arrive jusqu'au pavillon, une douille. Dans cette douille, une tige métallique de 10 à 12 centimètres, glisse à frottement, et est susceptible de mouvements d'élévation et d'abaissement. On dirige alors directement cette tige dans le conduit auditif, et on la maintient en place. Cette petite opération étant accomplie, on enlève le cadre en l'ouvrant à l'aide de la charnière, et, laissant l'appendice en place, on dispose tout le système sur le plan spécialement préparé où est fixée une feuille de

(1) Ces appareils, sauf quelques corrections de détail, sont parfaits et applicables à la mensuration des crânes secs pour les recherches anthropologiques pures.

©BIU Santé

papier. La tige métallique est alors abaissée sur le papier, et elle marque en projection sur le graphique l'emplacement du trou auditif. Les index antérieur et postérieur indiquent en même temps la saillie de la glabelle et celle de la protubérance occipitale (1).

Ceci fait, on procède à la construction des différents diamètres qui dérivent du tracé de la courbe obtenue. Je ne signale que les principaux; c'est d'abord :

1° La ligne fronto-occipitale qui est la ligne ordonnatrice sur laquelle se groupent les lignes secondaires.

Elle mesure en moyenne, chez l'homme, 184mm et, chez la femme, 175mm, et oscille, chez l'homme, entre 198mm et 174mm et, chez la femme, entre 160mm et 188mm. C'est elle qui indique, ainsi qu'on peut le voir sur la coupe du crâne sec, la longueur du cerveau dans son diamètre antéro-postérieur, défalcation faite des parties molles;

2° Vient ensuite une seconde ligne qui est représentée par une droite, élevée à angle droit sur le milieu de la précédente. Elle est verticale, coupe la cavité crânienne en deux segments, un segment antérieur et un segment postérieur. Elle mesure la hauteur verticale du cerveau;

3° A partir du point d'insertion de cette droite verticale sur le diamètre antéro-postérieur, on amène ensuite deux autres droites : l'une, l'antérieure, va tomber sur le milieu de la demi-courbe céphalique antérieure; l'autre, la postérieure, sur la demi-courbe céphalique postérieure. Ces deux droites mesurent ainsi approximativement les rapports réciproques de ces deux régions, et il résulte de la comparaison d'un grand nombre de cas, que le rayon antérieur céphalique présente, au point de vue de sa largeur, un grand nombre de variations, tandis que le rayon postérieur varie peu. Ceci indique comme conséquence, que les régions frontales sont essentiellement variables comme développement, et que, au contraire, les régions pariéto-occipitales du cerveau sont à peu près stables, et que leur masse varie peu d'un individu à un autre. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre. — Présidence de M. Trélat.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Mialhe, membre titulaire dans la section de pharmacie.

La correspondance non officielle comprend des lettres de MM. les docteurs Frémy (de Nice) et Queirel (de Marseille), qui sollicitent le titre de membre correspondant dans la 2e division.

(1) On voit immédiatement, d'après le jeu de cet instrument, l'immense avantage qu'il y a, au point de vue céphalométrique, à posséder simultanément deux points de repère fixes aussi importants que la glabelle et le trou auditif. En y ajoutant, à l'aide d'un petit appendice spécial, la fixation du point sous-nasal ou alvéolaire, on peut directement obtenir du même coup le tracé d'un angle facial quelconque. C'est grâce à un dispositif spécial, que M. le docteur Descourtis est arrivé d'une façon très simple et très pratique à donner une solution satisfaisante à cet intéressant problème du tracé immédiat de l'angle facial sur le vivant.

La découverte de ce procédé nouveau de mensuration fera l'objet d'une communication ultérieure de sa part.

M. Leblanc présente, au nom de MM. Peuch et Toussaint, un *Précis* de chirurgie vétérinaire.

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Pirus-Sirondi, membre correspondant à Marseille, une brochure intitulée : *Considérations sommaires sur la réforme des règlements quarantenaires.*

M. Théophile Roussel dépose sur le bureau son rapport au Sénat sur la consommation de l'alcool.

M. Verneuil présente : 1° de la part de M. le docteur Thiry, professeur à l'Université de Bruxelles, une brochure intitulée : *De la prostitution. Hygiène sociale;* 2° au nom de M. le professeur Alfonso Corradi (de Pavie), une brochure intitulée : « Des expériences toxicologiques, *in anima nobili.* »

M. Trasbot présente, au nom de M. Nocard, professeur à l'Ecole d'Alfort, une brochure intitulée *Recherches sur l'avortement épizootique des vaches.*

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture, au nom de M. Pasteur, indisposé, d'une *nouvelle communication sur la rage.*

« Aujourd'hui, 31 octobre, dit M. Pasteur, 2,490 personnes sont venues subir, à Paris, des inoculations préventives de la rage. Le traitement a été d'abord uniforme pour la grande majorité des mordus, malgré les conditions très diverses d'âge, de sexe, du nombre des morsures, du siège de celles-ci, de leur profondeur et du temps écoulé entre le moment des morsures et le début du traitement. Cette uniformité s'imposait en quelque sorte dans une première année d'observations. Le traitement était de dix jours; chaque jour, la personne mordue recevait une injection de moelle de lapin, en commençant par la moelle du quatorzième jour et en finissant par la moelle du cinquième jour.

Chez les 2,490 inoculés appartenant à des pays différents, le nombre total des Français venant de France et d'Algérie est en ce moment de 1,700. Sur ce nombre, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace.

« 10 morts sur 1,700, 1 pour 170, tel est pour la France et l'Algérie le résultat de la méthode dans sa première année d'application. Prise en bloc, cette statistique démontre l'efficacité de la méthode, efficacité démontrée également par les morts, relativement très nombreuses, de personnes mordues non vaccinées. On peut, certes, affirmer que, parmi les Français mordus pendant cette année 1885-1886, bien peu ne sont pas venus au laboratoire de l'Ecole normale. Eh bien, sur cette faible minorité, on compte 17 cas de mort par rage. Suivent les noms de ces individus.

« Le nombre des personnes qui meurent de la rage à Paris, est très rigoureusement connu pour les hôpitaux, surtout depuis cinq ans. On sait pertinemment que, dans les cinq dernières années, 60 personnes sont mortes de la rage dans les hôpitaux de Paris; en moyenne 12 par an. Aucune année, d'ailleurs, n'a été exempte de morts plus ou moins nombreuses. L'an dernier, il y en a eu 21. Or, depuis le 1er novembre 1885 que fonctionne la méthode préventive de la rage au laboratoire de l'Ecole normale, il n'est mort de rage, dans les hôpitaux de Paris, que deux personnes, toutes deux non inoculées, et une troisième qui l'avait été, mais non par les traitements intensifs répétés.

« Attribuant les insuccès de la méthode dans ce petit nombre de cas à ce que le traitement n'était ni assez rapide ni assez actif; M. Pasteur l'a modifié en le faisant à la fois plus rapide et plus actif pour tous les cas, et plus rapide encore, plus énergique pour les morsures de la face ou pour les morsures profondes et multiples sur parties nues.

« Aujourd'hui, dans les cas de blessure au visage ou à la tête et pour les blessures profondes des membres, on précipite les inoculations afin d'arriver promptement aux moelles les plus fraîches.

« Le premier jour, on inocule, par exemple, les moelles de douze, de dix, de huit jours, à onze heures, à quatre heures et à neuf heures; le deuxième jour, les moelles de six, de quatre, de deux jours, aux mêmes heures; le troisième jour, la moelle de un jour. Puis le traitement est repris : le quatrième jour, par moelle de huit, de

©BIU Santé

six, de quatre jours; le cinquième jour, par moelle de trois et de deux jours. Le sixième jour par moelle d'un jour. Le septième jour par moelle de quatre jours; le huitième jour, par moelle de trois jours; le neuvième, par moelle de deux jours; le dixième jour par moelle d'un jour. On fait ainsi trois traitements en dix jours et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches.

« Si les morsures ne sont pas cicatrisées, si les personnes mordues ont tardé de venir au traitement, il arrive, après des intervalles de repos de deux à quelques jours, de reprendre de nouveau ces mêmes traitements et d'atteindre les périodes de quatre à cinq semaines qui sont les périodes dangereuses pour les enfants mordus à la face.

« Ce mode de vaccination fonctionne pour les grièvement mordus depuis deux mois, et les résultats sont jusqu'ici très favorables, suivant les tableaux qui montrent l'efficacité du nouveau traitement.

« Ce nouveau traitement a exigé une extension du service de la rage. M. le docteur Terrillon, agrégé de la Faculté de médecine, M. le docteur Roux, sous-directeur du laboratoire, M. le docteur Chantemesse, médecin des hôpitaux et M. le docteur Charrin ont apporté à M. Grancher leur collaboration la plus dévouée. »

M. Pasteur termine en faisant connaître les résultats de nouvelles expériences sur les chiens qu'il a traités par la nouvelle méthode des inoculations rapides.

« Si, dit-il, M. le docteur Frisch (de Vienne) a échoué dans des expériences de ce genre, cet échec est dû à la méthode de vaccination lente qu'il a adoptée. Pour réussir, il faut procéder rapidement, vacciner les animaux en peu d'heures, puis les revacciner. On pourrait formuler ainsi les conditions de réussite ou d'échec de ces expériences : le succès de la vaccination des animaux, après leur infection par trépanation, dépend de la rapidité et de l'intensité de la vaccination.

« L'immunité conférée dans de telles conditions est la meilleure preuve de l'excellence de la méthode. » (Applaudissements.)

M. Verneuil dit qu'à côté du grand courant légitime d'admiration pour la belle découverte de M. Pasteur, se dessine insidieusement dans l'ombre un petit courant de dénigrement. On propage des bruits mensongers, on colporte ça et là des insinuations malveillantes absolument dénuées de preuves; on transforme les modifications que M. Pasteur apporte à sa méthode en aveux de son impuissance et de son échec. M. Verneuil pense que la communication nouvelle de M. Pasteur répondra victorieusement à ces insinuations, déjouera ces manœuvres et rejettera dans leur ombre ses obscurs blasphémateurs. (Applaudissements.)

M. le docteur Bergeon, agrégé libre de la Faculté de médecine de Lyon, communique les résultats de la méthode des injections rectales gazeuses dans la laryngite simple, inflammatoire et tuberculeuse, les ulcérations des voies respiratoires, la pharyngite, etc.

« Les manifestations inflammatoires simples ou tuberculeuses des voies respiratoires supérieures sont en général accessibles à la vue, soit directement, soit à l'aide du laryngoscope, et peuvent être traitées directement par une médication locale : cautérisation, modificateurs topiques, pulvérisations, etc.

« Cette intervention directe sur les parties malades n'est pas toujours suivie de succès; elle impose très souvent des souffrances inutiles aux malades et, lorsque la laryngite est de nature franchement tuberculeuse, la récidive est la règle; la maladie devient rebelle et l'ulcération détruit les tissus, malgré les moyens employés.

« Ayant eu l'occasion de soigner un grand nombre de phthisiques atteints de différentes variétés de « phthisie laryngée », j'ai été conduit par l'observation à abandonner le traitement local et à le remplacer par la méthode des lavements gazeux. J'ai toujours obtenu par ce moyen la cessation rapide des douleurs de la gorge, la disparition des spasmes et enfin la cicatrisation complète des ulcérations.

« Je pourrais citer beaucoup d'observations; je préfère soumettre à votre examen une malade qui est aphone par suite de la destruction de ses cordes vocales. Cette destruction avait déjà eu lieu en janvier dernier, lorsque cette malade est venue me demander des soins à la dernière période d'une phthisie héréditaire.

« Les douleurs de gorge étaient tellement violentes à cette époque que cette pauvre

femme restait quelquefois jusqu'à trois jours de suite sans manger, pour éviter les douleurs de la déglutition.

« Dès les premiers jours du traitement par les lavements gazeux, les douleurs de gorge ont diminué et, en deux ou trois semaines, nous obtenions le commencement de la cicatrisation de ces ulcères, cicatrisation qui s'est parfaitement maintenue depuis huit mois, malgré l'état de ses poumons qui sont le siège, ainsi que vous pourrez le constater, d'énormes excavations.

« Malgré cette déperdition considérable de substance organique que l'on peut évaluer à la moitié du parenchyme pulmonaire, cette femme vient de faire le voyage de Lyon; elle a passé ici huit jours, s'est soumise très souvent à l'examen médical et elle affirme qu'elle ne s'est jamais sentie mieux portante. »

Résultats de la méthode des lavements gazeux dans la phthisie aiguë, phthisie à forme pneumonique, phthisie galopante, granulie :

« Dans ces affections dont le pronostic est toujours si grave, les lavements gazeux font tomber très rapidement la température, le chiffre des pulsations, et amènent en quelques jours la disparition des sueurs et une telle diminution de la toux et de l'expectoration que les malades se considèrent comme guéris après quinze ou vingt jours de traitement; mais, si on a soin de prolonger l'usage des lavements gazeux, on arrive sinon à la guérison de la maladie, du moins à l'arrêt de son évolution. »

— A quatre heures et quart, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentations; rapports. — Blessure de l'artère axillaire par coup de feu. — Corps étranger de l'urèthre; uréthrorrhaphie. — Gros fibrome intra-utérin extrait par les voies naturelles après incision du col. — Présentation de malade et d'instruments. — Nomination de membre honoraire.

M. Richelot présente, au nom de M. le docteur Rohmer, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, un travail manuscrit contenant une observation d'hystérectomie vaginale et trois observations d'ovariotomie.

— M. Le Dentu présente, au nom de M. le docteur Bruch, professeur de clinique externe à l'École de médecine d'Alger, une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine; gastrotomie; guérison.*

— M. Richelot fait deux rapports sur deux observations de M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

La première observation est relative à une tumeur blanche du coude gauche pour laquelle M. Houzel pratiqua la résection de l'humérus et du radius, avec évidement de l'olécrâne; le malade guérit avec conservation partielle des mouvements, après une suppuration extrêmement abondante et des températures de 39° à 40°; M. le rapporteur pense que le choix de l'incision peut avoir une grande influence sur la suppuration. Il a fait assez souvent la résection du coude en employant l'incision de Park, qui lui paraissait commode, et tous ses malades ont guéri sans accidents, avec un bras relativement fort et une conservation remarquable des mouvements. Mais, dans ses premiers cas, il eut toujours une suppuration assez abondante qui nécessita un drainage et des lavages prolongés. Or, l'incision de Park n'occupe, dans aucun de ses points, les parties déclives du membre, placé à angle légèrement obtus dans un appareil et reposant sur le lit par sa face interne. M. Richelot attribue à ces conditions la difficulté du drainage et la rétention des liquides. Aussi, dans les cas suivants, a-t-il pratiqué en dedans du membre, non loin du nerf cubital, une contre-ouverture; puis il a suturé complètement l'incision principale. Le drainage, fait avec un seul tube très bien placé pour l'écoulement des liquides, a été beaucoup plus efficace, et, en ajoutant au pansement phéniqué l'usage de l'iodoforme, il a vu la réunion se faire presque sans suppuration et la guérison survenir beaucoup plus vite.

©BIU Santé

Le seconde observation de M. Houzel est intitulée : *Fracture de la cuisse gauche au tiers supérieur ; luxation de l'astragale droit avec diastasis de l'articulation tibio-péronière; luxation de l'épaule gauche; extirpation de l'astragale; paludisme; guérison.*

Cette observation présente, comme faits remarquables : 1° le réveil d'accès de fièvre palustre, sous l'influence du traumatisme, après un sommeil de quatorze ans; 2° l'état de profonde misère physiologique où le malade se trouvait réduit, état qui empêchait la consolidation de la fracture et faisait que la moindre pression était immédiatement suivie d'eschares et de pus. Avant son traumatisme, qui réveilla les accès de fièvre palustre, il était d'une robuste constitution; on ne peut donc attribuer ces accidents qu'à l'influence du paludisme.

M. le rapporteur propose : 1° de déposer aux archives les deux observations de M. Houzel; 2° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements; 3° d'inscrire son nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

— M. le docteur Ponget (de Lyon) communique un fait rare de blessure de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle par coup de feu; il pratiqua la ligature des deux bouts du vaisseau, mais des hémorrhagies secondaires graves l'amenèrent à faire la ligature de l'artère sous-clavière, en dehors des scalènes; malheureusement, de nouvelles hémorrhagies se produisirent qui emportèrent le malade, malgré tous les moyens employés, en particulier les injections intra-veineuses de sérum artificiel. L'auteur pense qu'en pareil cas, il serait préférable de pratiquer, au lieu de la ligature de l'artère sous-clavière, la désarticulation de l'épaule. Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission dont M. Terrillon est nommé rapporteur.

— M. Terrier communique une observation de corps étranger de l'urèthre pour l'extraction duquel il pratiqua une boutonnière périnéale, suivie de suture de l'urèthre. Il croit devoir attirer l'attention de ses collègues sur la suture du canal uréthral divisé longitudinalement pour extraire le corps étranger qui, dans ce cas, était intra et extra-uréthral. Il considère ce point de thérapeutique chirurgicale comme absolument inconnu de la plupart des auteurs classiques; il n'en a pas trouvé d'exemple dans les recherches auxquelles il s'est livré.

Après avoir relaté avec détails l'observation de son malade, M. Terrier conclut de la manière suivante : toutes les fois que, pour extraire un corps étranger, il sera nécessaire de faire une longue incision du canal uréthral, je conseille de pratiquer la suture de la plaie uréthrale pour faciliter et hâter la guérison.

M. Le Dentu a pratiqué une fois la suture de l'urèthre pour compléter une opération d'uréthrotomie externe restée insuffisante ; il apportera dans la prochaine séance les détails de cette observation.

M. L. Championnière rappelle que M. Daniel-Mollière (de Lyon) lui a écrit, dans le temps, une lettre dans laquelle il réclamait la priorité de la suture avec réunion immédiate du canal uréthral dans les cas d'extirpation complète d'un rétrécissement. Cette lettre avait été motivée par une communication de M. Championnière relative à un cas, dans lequel il avait pratiqué la suture avec réunion immédiate de l'urèthre divisé à la suite d'une rupture du périnée. M. Championnière ajoute qu'il ne lui semble pas très nécessaire, après l'extirpation d'un rétrécissement, de faire la suture de l'urèthre ; en général, la réunion de ce conduit se fait très bien quand on a suturé soigneusement la plaie périnéale.

M. Théophile Anger a pratiqué l'uréthrotomie externe au moyen du thermo-cautère pour extirper un double calcul engagé dans ce canal. Après l'incision qui avait une longueur de 4 à 5 centimètres et l'extraction des calculs, M. Anger se borna à placer une sonde à demeure dans la vessie. Au bout de cinq à six semaines, le canal, reformé, était complètement cicatrisé sans accidents, et la miction se fait aujourd'hui d'une manière parfaite. M. Anger ne voit pas quel avantage on pourrait avoir à faire la suture de la muqueuse uréthrale.

M. Verneuil admet en principe la suture de l'urèthre, opération qui est, d'ailleurs, aussi ancienne que la taille. Mais il pense qu'elle doit être réservée à quelques cas où elle est formellement indiquée, tandis que, dans d'autres, on peut parfaitement s'en passer. Toutes les fois que l'on est amené à faire l'uréthrotomie externe dans la portion pénienne du canal, au voisinage du gland, il sera prudent d'y joindre l'uréthrorrhaphie, pour éviter ces fistules péniennes si difficiles à guérir. Quand, au contraire, on opère au voisinage du scrotum ou mieux encore à la région périnéale, il n'y a pas lieu de faire la suture, car la plaie se cicatrise généralement d'elle-même au bout de quelques jours.

M. Horteloup, dans les nombreuses opérations d'uréthrotomie externe qu'il a eu occasion de pratiquer, a vu la cicatrisation se faire très rapidement chez beaucoup de malades, moins rapidement chez un certain nombre d'autres, dont quelques-uns ont conservé plus ou moins longtemps une petite fistule. Il ne croit pas que l'on ait beaucoup d'avantage, dans les plaies ou déchirures de l'urèthre, à faire la suture, car on voit souvent persister, à la suite, de petites fistules comme dans les cas où l'on a laissé la cicatrisation se faire naturellement.

M. Terrier fait observer qu'il n'a été question, dans sa communication, que de la suture après incision pour l'extraction d'un corps étranger de l'urèthre ; il n'a pas voulu aborder la question de la suture après l'extirpation des rétrécissements, point sur lequel il avoue son incompétence, n'ayant jamais eu l'occasion de pratiquer la suture dans des cas semblables. Il rappelle seulement en terminant, que son opéré était complètement guéri, sans fistule, au vingtième jour. Il ne croit pas qu'il existe beaucoup de faits semblables dans la science.

— M. Monod met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par un fibrome utérin, gros comme une orange de moyen volume (20 centimètres de circonférence), qui était tout entier contenu dans la cavité utérine, et qu'il a pu, sans trop de difficulté, extraire par les voies naturelles.

La tumeur avait pénétré dans la cavité du col, en effaçant l'orifice interne, mais n'avait pas franchi l'orifice externe.

Il parut, en insinuant le doigt entre le col aminci et la tumeur, que celle-ci n'était pas en connexion intime avec la paroi, au moins dans toute l'étendue qui était accessible par ce mode d'exploration.

Il fallait d'abord agrandir l'orifice externe. M. Monod donna la préférence à la section par le thermo-cautère ; puis implantant une forte pince de Museux dans le tissu de la tumeur, il exerça sur elle des tractions continues qui lui firent franchir le col en partie.

La cavité utérine, grâce à l'incision du col et à l'abaissement de l'utérus produit par la traction, était alors accessible au doigt. Il fut possible, en glissant l'index à la surface de la tumeur, d'en explorer le contour et de s'assurer de l'existence d'un pédicule qui s'implantait vers la corne droite de l'utérus. M. Monod s'était muni de la serpette de Courty, qui est mousse sur sa convexité et peut être poussée en avant sans danger. Elle ne coupe qu'au retour, lorsqu'on la retire de la cavité utérine, les parties qu'elle a pu accrocher sur sa route. Il fut relativement facile, en s'aidant du doigt comme guide, de porter cette lame sur le pédicule et, après l'avoir contourné, de le sectionner à sa base. Les suites de l'opération furent des plus simples.

M. Monod se range du côté de Stoltz et des auteurs qui soutiennent que la section du pédicule des polypes intra-utérins avec l'instrument tranchant est un moyen simple, efficace et sans danger. Il ne croit pas avec M. Guéniot qu'il soit nécessaire d'avoir recours au serre-nœud de Maisonneuve, dont l'application est certainement plus difficile. Il pense que la serpette de Courty est préférable aux ciseaux, étant d'un maniement moins dangereux dans l'espace resserré où l'on est obligé de manœuvrer. Il termine en recommandant la section du col utérin lorsque l'orifice externe n'est pas assez ouvert pour permettre l'accès de la cavité utérine au doigt et aux instruments. Cette section, faite au thermocautère, est exsangue et absolument sans danger.

©BIU Santé

M. Pozzi a pratiqué plusieurs fois la section du col utérin avec de forts ciseaux sans recourir au thermo-cautère qui expose à des brûlures. Après le débridement du col, le doigt explore la cavité utérine à la recherche du pédicule de la tumeur, que l'on sectionne. Si une hémorrhagie se produit, on s'en rend maître facilement en introduisant dans la cavité utérine des tampons de gaze iodoformée.

M. L.-Championnière ne s'est jamais servi que de ciseaux et du doigt pour extraire les polypes intra-utérins, et il n'a jamais eu le moindre accident. S'il survient une hémorrhagie, on en vient facilement à bout avec les tampons de gaze iodoformée.

M. Le Dentu fait observer que l'on est bien mieux outillé aujourd'hui qu'autrefois pour les opérations de polypes intra-utérins. Au lieu de débrider le col, il croit préférable de le dilater avec les mandrins d'Hégar. Après l'extraction, il convient de compléter l'opération par le curage, rendu inoffensif grâce au doigt qui guide l'instrument.

M. Guéniot a obtenu de nombreux et rapides succès dans les opérations d'extraction de polypes intra-utérins qu'il a pratiquées. Avec le tamponnement et les antiseptiques on est bien mieux armé aujourd'hui qu'au temps de Dupuytren et de Lisfranc contre les hémorrhagies. Contrairement à M. Monod, il préfère à la serpette de Courty le serre-nœud qui permet d'opérer sans abaisser l'utérus et sans craindre l'hémorrhagie.

— M. Poncet (de Lyon) présente des échantillons d'appareils mécaniques destinés à compléter les résultats des opérations de rhinoplastie ou à remplacer cette opération.

— le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, présente une jeune fille qu'il a opérée d'un sarcome vasculaire de la face Le maxillaire supérieur a été enlevé avec les tissus qui le recouvraient. La cicatrisation s'est faite, mais il reste une assez large perte de substance que ce chirurgien se propose de combler par une opération d'autoplastie.

— M. Marc Sée a été nommé, sur sa demande, membre honoraire à l'unanimité des membres présents. — A. T.

VARIÉTÉS

UN SINGULIER INSTITUT POUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS..... IMAGINAIRES

On n'en finirait pas s'il fallait signaler toutes les formes que revêt le charlatanisme; il est cependant des perles dans ce genre qu'on ne peut passer sous silence.

M. le docteur Hutinel, agrégé, qui suppléait pendant les vacances M. le professeur Grancher, montrait à quelques jours de distance aux auditeurs de la Clinique des maladies des enfants deux cas typiques, l'un de *paralysie pseudo-hypertrophique*, l'autre de *paralysie atrophique de l'enfance*. Les deux diagnostics étaient de ceux qu'il est impossible de méconnaître, pour peu qu'on ait lu une fois la description de ces deux maladies.

Or, les deux enfants avaient été présentés les 4 et 11 octobre à un Institut orthopédique de Paris, situé dans une grande avenue du quartier des Ternes. Après les avoir examinés, le directeur dudit Institut avait remis aux parents deux feuilles si curieuses que nous regrettons de n'en pouvoir donner le fac-similé. Décrivons-les du moins.

Au beau milieu de la feuille s'étalait le diagnostic suivant pour le premier enfant : *Luxation sacro-vertébrale, dernière lombaire, et* pubienne (!) — Sur la feuille du second enfant, c'était : *Luxation coxo-fémorale droite, sacro-coxalgie !*

Au-dessous des diagnostics on lit pour le premier enfant :

Opération proposée : *Réduction* (!!) *et anesthésie.*

Honoraires fixés et acceptés : *Réduction, 2,000 francs; anesthésie, 200 francs.*

Pour le second enfant : Opération proposée : *Réduction, honoraires fixés, 1,000 francs.*

Un timbre en caractères bleus appliqué en travers porte la mention suivante : *Les opérations se payent d'avance.*

Sur les côtés de la feuille, deux lithographies représentent un *écorché* vu par devant

et par derrière, avec la note suivante : « Ces figures anatomiques servent au docteur à indiquer la nature et les points exacts d'application des courants électriques et les régions du massage. » Pour montrer l'utilité desdites figures anatomiques, on a tracé des traits de crayon au niveau des luxations diagnostiquées avec la lettre M (qui, d'après une autre note, est une abréviation voulant dire *massage*).

On remarque encore sur cette feuille ingénieusement conçue des indications qui ont leur valeur : « Revenir le (date). — Les dates indiquées doivent être scrupuleusement suivies » et plus bas « Rapporter la présente feuille à chaque consultation ou la présenter au DOCTEUR à chacune de ses visites à domicile. »

Cette dernière mention n'est-elle pas écœurante ? Il y a un docteur attaché à cet Institut, et il *va-t-en ville*, et il signe ces feuilles; il est vrai que sa signature est illisible, les lettres Dr sont seules apparentes; suit une ligne de son écriture dont la signification m'échappe : « Honoraires à réduire en cas de changement de domicile. » Décidément, cet homme-là veut toujours réduire; il veut réduire une luxation sacro-lombaire et pubienne, demande 2,200 francs pour ce tour de force, au risque de réduire... les parents de l'enfant à la mendicité, puis propose enfin de réduire les honoraires qu'il a d'abord demandés.

Ainsi cet Institut n'est pas seulement une boutique tenue clandestinement par un garçon de bains; c'est un confrère qui y vaticine au nom de la Faculté et de l'Etat dont il tient son diplôme!

Cet Institut est d'ailleurs exploité avec ordre; les ordonnances sont soigneusement numérotées; celles que j'ai sous les yeux portent les nos 1163 et 1187, ce qui prouve une clientèle assez respectable si le n° 1 part du 1er janvier. Dans les angles on lit Folio.... du livre : *Historique des maladies* et Folio.... du livre : *Diagnostics et ordonnances des autres docteurs*. Ciel! Il y a donc des complices ? Il serait assez curieux de parcourir le livre : Historique des maladies; quand le diagnostic est aussi bien posé et la thérapeutique aussi sagement instituée que dans les deux cas présents, l'historique de la maladie doit être plein de révélations instructives. O lecteurs! vous avez peut-être ri en lisant cette petite histoire, qui ne comporte point de moralité, bien au contraire; ce n'est pourtant pas risible. « Madame, disait M. Hutinel à la mère d'un de ces enfants, les gens qui vous ont proposé de réduire une luxation à votre enfant sont des charlatans éhontés. » Eh oui! c'est bien l'épithète qui leur convient; mais qui les empêchera de continuer leur commerce? — Le parquet, dites-vous? J'en doute. — L'Ordre des médecins, ajoutera notre honorable collaborateur M. Surmay. — La Société de déontologie, répliquera M. Ladreit de Lacharrière. J'aurais plutôt confiance dans le parquet, s'il voulait s'en donner la peine. — Paul LE GENDRE.

FORMULAIRE

LIQUEUR DENTIFRICE ANTISEPTIQUE. — Magitot.

Borate de soude.....	1 gramme.
Thymol.....	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée.....	500 grammes.

Faites dissoudre. — On se lave la bouche, plusieurs fois dans la journée, avec cette solution, pour corriger la fétidité de l'haleine. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle ont commencé pour les élèves de première année, le mercredi 3 novembre 1886. Ils auront lieu pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

©BIU Santé

1° *Physique :* Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre heures à six heures du soir.

2° *Chimie :* Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de huit heures à dix heures et demie du matin.

3° *Histoire naturelle :* Les lundi et jeudi de chaque semaine pour la première série, de neuf heures à onze heures du matin ; les mardi et vendredi de chaque semaine pour la deuxième série, à la même heure.

— L'École d'anthropologie, qui entre dans sa onzième année d'existence, a ouvert ses cours le mercredi 3 novembre 1886, à cinq heures, dans son local habituel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi, à quatre heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi, à huit heures et demie du soir, avec projections. — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique.

Mardi, à quatre heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Mercredi, à cinq heures. — M. Hervé : Anthropologie anatomique.

Vendredi, à quatre heures et demie. — M. Manouvrier, suppléant M. Dally : Ethnologie.

Samedi, à quatre heures et demie. — M. Bordier : Géographie médicale.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Foissac, ancien membre du conseil de surveillance et ancien rédacteur de l'*Union médicale*.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brevard (de Lyon) ; Bouis, membre de l'Académie de médecine ; Cuvelier (de Saint-Omer) ; Morel (de Rouques) et Nier (de Privas).

École de pharmacie de Nancy. — M. le professeur Schlagdenhauffen est nommé pour trois ans directeur de ladite école.

M. Jacquemin, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours publics sur les maladies mentales.* — M. le docteur Jules Falret commencera ce cours le dimanche 7 novembre prochain, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Les jeudis, à neuf heures. — Examen clinique des malades.

Enseignement libre. — Le docteur Henri Picard, commencera le lundi 8 novembre à cinq heures, 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.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 8 novembre, à dix heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le lundi 8 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera tous les lundis et vendredis à la même heure.

Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude physiologique et thérapeutique des médicaments, et celles du vendredi au diagnostic.

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.

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. Éloy : Les propriétés physiologiques et l'emploi thérapeutique de la solanine. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médico-pratique. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Les propriétés physiologiques et l'emploi thérapeutique de la solanine.

Il y a soixante-cinq ans, en 1821, un pharmacien de Besançon, Desfosses, isolait la solanine, principe actif des baies de la Morelle, des parties vertes, feuilles et tiges de la douce-amère et des germes frais de la pomme de terre, d'où on l'extrait par le procédé chimique de Reuling.

Malgré cette découverte relativement ancienne, on était loin de s'entendre sur les propriétés de la solanine. Les expériences de Desfosses, de Magendie et de Frass étaient en désaccord quand Clarus (de Leipsig), en 1859, l'essaya de nouveau. Mais il ne réussit pas à tirer la solanine de l'oubli. Les tentatives de nos contemporains seront-elles plus fortunées?

Cristallisable en fines aiguilles, la solanine se dissout à chaud dans l'éther, l'alcool et les huiles, et plus faiblement à froid dans ces mêmes liquides. Elle est insoluble dans l'eau. L'acide sulfurique colore ses solutions en orangé et cette coloration vire bientôt au violet et au brun. Dans cette réaction, la solanine est transformée en solanidine et en glucose. Parmi ses sels, le chlorhydrate est le plus facilement utilisable à cause de sa solubilité dans l'eau.

Les *effets toxiques* de la solanine s'observent dans les empoisonnements par les baies de la Morelle; Morisson, Hirtz, Magne (de Souillac), Dufellay, en ont publié des observations. Wepfer et Alibert les signalaient il y a longtemps, et l'exemple du berger conduisant ses moutons dans un champ de morelle, et en perdant les deux tiers, est devenu classique depuis qu'Orfila l'a fait connaître en 1827.

Les phénomènes de cet empoisonnement consistent en troubles gastro-intestinaux : soif, nausées, vomissements, épigastralgie et coliques; en troubles nerveux : céphalalgie, agitation, vertiges, tremblements, convulsions, trismus, roideurs tétaniques, délire et en troubles de la circulation : congestion de la face, petitesse du pouls.

La pupille se dilate comme avec la duboisine et l'atropine, la vision s'obscurcit à la lumière vive, des sueurs abondantes couvrent la surface du corps; la parole s'em-

FEUILLETON

CAUSERIE

Trop plaisanter nuit. — Mésaventures de Simplissime au Congrès de Nancy. — Rôle thérapeutique de la suggestion. — Des injections rectales gazeuses dans le traitement de la tuberculose. — Appel à la générosité de nos lecteurs.

Vous rappelez-vous, chers lecteurs, une de mes causeries d'avant les vacances, dans laquelle je vous signalais les dangers du baiser en Amérique et différentes choses que les membres du prochain Congrès médical international pourraient avoir en Amérique? Mes plaisanteries ont été mal accueillies par un journal de New-York, qui n'a peut-être pas compris que je plaisantais, et qui, tout en disant que ce n'était pas la peine de me prendre au sérieux, m'a fait l'honneur de me consacrer deux colonnes de son *leading article* (lisez : *premier-Paris*).

Je regrette beaucoup que notre honorable confrère ait pris en mauvaise part ce que je dis des œufs fabriqués sans poule, des vins fabriqués sans raisin, des conserves de homard, du catafalque de feu le président Grant, et surtout de la mauvaise habitude qu'on a de mettre le baiser à toutes les sauces dans son pays; je n'avais nullement l'intention de froisser ni lui ni aucun de ses compatriotes, et si j'avais su qu'il en serait ainsi, j'aurais plutôt brisé ma plume que de me permettre d'écrire des choses aussi

©BIU Santé

barrasse, la respiration devient stertoreuse, et la mort est précédée de convulsions asphyxiques.

L'extrait de morelle provoquait des accidents sur les chiens à la dose de 24 grammes à l'intérieur et de 8 grammes à l'extérieur dans les expériences d'Orfila. Guérin, il est vrai et Spielmann, ingérèrent les infusions de morelle et le suc de l'herbe sans inconvénients; mais ces faits ne témoignent pas contre les observations des autres auteurs, car la diversité de l'action s'explique par l'emploi de parties différentes et du degré de maturité de la plante.

D'après Desfosses, 10 à 40 centigrammes de solanine ne peuvent tuer le chien ou le chat. Cependant Frass, Otto et Magendie ont vu les lapins succomber à une dose de 10 centigrammes. La toxicité de la solanine varie donc, vraisemblablement, comme celle des autres alcaloïdes des solanées, avec les espèces animales.

D'autre part, Desfosses, l'essayant sur lui-même, en ingéra 12 milligrammes et fut pris de nausées; Clarus, dans une semblable expérience, éprouva des troubles cérébraux.

Déjà étudiée par Schroff, Otto et Caylus, l'*action physiologique de la solanine* a été plus complètement déterminée par M. Geneuil.

Appliquée sur la langue, cette substance possède un goût âcre et brûlant, provoque une sensation de brûlure et une abondante salivation. Ingérée, elle produit de l'ardeur et de la sécheresse du pharynx, de l'inappétence, de la chaleur stomacale, des nausées, des vomissements, des coliques et des efforts répétés de défécation. Ces phénomènes varient, avec la dose de solanine, la susceptibilité des animaux en expérience ou l'idiosyncrasie des malades auxquels on l'administre. D'après les observateurs allemands, la solanine localiserait son action sur les extrémités terminales du pneumogastrique. Elle diminuerait donc la sensibilité et, par conséquent, modifierait les fonctions intestinales comme le fait l'atropine.

La solanine est décomposée par le suc gastrique. Comme avec les autres acides, le produit de cette décomposition est la solanidine.

Les faibles doses de cette substance ralentissent le rhythme cardiaque; les doses élevées l'accélèrent. Frass avait déjà reconnu ce fait; mais on avouera aisément que l'étude de ces troubles circulatoires est bien sommaire. Avant de recommander l'emploi thérapeutique de la solanine, il n'était pas inutile d'en connaître plus complètement l'action sur les parois vasculaires et sur le muscle cardiaque.

Il en est de même de son action sur les sécrétions. D'après Clarus, elle congestionne les reins et augmente l'urination; Frass l'avait remarqué. Caylus utilisait cette propriété

---

irrévérencieuses. J'en présente toutes mes excuses à l'auteur du *leading article* en question et j'espère qu'il voudra bien les accepter, car il me menace de donner le mot d'ordre pour que personne ne m'embrasse, ce qui serait par trop cruel.

Je dois m'excuser aussi d'une erreur que j'ai commise à l'endroit du *New-York medical Journal* en lui attribuant l'article sur les dangers du baiser, auquel j'ai fait allusion. Cet article se trouve en effet dans un journal médical de New-York, mais ce journal s'appelle le *Medical Record;* ce qui m'a trompé, c'est la similitude de format des deux journaux, qui sont d'ailleurs imprimés de la même manière. Cette confusion est un peu la faute du *New-York medical Journal*, qui autrefois avait un format in-8° et qui est devenu in-4°, comme l'autre; il était si commode à manier dans sa petite taille! c'est l'amour des grandeurs qui l'a perdu.

***

Je devrais d'ailleurs me tenir sur mes gardes quand je plaisante les choses étrangères, car pas plus tard que l'année dernière, je me suis permis de plaisanter M. de Bismark, ce qui m'a valu une bordée d'injures allemandes que je me garderai bien de vous rapporter, car elles ne sentaient pas toujours bon. Plaisanter M. de Bismark, pensez donc!

L'Association française pour l'avancement des sciences a subi les conséquences de la colère que j'avais provoquée, et ne s'en est guère doutée, j'en suis sûr, comme vous allez voir.

que M. Geneuil n'attribue pas à la solanine; Clarus admettait encore qu'elle provoque la transpiration; M. Geneuil nie le fait, excepté, écrit-il, quand les doses sont toxiques.

La dilatation pupillaire s'observe sur les individus empoisonnés par la morelle. Otto réfuse toute propriété mydriatique à la solanine et M. Geneuil déclare qu'elle n'existait pas chez les malades mis en observation. Voilà des contradictions qui ne sont pas de nature à faire la fortune thérapeutique de cette substance.

M. Geneuil a étudié plus complètement son action sur le système nerveux et les fonctions respiratoires. L'administration des doses physiologiques provoque parfois le vertige, les bourdonnements d'oreille, la somnolence et l'analgésie. Magendie lui attribuait une action sur les hémisphères cérébraux. Les doses toxiques sont suivies de céphalalgie, de délire, de congestions faciales et de paralysies des nerfs moteurs; paralysies plus fréquentes et plus complètes dans les membres postérieurs, comme Otto l'avait remarqué naguère. Elles s'accompagnent, en exagérant les doses, de contractures et roideurs tétaniques.

Les modifications respiratoires sont aussi variables. La solanine diminue le nombre des respirations, quand on l'administre par quantités modérées; mais, à doses élevées, elle en arrête les mouvements et les animaux succombent par asphyxie.

En résumé, les propriétés physiologiques de la solanine sont encore incomplètement déterminées. Cette substance possède des vertus voisines de celles de l'atropine et, comme elle, agit sur les terminaisons nerveuses. C'est dans ce but d'utiliser cette dernière propriété qu'on essaye de l'introduire dans la matière médicale.

Ses *propriétés thérapeutiques* ont été employées à produire l'analgésie dans les névralgies. M. Geneuil signale six cas de névralgie sciatique dans lesquels la sédation des douleurs a été obtenue par l'administration de 15 à 50 centigrammes de solanine. Les névralgies intercostale et faciale, le tic douloureux de la face, la dermalgie, le prurigo, les douleurs de la cystite et la gastralgie auraient aussi été guéries ou atténuées dans les essais cliniques de notre confrère qui en a encore fait usage contre l'hyperesthésie et les contractures hystériques, les élancements de la myélite et les vomissements incoercibles de la grossesse.

La solanine agirait encore à la dose de 15 à 25 centigrammes comme expectorant dans les bronchites et comme eupnéique dans les accès d'asthme, l'emphysème et la dyspnée cardiaque. Enfin, M. Geneuil la recommande contre le rhumatisme musculaire et articulaire, dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 septembre dernier.

A quelle dose et par quel mode d'administration doit-on la prescrire? Les pilules, les

---

Vous avez entendu dire probablement qu'une des excursions du Congrès de Nancy avait pour but l'ascension du Donon, situé à quelques centaines de mètres au delà de la frontière, à l'entrée de l'Alsace. Au moment du départ, on nous raconte que le télégraphe a marché toute la nuit entre Paris, Berlin et Nancy; que le gouvernemeut allemand, inquiet de l'incursion des membres du Congrès en Alsace, s'oppose à ce que nous franchissions la frontière; que des douaniers, des gendarmes à pied et à cheval nous en interdiront le passage, etc. Bref, des complications diplomatiques à n'en plus finir.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, arrivés près de la frontière, nous pûmes voir les forces annoncées réunies près de là, avec ordre de nous empêcher de passer à plus de 50 à la fois, et — curieux détail — défense avait été faite aux débitants, aubergistes, marchands de tabac, etc.. de nous vendre quoi que ce fût. Peu soucieux de s'attirer une mauvaise affaire, le Congrès rebroussa chemin et se contenta d'admirer les Vosges.

Tout le monde s'est creusé la tête pour trouver la raison de cette querelle d'allemand; on a émis les hypothèses les plus invraisemblables, et une fois rentrés à Nancy, nous avons appris qu'il s'agissait d'un simple malentendu. Si on avait su qui nous étions!!! — Comme si on ne le savait pas! — Peu importe! Ce que je tiens à dire, c'est que ma seule présence dans cette excursion a suffi pour attirer ce désagrémeut au Congrès. Voyez plutôt :

L'espionnage allemand, toujours si au courant de ce qui se passe chez nous, a su évidemment que Simplissime, membre du Congrès de Nancy, ferait partie de l'excursion

©BIU Santé

cachets, les injections hypodermiques de chlorhydrate de solanine ou les vésicatoires saupoudrés de solanine sont les formes pharmaceutiques les plus recommandables.

La dose quotidienne varie de 5 à 30 centigrammes. Elle doit être divisée en trois ou quatre prises, espacées les unes des autres par quelques heures ou en plusieurs injections sous-cutanées.

Il resterait à discuter la valeur de cet agent médicamenteux. Actuellement toute estimation, même approximative, serait prématurée. Le contrôle fait défaut, les expériences physiologiques sont incomplètes et les observations cliniques devraient être multipliées. D'autre part, il ne faudrait pas oublier que les empoisonnements par l'ingestion de la morelle ne sont pas exceptionnels et que pour posséder une activité inférieure à celles des alcaloïdes vulgaires des autres plantes de la même famille, la solanine a été la cause de ces empoisonnements. Formuler ce jugement, n'est pas prononcer une condamnation des travaux récents dont ce corps a été l'objet, c'est demander un supplément d'enquête physiologique et clinique.

Ch. Eloy.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Séance du 23 octobre (matin). — Présidence de M. Ehrmann (de Mulhouse).

Intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

M. Daniel Mollière (de Lyon) ne voit, pour les petites articulations, aucune contre-indication à les mettre à nu pour faciliter la réduction.

A la hanche, il n'a jamais rencontré de luxations résistant aux manœuvres de force.

A l'épaule, l'irréductibilité ayant pour cause un obstacle anatomique, il faut renouveler les tentatives et recourir aux moyens puissants lorsqu'on n'est pas certain que cet obstacle existe; dans le cas contraire, on peut pratiquer soit la section sous-cutanée des brides cicatricielles ou même des tendons, soit la résection, soit l'ostéoclasie. Si l'on a recours aux sections sous-cutanées, on procède immédiatement ensuite aux manœuvres de réduction; M. Mollière a agi ainsi avec succès dans 9 cas. Dans l'ostéoclasie, on peut disposer ensuite l'extrémité de la diaphyse dans la cavité glénoïde, ce qui donnerait de meilleurs résultats qu'une pseudarthrose simple; si la tête luxée gênait trop après l'ostéoclasie pour faire rentrer l'extrémité de la diaphyse dans la cavité glénoïde, on

---

du Donon; alors les mesures ont été prises en conséquence, et comme on ne pouvait m'interdire à moi tout seul l'entrée de cette terre promise, on l'a interdite en bloc à toute la compagnie. On vous donnera bien d'autres explications de ce fait encore incompréhensible, mais n'en croyez rien, la mienne est la seule véritable.

***

L'attention du monde entier étant fixée en de moment sur deux Italiens, Succi et Merlatti, il faut bien que je dise aussi quelque chose sur ces deux jeûneurs.

Ce qui m'a le plus frappé dans leur jeûne, ce n'est pas le jeûne en lui-même, on a vu plus fort que ça; c'est l'explication qu'en a donnée M. Bernheim, le savant professeur de clinique médicale de Nancy. Notre éminent confrère, qui voit de l'hystérie partout, a immédiatement pensé que Succi était un hystérique et que son jeûne était de la suggestion pure et simple. Succi est homme petit, sec, noir, nerveux, donc c'est un hystérique; il se suggère de ne pas manger pendant 30 jours, et il ne mange pas, et il ne s'en porte pas plus mal pour cela.

Ce phénomène me semble plein d'enseignements thérapeutiques. *S'il en est ainsi*, Succi, consciemment ou inconsciemment, suggère à son estomac de ne pas avoir faim, à ses muscles de ne pas perdre leur force, à son cerveau de ne pas avoir le vertige, etc. Avançons d'un pas et sortons de la physiologie pour entrer dans la pathologie.

Puisque les organes sains peuvent cesser de fonctionner sous l'influence de la suggestion, suggérons donc à nos organes malades d'en faire autant. Voilà un estomac, un

pourrait en faire l'extirpation. On peut encore ouvrir largement l'articulation, débarrasser les surfaces articulaires des dépôts fibreux et osseux qui les remplissent et les remettre en contact.

Au coude, la résection sous-périostée est assez bénigne pour qu'on puisse l'ériger en règle générale ; mais on doit la réserver pour les cas d'irréductibilité par obstacle anatomique et tenter la réduction par les moyens de force, même au prix d'une fracture de l'olécrâne tant qu'on peut avoir chance de réduire. Si l'on fait la résection, il faut toutefois conserver l'olécrâne et n'enlever autant que possible que la surface articulaire de l'humérus. On peut la pratiquer aussi bien chez les jeunes sujets que chez les adultes, à la condition de n'enlever que très peu de périoste.

Pour les luxations du pied en arrière, il conseille l'ostéoclasie au-dessus des malléoles; on obtient ensuite facilement la rectitude du pied.

M. Trélat constate d'abord l'absence de documents suffisants pour indiquer la conduite à tenir en cas de luxation irréductible ancienne de la hanche; on ne sait pas davantage à partir de quelle époque l'irréductibilité est absolue ni à quoi il faut l'attribuer au juste : interposition d'un muscle, développement du tissu fibreux, de stalactites osseuses, etc.; ni à quelle méthode il faut avoir recours. Dans un cas de luxation ischiatique par impulsion directe, datant de six mois, toutes les manœuvres de force restèrent impuissantes, et dans les recherches qu'il a faites dans la littérature, M. Trélat n'a trouvé aucun cas de réduction d'une luxation semblable, malgré l'emploi de forces énormes. Il pose comme règles générales d'employer, dans les luxations récentes ou datant de moins de deux mois, une force capable de vaincre la résistance des muscles; cependant, dans certains cas, celui de M. Polaillon, entre autres, l'irréductibilité était absolue plus tôt. Après deux mois, l'emploi des grandes forces est inutile, parce qu'on n'a plus à combattre l'action musculaire; il faut songer alors aux interventions sanglantes, ténotomie, myotomie, arthrotomie avec ou sans résection, suivant l'état du blessé.

M. Bouilly rapporte, au contraire, des cas de luxations très anciennes ayant cédé aux tractions. Dans deux cas de luxation du coude, considérés comme irréductibles, et datant l'un de quatre mois et demi et l'autre de huit mois et vingt jours, l'appareil de M. Hennequin permit de développer une force de 70 kilogr. dans l'un, de 120 kilogr. dans l'autre, et la réduction put être effectuée en cessant les tractions dès qu'on entendit le craquement caractéristique de la déchirure des brides et en remettant les surfaces en bonne position.

---

intestin frappés de cancer : cancer, arrête-toi et même rétrograde! Voilà un cœur ou une artère atteints d'anévrysme : cessez de battre, jusqu'à ce que guérison s'ensuive! Et les maladies nerveuses, sans compter l'hystérie! L'enragé fera la nique à M. Pasteur, le tétanique au chloral, le tuberculeux..... Non, tenez, ce serait trop beau, j'aime mieux m'arrêter dans ces suggestions.

***

Ce qui n'est pas un rêve, et qui tend de plus en plus à devenir une réalité satisfaisante pour les tuberculeux, c'est la méthode de traitement de la tuberculose, imaginée par M. le docteur Bergeon (de Lyon), et entrée dans une phase d'application facile grâce à l'appareil construit d'après les indications d'un autre médecin lyonnais, le docteur Morel.

Le principe de la méthode est des plus simples : faire prendre au malade des médicaments sans froisser ni son goût, ni son odorat, sans fatiguer ni son estomac, ni ses poumons; il est aussi des plus logiques, comme vous voyez, car, dans cette affreuse maladie, où l'alimentation du malade est une des premières conditions de sa guérison, il est d'importance capitale de ménager son estomac et de lui épargner le contact fâcheux des drogues plus ou moins spéciales dont on le surcharge. Aussi, foin des potions! Vive les injections rectales gazeuses! Tel est le mot d'ordre actuel. Le principe médicamenteux arrive dans le rectum sur les ailes non du zéphir, mais de l'acide carbonique, de la manière suivante :

©BIU Santé

Dans un cas de luxation de la hanche datant de trois mois, et telle que le membre était fléchi à angle aigu sur le tronc, et absolument impotent, les tentatives de réduction amenèrent une fracture sous-trochantérienne du fémur; le membre fut mis en bonne position et immobilisé, et le résultat définitif fut excellent.

M. Verneuil obtint le même résultat dans un cas de luxation sus-pubienne ancienne; e fémur se cassa dans les tentatives de réduction et le membre reprit sa direction normale, avec un raccourcissement d'environ 10 centimètres; la guérison eut lieu et la marche fut possible. Plus tard, le malade mourut à Bicêtre, et l'examen du membre, consigné dans la thèse d'agrégation de M. Marchand, montra que l'irréductibilité était causée par le tendon du psoas, situé entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde.

Dans quelques cas de luxation du coude, il put aussi obtenir la réduction après fracture de l'olécrâne. M. Trélat a vu un cas de ce genre; la luxation datait de huit mois.

M. Reclus a vu, dans plusieurs cas de luxations du coude chez de jeunes enfants, les tentatives de réduction rester infructueuses, et les fonctions se rétablir néanmoins peu à peu, de manière à permettre un bon usage du membre. Actuellement, on ne croirait plus qu'il y ait eu une luxation du coude. Il conseille donc de ne pas trop se presser d'agir radicalement en pareil cas.

M. Ollier parle de certains cas de luxation de l'épaule dont l'irréductibilité est telle que la résection seule peut permettre de donner au bras une attitude convenable. Ils rentrent dans trois classes, suivant que la tête est sensible en avant, sous l'aisselle, ou en arrière; il ne faut opérer que dans ce dernier cas. Les faits de ce genre sont à la vérité peu nombreux, puisque, dans une thèse de Halle, soutenue l'année dernière par un élève de Volkmann, on n'en a réuni que cinq. M. Thomas (de Tours) en a vu un semblable et M. Ollier également. Il vit le malade neuf mois après la luxation, et après avoir fait vainement une traction forte et prolongée, la section du deltoïde, l'ouverture de l'articulation et la section des brides périarticulaires, il dut faire la résection de la tête humérale, qu'il ne pouvait remettre en place. Néanmoins, le résultat fut peu satisfaisant, par suite d'un rhumatisme qui survint lorsqu'on commençait à faire des mouvements.

M. Doyen (de Reims) présente une jeune fille à laquelle il pratiqua l'arthrotomie pour une luxation irréductible du coude. Il put ainsi explorer la cavité articulaire, débarrasser, avec la curette, les surfaces cartilagineuses des dépôts fibreux et osseux qui les

---

L'acide carbonique est préparé dans un flacon avec un mélange d'acide sulfurique et de bicarbonate de soude; il s'échappe du flacon et s'emmagasine dans un sac qui communique avec un tube en caoutchouc muni d'une poire Richardson à 2 soupapes; cette poire communique donc, d'un côté, avec le sac de caoutchouc; de l'autre part, un autre tube en caoutchouc qui s'unit à un barboteur également à soupapes, par lequel passe le gaz carbonique; le barboteur est un tube en T dont la branche verticale plonge dans une bouteille contenant de l'eau sulfureuse; les deux branches horizontales sont réunies, l'une au tube qui part de la poire et l'autre à un tube muni d'une canule, qui..... Il n'y a plus qu'à mettre la canule en place et à presser la poire, qui aspire et chasse alternativement le gaz acide carbonique, lequel se charge de vapeurs sulfureuses dans la bouteille et va les porter dans l'intestin. Celui-ci les absorbe, les veines mésentériques les charrient dans la veine porte, la veine cave, le cœur droit, le poumon, où elles font dans les cavernes une sorte de bain local, *ad usum bacillorum*.

Les résultats obtenus jusqu'alors dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée, dans l'asthme même, ont été si satisfaisants à Lyon, que M. le docteur Chantemesse n'a pas cru imprudent d'essayer la méthode dans son service à l'hôpital Saint-Antoine et que, renseignements pris et résultats constatés, M. Cornil les a jugés dignes d'en faire une communication à l'Académie de médecine.

La période d'expérimentation dans le traitement de la tuberculose a donc fait place à la période d'application à la guérison des malades, et nous ne pouvons qu'en féliciter nos deux honorables confrères de Lyon, MM. les docteurs Bergeon et Morel. Grâce à

recouvraient, et reconstituer l'articulation : pansement à l'iodoforme et au sublimé, immobilisation; on lève le pansement au bout de seize jours; au vingtième jour, on essaie les premiers mouvements sous le chloroforme, puis électrisation des muscles. Les mouvements sont actuellement faciles, quoiqu'un peu limités.

M. Decès (de Reims) recommande vivement ce procédé, qui lui a donné 2 succès dans les 2 cas où il l'a employé : dans l'un, pour une luxation datant de trois mois, et, dans l'autre, de six semaines.

M. Tripier (de Lyon) rapporte 2 cas de luxation irréductible de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus dans lesquels il dut intervenir à cause de troubles vasculaires causés par la compression de l'artère axillaire. Dans le premier cas, il ouvrit l'articulation, et ne pouvant réduire la tête, par suite de la présence de fragments osseux entre elle est la cavité glénoïde, il en fait l'ablation. Le malade guérit bien. Dans le second cas, la blessure survint chez un diabétique et fut suivie quatre ou cinq jours après de gangrène du membre. La désarticulation de l'épaule fut pratiquée et la mort survint le lendemain.

M. Severeano (de Bucharest) communique 3 cas de luxation rare de l'épaule : 1 cas de luxation des deux côtés à la fois, 1 cas de luxation sous-glénoïdienne et 1 d'une variété très rare, de luxation sus-caracoïdienne.

Il a fait la résection dans 2 cas de luxation irréductible. Dans l'un, il s'agissait d'une luxation très ancienne du cou-de-pied; la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe fut suivie de guérison; dans l'autre, une luxation de la hanche en arrière, survenue dans un éboulement, fut reconnue irréductible au quatrième jour, malgré des tentatives de réduction avec emploi d'une force évaluée à 400 kilogr. L'obstacle était dû à la torsion de la capsule et des fibres de petit fessier; mais la section de ces brides ne put faire rentrer la tête, située dans la fosse ischio-iliaque, on se décida donc à la réséquer. Résultat définitif inconnu, la malade ayant été perdue de vue au bout d'un mois.

M. Severeano conseille de remplacer les courroies de cuir qui peuvent se rompre quand on emploie les mouffles, par des écheveaux de coton, qui offrent une résistance beaucoup plus grande.

M. Maydl, assistant du professeur Albert (de Vienne) adresse un mémoire basé sur 5 cas de luxation irréductible du coude. Il y établit que, dans ces luxations, il n'y a pas de règle générale dans le choix des incisions pour l'arthrotomie; néanmoins, il dit que

---

eux, on pourra donc dire au sujet de cette question, que du Midi vient encore la lumière!

***

J'ai déjà cessé de plaisanter : je continue à être sérieux, d'autant plus que je veux vous intéresser, chers lecteurs, à une grande infortune que vous connaissez déjà, car elle vous a été racontée dans tous ses détails lamentables par mon prédécesseur Simplice, dans sa *Causerie* du 6 septembre 1862. Vous voyez qu'elle ne date pas d'hier, et elle dure encore!

Il s'agissait de la veuve d'un de nos confrères, mort dans les circonstances les plus dramatiques. Après avoir, dans un moment de folie, frappé d'un coup de poignard sa domestique, puis lui-même, sans tuer ni l'un ni l'autre, il est arrêté et emprisonné pendant quatre mois; un arrêt de non-lieu rendit son mari à Mme X..., mais avec injonction de le renfermer dans un asile d'aliénés.

Ici, je laisse la parole à Simplice.

« Mme X... conduit seule son mari à l'asile de X... Sur la route passe une grosse charrette, lourdement chargée. Le malade ouvre brusquement la portière de sa voiture, se jette sous les roues de la charrette, et se fait écraser la tête sous les yeux de sa femme éperdue.

« Ces scènes si lamentables et si lugubres se passaient en 1853. Mme X... a dû quitter la ville où elle laissait de si cruels souvenir. Sans aucune fortune, elle a vendu pour sub-

©BIU Santé

l'incision longitudinale sur l'olécrâne (Langenbeck) ne permet pas d'explorer convenablement l'articulation; que l'incision transversale facilite beaucoup l'opération, mais qu'elle complique le pansement et les suites opératoires; que l'incision latérale est incommode; il préfère pratiquer deux incisions longitudinales sur les bords de l'olécrâne, de façon à ménager le tendon du triceps et le nerf cubital. Il pense, de plus, qu'on doit être aussi conservateur que possible et se contenter de pratiquer l'arthrotomie plutôt que la résection. Enfin, tout en étant partisan de la réunion immédiate, il préfère laisser la plaie béante; tout pansement antiseptique est bon, à condition de ne le changer que tous les sept ou huit jours.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Brown-Séquard termine l'exposé de ses recherches expérimentales paraissant démontrer que la rigidité cadavérique dépend d'une contracture, c'est-à-dire d'un acte de vie des muscles, commençant ou se continuant après la mort générale.

« J'ai toujours cru que la raideur n'est rien qu'une contraction musculaire *post mortem*. J'avais déjà fait voir, en 1849, surtout par des faits observés chez la grenouille et, en 1851, par des faits étudiés sur des bras de deux suppliciés humains, que lorsque la rigidité cadavérique s'approche, la contractilité musculaire modifiée donne lieu, lorsqu'elle est mise en jeu, non à des mouvements soudains et aussitôt terminés, mais à un raccourcissement très lent, et suivi d'un relâchement tout aussi lent. En réalité, j'avais vu, quelquefois, chez la grenouille, des muscles excités par un coup sur toute leur longueur, se contracter très lentement et rester définitivement contractés, passant ainsi à l'état de rigidité cadavérique. Les faits que j'ai trouvés depuis lors à l'appui de mon opinion sont bien plus décisifs. Je me bornerai à mentionner ici les principaux d'entre ces faits.

I. Presque tous les arguments exposés dans mon précédent travail (*Comptes rendus*, 11 octobre 1886, p. 622) contre la doctrine qui a cours sur la cause de la raideur *post mortem*, peuvent aussi servir de preuves en faveur de la théorie que je soutiens. Je me bornerai a signaler ici le fait que les muscles rigides (de même que ceux qui sont encore doués d'irritabilité après la mort) sont si bien vivants qu'ils se contractent et se relâ-

---

sister et pièce à pièce, le mobilier de la communauté. Des amis l'ont attirée à Paris. Pour n'être à charge à personne, elle a cherché, mais vainement, une place, un emploi. Depuis près de dix ans elle vit, si cela peut s'appeler vivre, de copies de pièces de théâtre ou de manuscrits littéraires, et quelquefois, hélas! les hommes de lettres sont si malheureux eux-mêmes, que la rétribution qui lui est accordée, elle la partage avec eux! »

Madame X... a, depuis vingt-quatre ans, vécu comme elle vivait alors, faisant des copies; aujourd'hui elle a près de 80 ans, elle voudrait encore écrire, mais ses yeux ont bien perdu de leur acuité ; je reprends de grand cœur la tâche entreprise par Simplice et je recommande vivement Mme X... à la générosité de nos confrères, heureux si mon humble appui pouvait aider à soulager cette grande infortune.

Notre rédacteur en chef se chargera volontiers de transmettre à Mme X... les preuves de sollicitude qu'on voudra bien lui faire parvenir.

Simplissime.

Falsification des beurres. — La chambre des députés, dans la séance du 18 octobre, a adopté en première délibération une proposition de loi d'après laquelle il sera interdit d'exposer, de mettre en vente ou de vendre, d'importer ou d'exporter, sous le nom de margarine, de l'oléo-margarine, et, d'une manière générale, toute substance destinée à remplacer le beurre, ainsi que les mélanges de margarine, de graisse, d'huile e d'autres substances avec le beurre, quelle que soit la quantité que renferment ces mélanges.

chent alternativement, un très grand nombre de fois avant l'arrivée de la putréfaction. Toute contraction musculaire est, en effet, un acte vital, qu'elle s'opère après ou avant la mort générale.

« II. Les arguments les plus décisifs pour établir la doctrine que je soutiens se tirent de faits relatifs à la tonicité musculaire et à la contracture. Ce spasme fixe des muscles qu'on appelle *contracture* n'est qu'une exagération du *ton* musculaire. J'ai montré, en 1875, que la contracture due à une irritation du cerveau peut persister même après la section de la moelle épinière. J'ai fait voir depuis que, chez les mammifères, cet état des muscles peut durer malgré la destruction de la moelle. Déjà, en 1849, j'avais vu, chez des pigeons, qu'une contracture produite par un écrasement de la moelle épinière pouvait persister, même alors que les nerfs moteurs avaient perdu toute excitabilité. De tous ces faits et d'autres encore, il résulte que, bien que la contracture puisse être produite ou persister sous l'influence d'irritations soit du cerveau, soit de la moelle épinière, ou enfin des nerfs moteurs, elle peut persister sans l'intervention du système nerveux. Un second point à établir est que la tonicité musculaire s'augmente et tend à passer à l'état de contracture, dès que la circulation diminue dans les muscles. Notre éminent confrère M. Charcot a donné des preuves très intéressantes de cette particularité. Ainsi que je le l'ai montré en 1851, si on lie l'aorte d'un mammifère et qu'on attende un certain temps, on voit apparaître peu à peu la raideur dans les membres postérieurs et enfin l'état que l'on appelle *rigidité cadavérique* survient dans ces parties liées encore à un être vivant. Si on lâche la ligature après quelque temps de raideur complète, le sang revenant dans les membres postérieurs y fait disparaître la contracture et réapparaître l'irritabilité. Il ne manquait donc que du sang aux muscles rigides pour avoir leurs propriétés de l'état de vie.

« Des expériences extrêmemont nombreuses m'ont fait trouver que la contracture peut survenir par une simple influence nerveuse, soit au moment de la mort, soit après, sans qu'un changement de circulation puisse en être considéré comme la cause. J'ai rapporté quelques-uns de ces faits dans un travail lu à l'Académie le 26 décembre 1881 (*Comptes rendus*, vol. XCIII, p. 1149) et je m'en suis servi pour expliquer les singulières observations publiées surtout par des chirurgiens militaires et relatives à la conservation d'attitudes après une mort soudaine. J'ai montré dans plusieurs publications (voir, en en particulier, le journal *La Nature*, 1884, p. 127) qu'une contracture universelle ou à peu près se produit alors subitement, immobilisant le corps et les membres dans l'attitude où ils se trouvaient à l'instant de la mort. J'ai fait voir que ce phénomène ne peut se montrer que s'il n'y a pas de convulsions, comme cela aurait lieu dans la mort ordinaire, et que, conséquemment, comme l'expérimentation me l'a fait constater, c'est dans un type de mort tout particulier, et que j'ai décrit sous le nom de *mort avec arrêt actif des échanges entre les tissus et le sang*, que l'on observe la production de la contracture au moment de la mort ou peu après. C'est dans cette espèce particulière de mort (voir mon travail, *Comptes rendus*, 1883, vol. XCVI, p. 417) que ce qui devra désormais être considéré comme une contracture *post mortem* et que l'on appelle *rigidité cadavérique*, dure un temps très considérable (1)

« Qu'une contracture véritable puisse exister après la mort, il est impossible d'en douter en présence des faits suivants :

« 1° Fréquemment j'ai vu une contracture qui s'était montrée pendant la vie ne pas cesser à la mort et durer après celle-ci cinq, dix, quinze, vingt minutes, et quelquefois

(1) J'ai montré trois fois à la Société de Biologie un chien mort avec arrêt actif des échanges : La première fois 14 jours; la deuxième fois 21 jours; la troisième fois, 28 jours après la mort. La rigidité était complète partout. Elle n'a diminué qu'après 40 jours, et la putréfaction n'a été très évidente qu'après 47 jours. Comme je puis faire cesser la rigidité et apparaître la putréfaction en 25 minutes dans les cas ordinaires de mort par axphyxie, on voit quelles différences peuvent exister entre les deux principaux modes de mort : dans l'un, putréfaction après 25 minutes; dans l'autre, seulement après 60,000 minutes.

©BIU Santé

davantage. Lorsqu'elle cessait, les muscles qui en avaient été atteints étaient assez souvent encore irritables et conséquemment encore vivants.

« 2° J'ai vu aussi très fréquemment, dans la première demi-heure qui suit la mort, dans les membres ou le cou, mais surtout dans le diaphragme (et là plus d'une centaine de fois), des muscles ou des parties de muscle se rigidifier et atteindre un degré de contracture semblable à celui de muscles ayant atteint le maximum de puissance de la rigidité cadavérique, se relâcher spontanément après un temps variable (de cinq à quarante ou cinquante minutes). Quelquefois (et même très souvent pour le diaphragme), l'irritabilité se montrait encore dans ces parties, et après un certain temps la raideur s'y remontrait pour y durer, en général, jusqu'à la putréfaction.

« 3° J'ai assez souvent vu une contracture survenir et disparaître nombre de fois dans les deux premières heures après la mort. J'ai trouvé ceci dans les membres, mais surtout dans le diaphragme.

« 4° J'ai constaté très souvent, dans des muscles devenus très rigides rapidement après la mort (ceci a eu lieu surtout dans un des membres antérieurs, et particulièrement lorsqu'il y avait une lésion du cervelet ou du bulbe), que la galvanisation diminuait la rigidité et que les muscles montraient un degré d'irritabilité aussi grand que celui des muscles non contracturés.

« Il est évident, d'après ces faits (et d'autres que je ne puis mentionner ici), que les muscles, après la mort générale, peuvent être atteints de contracture même après l'époque où la moelle épinière a perdu la puissance de mettre en jeu l'irritabilité musculaire. Il est donc établi, dans les différents faits rapportés jusqu'ici dans cette Note : 1° qu'une cessation de circulation peut causer des contractures; 2° qu'en l'absence de toute action nerveuse, la contracture, malgré l'existence de la circulation, peut persister; 3° qu'après la mort, la contracture peut se montrer et disparaître à plusieurs reprises, en l'absence de toute action des centres nerveux.

« Tout cela étant acquis, la question se pose de savoir si ce que l'on appelle *rigidité cadavérique* est bien, comme je le crois, une simple contracture, avec adjonction ou non de la coagulation des substances albumineuses des muscles. Je dirai tout d'abord, à cet égard, que nulle différence n'existe entre l'état de contracture rendu évident par les faits ci-dessus mentionnés et l'état que l'on nomme *rigidité cadavériqae*. Si l'on dit que les muscles atteints de raideur *post mortem* ne cessent plus spontanément d'avoir cette raideur jusqu'à la putréfaction, je répondrai que nous voyons des muscles atteints de contracture *post mortem*, devenus acides, reprendre peu après et spontanément leur souplesse. Si l'on dit que les muscles présentant la rigidité cadavérique ne sont plus capables de se contracter lorsqu'on les galvanise, je répondrai que la galvanisation n'est pas le meilleur moyen de savoir si un muscle est vivant ou mort, car j'ai constaté chez deux suppliciés humains et chez bon nombre d'animaux que, lorsque la raideur *post mortem* finale s'approche, le galvanisme est sans puissance pour mettre en jeu les muscles, alors qu'une irritation mécanique peut encore les faire agir. Si l'on dit que l'irritabilité musculaire disparaît complètement dans les muscles atteints de raideur cadavérique et qu'elle ne disparaît pas dans les muscles contracturés, je répondrai qu'il y a là deux erreurs. En effet : 1° j'ai trouvé assez souvent que, même nombre de jours après la mort, si je distends, si j'assouplis des muscles raides, non seulement ils peuvent, comme je l'ai montré, se raidir, c'est-à-dire se contracturer de nouveau, mais ils peuvent aussi devenir plus raides qu'ils n'étaient avant le tiraillement, ce qui implique que l'excitation mécanique à laquelle ils ont été soumis a mis en jeu leur propriété de contraction, comme pendant la vie; 2° dans les muscles contracturés avec énergie, soit pendant la vie, soit après la mort, les excitations ne déterminent pas de contraction.

« Il semble donc certain que les objections que l'on pourrait faire à la théorie que je propose n'ont aucune valeur.

« III. Des faits en nombre considérable, que je me propose de faire connaître dans un autre travail, montrent que le système nerveux a une immense influence, soit pour avancer, soit pour retarder la rigidité cadavérique. Je me bornerai à dire ici que, bien

© Santé

qu'il soit possible d'accepter en partie la possibilité de l'existence de ces faits, en continuant d'admettre que la raideur *post mortem* dépend d'une coagulation de substances albumineuses, l'idée que cette raideur est due surtout à une contracture est bien plus en harmonie avec ces faits.

« *Conclusion.* — Bien qu'une coagulation de substances albumineuses puisse contribuer à la production de la rigidité cadavérique, la cause principale, et quelquefois la seule, de cet état des muscles semble se trouver dans une véritable contractnre, acte de vie, bien qu'il existe alors chez des cadavres. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 24 octobre 1886.

M. le docteur Lebec communique une observation relative à la transformation épithéliomateuse *in situ* d'une plaie consécutive à des accidents causés par une dent de sagesse. Peut-être, ainsi que l'a fait remarquer M. Henriot, ce fait prête-t-il un peu à la discussion, l'abence de toute injection ganglionnaire est surtout singulière étant donné le siège de la lésion.

M. le docteur Richardière lit ensuite un travail sur quelques accidents peu connus du morphinisme dans les maladies aiguës. Il s'agit dans l'espèce, d'un médecin des environs de Paris, devenu morphinomane à la suite d'une affection douloureuse de l'estomac et surmené par les fatigues de la clientèle. A la suite d'une grippe, il présenta tous les symptômes d'une broncho-pneumonie de la base du poumon gauche qui s'accompagna non seulement d'une dyspnée continue, mais encore de véritables accès de suffocation semblables à ceux de l'asthme et pendant lesquels l'angoisse respiratoire était excessive; il y avait en même temps une grande faiblesse du cœur et une fièvre très vive. Le traitement institué par M. Richardière consista principalement dans l'emploi de la saignée et les injections de morphine; il eut un plein succès et, malgré une broncho-pneumonie du sommet droit et des abcès multiples des membres inférieurs, la guérison fut complète.

— Après une discussion d'ordre intérieur la séance se termine par l'élection de M. le docteur Roux comme membre titulaire. — P. C.

FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE L'ECZÉMA SQUAMEUX. — Hébra.

Acide phénique	4	grammes.
Glycérine	15	—
Ether sulfurique	15	—
Esprit de vin rectifié	90	—

F. s. a. un mélange, avec lequel on badigeonne l'eczéma sec, squameux, lorsqu'il se présente sous forme de plaques circonscrites, et qu'il affecte une marche rebelle. — Les badigeonnages de teinture d'iode sont également efficaces. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — M. le docteur Barbrau (de Rochefort) vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Service militaire des docteurs en médecine. — La commission parlementaire chargée d'étudier la loi sur le recrutement de l'armée vient d'adopter le texte suivant pour régler la situation des docteurs en médecine :

« Ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de

©BIU Santé

1re classe ou de vétérinaire diplômé, accomplissent leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hôpital en qualité d'auxiliaire.

« Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs, ils peuvent être nommés médecins, pharmaciens ou vétérinaires de réserve, et renvoyés dans leurs foyers. »

« Le nombre des jeunes gens qui jouiront du bénéfice de cette disposition sera fixé chaque année par le ministre de la guerre. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean-François-Eugène Deflandre, docteur en médecine, médecin de la Compagnie du chemin de fer du Nord et du Bureau de bienfaisance de Bohain, décédé le 30 octobre 1886, dans sa soixantième année.

Clinique ophthalmologique de la Faculté. — M. le professeur Panas commencera ses leçons de clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu, le lundi 8 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Tous les mercredis à neuf heures du matin, *exercices ophthalmologiques et de réfraction.*

— Le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera son cours d'accouchement à l'École pratique de médecine, amphithéâtre n° 3, le mardi 16 novembre, à trois heures et demie du soir, et le continuera les jeudis, samedis, mardis à la même heure.

Asile Saint-Anne. — M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne, le dimanche 7 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 8 novembre 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 quatre places de membres titulaires. — 2. Vote sur la candidature de M. Hoffmann (de Vienne) au titre de membre correspondant étranger. — 3. Note de M. le docteur Autefage (de Cahors) sur un cas d'angine causée par un traumatisme. — 4. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. — Expériences par M. Valude. — 5. Discussion sur le viol dans l'hypnotisme et les états analogues, à propos de la communication de M. le docteur Gilles de la Tourette.

Falsification des alcools. — Le Sénat, sur le rapport de M. Théophile Roussel, a, dans sa séance du 19 octobre, adopté d'urgence une proposition de loi, aux termes de laquelle un prix sera décerné à la personne qui découvrira un procédé simple et usuel pouvant être mis en pratique par les agents de l'administration, pour déterminer, dans les spiritueux du commerce et les boissons alcooliques, la présence et la quantité des substances autres que l'alcool chimiquement pur ou alcool éthylique. L'Académie des sciences est chargée de déterminer les conditions dans lesquelles le prix devra être décerné, et de le décerner conformément au programme qu'elle aura arrêté. Dès que cette proposition aura été adoptée par la Chambre des députés, et elle le sera très prochainement, le gouvernement doit publier le programme de ce prix, qui s'élèvera à la somme de 50,000 francs.

Si nous considérons les excellents résultats cliniques obtenus avec l'albuminate de fer, contre la chlorose et l'anémie sous toutes leurs formes, nous comprendrons que la *liqueur de Laprade* occupe une place tous les jours plus large dans la thérapeutique martiale et particulièrement dans la thérapeutique gynécologique.

A CÉDER, par suite de décès du directeur, *Établissement médical* en plein fonctionnement depuis 1875. — S'adresser rue de Châteaudun, 53.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Deux observations d'hystérectomie vaginale. — II. Bibliothèque : Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire. — III. Revue des Journaux : Nouvelle méthode de tamponnement de l'arrière cavité des fosses nasales. — Les propriétés de l'ulexine. — IV. Thérapeutique : Alimentation des enfants et des malades affaiblis. — V. Hydrologie médicale : Les « Délicieuses » de Vals — VI. Variétés : Une ordonnance charlatanesque. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Deux observations d'hystérectomie vaginale,

Par L.-G. Richelot.

I. — Stéphanie P..., 45 ans, a subi en mars 1886 l'amputation sous vaginale du col utérin par l'anse galvanique. Elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois d'août, avec des douleurs, des pertes rousses, quelques hémorrhagies; les premiers symptômes de récidive remontent aux premiers jours de mai. C'est une femme de robuste apparence, et dont la santé générale n'est pas encore profondément altérée.

A l'examen local, je trouve un col utérin aux lèvres à peine saillantes, affleurant les culs-de-sac, et un bourgeon fongueux sortant de l'orifice. Les culs-de-sac paraissent libres tout autour des lèvres, le doigt n'y rencontre aucune induration suspecte, l'utérus est mobile et de volume normal. Il s'agit d'un épithélioma récidivé; mais la tumeur a pris naissance à la face interne du museau de tanche, elle a repullulé dans les parties supérieures de la cavité cervicale sans gagner la muqueuse du vagin, et semble respecter les annexes. En résumé, le cancer est opérable et l'intervention pleinement justifiée.

L'hystérectomie vaginale est faite le 31 août, avec l'assistance de M. le docteur Picqué, chef de clinique, de MM. Cousin et Mauclair, internes du service, en présence de M. le docteur C. Galozzi, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Naples.

Les premiers temps de l'opération marchent avec une certaine lenteur : j'enlève le bourgeon fongueux, et je trouve heureusement, sur le moignon du col encore solide, un point d'appui suffisant pour les tractions. La vulve est assez étroite, bien que la malade ait eu trois enfants, et l'abaissement de l'utérus est difficile. Après l'incision circulaire et le décollement de la vessie, j'atteins avec peine le cul-de-sac antérieur du péritoine; le postérieur, au contraire, est ouvert aisément par le bistouri, dont la lame tournée vers l'utérus coupe de bas en haut. J'agrandis avec les doigts les deux ouvertures péritonéales.

L'abaissement de l'utérus étant toujours incomplet, je n'hésite pas à préférer le pincement par étages au pincement en masse du ligament large. Commençant par le côté droit, je saisis d'abord la région de l'utérine et je coupe au ras de l'utérus dans la même hauteur. L'organe attiré obliquement vers la gauche et descendant un peu mieux, mon doigt peut toucher la partie supérieure du ligament et diriger la pince courbe sur le champ; celle-ci placée et la section terminée, l'utérus est extrait hors de la vulve. Ayant alors sous les yeux le second ligament, je le saisis d'un seul coup; mais, comme il s'étale sous la pression, une artère ovarienne reste en dehors et donne du sang au moment où j'achève la section, ce qui m'oblige à placer une longue pince hémostatique au niveau du bord supérieur. Quelques artérioles vaginales saignant encore, l'hémostase est complétée

©BIU Santé

par trois ou quatre pinces. Toilette minutieuse de la plaie et tampons iodoformés. L'opération a duré trente-cinq minutes.

Suintement assez vif dans la journée. Le lendemain, 1er septembre, je trouve la malade en bon état, ventre souple et peu de douleur. J'enlève trois pinces; mais, en desserrant la quatrième, une des principales, je vois couler un peu de sang. Est-ce du liquide exsudé antérieurement et dont le mouvement de la pince a déterminé l'issue? Pour plus de sûreté, je resserre la pince que je n'ai pas dérangée. Le 2 septembre, au bout de quarante-huit heures, je les enlève toutes; je lave au sublimé l'entrée du vagin et je renouvelle les deux tampons les plus superficiels. La malade n'a pas de vomissements, et sa température n'atteint pas 38°.

Le 3 septembre, vomissements et 38°6; le 4, agitation et 39°2. J'enlève tous les tampons, qui n'ont pas d'odeur fétide, et je fais une injection vaginale très douce, en dirigeant la canule avec le doigt et en déprimant la commissure, afin que le liquide ressorte facilement et n'ait pas de tendance à pénétrer dans le péritoine. Je place un seul tampon iodoformé à l'entrée du vagin, et j'ordonne de faire trois injections par jour avec les mêmes précautions. — Lavement huileux.

Le 5, la malade est calme, urine seule, a été à la selle, a pris du lait et du potage léger; t. 38°. Le 7, elle crie la faim, et depuis ce jour paraît entièrement revenue à la santé.

Elle se lève le 22 septembre et quitte l'hôpital le 6 octobre. Un dernier examen donne les résultats suivants : le fond du vagin est cicatrisé, sauf un petit bourgeon médian qui, au toucher, me paraît suspect. Autour de lui, tout est souple et indolent. Au spéculum, il est gros comme une petite noisette, rouge comme un bourgeon charnu, et se détache au milieu d'une paroi vaginale froncée et parfaitement saine. J'essaie de l'extraire avec la curette, pensant qu'il est friable, mais il résiste; je le pince, croyant qu'il va se déchirer, mais la traction l'amène tout entier avec une queue de tissu conjonctif longue d'un centimètre. Il reste une petite plaie déprimée, sur laquelle j'applique un tampon d'iodoforme.

La malade va très bien et ne se plaint d'aucune douleur; elle a bonne mine et n'a pas maigri notablement. Mais elle avait, depuis la seconde semaine après l'opération, une incontinence d'urine dont la cause m'échappe; elle en a moins aujourd'hui, mais ce trouble fonctionnel n'a pas totalement disparu. C'est ainsi qu'elle nous quitte, pour aller se reposer dans son pays.

Nouvelles reçues le 26 octobre, et que je dois à l'obligeance de M. le docteur Piron, de Courtenay (Loiret) : les courants électriques ont presque entièrement guéri l'incontinence, la malade laisse encore échapper quelques gouttes d'urine quand elle commence à marcher. Aucun bourgeon n'a reparu sur la cicatrice; quelques douleurs passagères ont été calmées par le bromure de potassium; l'appétit est excellent et les forces reviennent.

D'après l'histoire qu'on vient de lire, Stéphanie P... avait un de ces cancers qui débutent par la muqueuse intra-cervicale et qui se jouent des opérations parcimonieuses, car ils gagnent rapidement les parties hautes et l'amputation sous-vaginale arrive trop tard. D'autre part, ils gagnent en surface avant d'infiltrer la paroi et de venir contaminer les annexes; d'où il suit que la récidive, si elle est encore jeune, est intra-cavitaire et nous laisse le temps d'agir. Celle-ci occupait le haut du canal cervical, sous la forme de végétations qui affleuraient à peine la partie inférieure de l'isthme,

et qui n'avaient pas encore entamé la paroi ; mon incision a donc porté loin du tissu morbide. D'ailleurs, cette femme a tiré bénéfice de l'insuffisance même de l'opération primitive, qui, en épargnant les deux-tiers du col utérin, nous avait ménagé un moignon solide pour entreprendre une ablation totale. L'affaire eût tourné bien autrement s'il se fût agi d'un chou-fleur à extension rapide vers les culs-de-sac du vagin ; la récidive eût été sans doute inopérable.

Voilà donc un fait qui nous montre à la fois les illusions de l'amputation partielle et les mérites de l'intervention radicale, la seconde ayant pu venir à temps relever une situation que la première avait compromise.

II. — Mme M..., qui m'est envoyée de Nevers par M. le docteur H. Martin, est une femme de 43 ans, mère de quatre enfants et d'une parfaite santé jusqu'au mois de juin 1886. Depuis cette époque, elle a des pertes sanguines modérées, mais continuelles, des pertes rousses et de vives douleurs lombaires. Elle dit avoir maigri; cependant, elle mange assez bien et n'a pas mauvaise mine.

Au toucher, on trouve un énorme fongus qui remplit la moitié du vagin. Le doigt contourne difficilement la tumeur, surtout en arrière; j'arrive cependant à explorer les culs-de-sac, je les trouve libres, mais le postérieur n'est pas loin d'être touché. L'utérus paraît mobile.

Après des lavages répétés pendant plusieurs jours, l'opération est faite le 13 octobre, à l'hôpital Bichat, avec l'assistance de M. Terrier, en présence de MM. Brun, Casteix, Rochard fils; M. Rollin, interne du service, est chargé de l'anesthésie.

Les premiers temps sont rendus un peu difficiles par le volume de la tumeur; heureusement, l'utérus descend bien et la vulve est assez large. Après l'isolement, j'arrive, non sans quelque peine, à accrocher le bord supérieur du ligament large du côté droit; la pince courbe sur le champ est introduite et le saisit dans toute sa hauteur, puis je commence à couper au ras de l'utérus. Alors je m'aperçois que la pince s'est luxée et n'étreint pas les tissus (l'articulation de l'instrument est mauvaise); cette fausse manœuvre m'oblige à placer une seconde pince sur la moitié supérieure du ligament, puis à reprendre une à une quelques artérioles dans la région de l'utérine.

La section est achevée du côté droit, l'utérus attiré au dehors, le second ligament pincé en masse, l'ablation terminée. Une branche importante de l'utérine gauche et quelques petits vaisseaux exigent encore trois pinces hémostatiques. Pendant la toilette de la plaie, une anse intestinale se montre, mais elle n'a aucune tendance au prolapsus et je la repousse facilement. Tampons iodoformés comme à l'ordinaire. Durée de l'opération, 40 minutes.

Pendant les trois premiers jours, la température dépasse à peine la normale et atteint 38° le soir du 15 octobre, mais les vomissements sont continuels; la malade ne peut rien garder et n'a pas de sommeil; les efforts retentissent douloureusement sur l'abdomen. Et cependant il n'y a pas trace de ballonnement, le pouls est régulier, peu fréquent, sans faiblesse, la langue humide, la voix naturelle. Je n'ai pas encore vu se prolonger si longtemps et avec tant de violence les vomissements qui suivent l'opération.

Ablation des pinces au bout de 48 heures; lavages discrets, changement

©BIU Santé

des tampons superficiels, ablation des profonds le cinquième jour. Les vomissements cessent à partir du 16 au matin; le soir du même jour, temp. 38°5. Le 17, le calme est entièrement rétabli, la langue est bonne, le pouls normal. Le 18, elle s'alimente, et depuis ce moment les forces reviennent. A l'heure où j'écris, la malade n'a pas quitté l'hôpital, mais elle est en pleine convalescence.

BIBLIOTHÈQUE

RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE ET DES ACTES OFFICIELS DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE. — 1886, XV, in-8° de 587 pages; Imprimerie nationale.

Ce volume, un des mieux remplis qu'ait publié le Comité consultatif d'hygiène, peut être considéré comme un véritable traité d'hygiène appliquée, dû à la collaboration la plus autorisée, la plus brillante, dont jamais éditeur ait pu rêver de réunir les éléments. Il nous suffira de citer les noms de Brouardel, Bergeron, Chatin, Gallard, Grancher, Legouest, Pouchet, Proust, Rochard, Vallin, etc., etc., noms qui ne figurent point seulement en vedette comme une garantie platonique des mérites de l'ouvrage, mais qui signent effectivement des rapports étudiés et consciencieux, véritables modèles. Dans sa lettre d'introduction, le président rend témoignage au ministre du zèle déployé par tous les membres du Comité de direction, du Comité d'hygiène, des auditeurs, au service des intérêts sanitaires. Cet hommage sera ratifié de tous les lecteurs.

Le livre débute par le rapport et les projets de règlement de M. Proust, sur la prophylaxie sanitaire maritime des maladies pestilentielles exotiques. Ces documents nous sont déjà connus, ayant été insérés il y a quelques mois au *Journal officiel*. Le rapport sur la conférence internationale de Rome est encore dû à l'inspecteur général des services sanitaires. On sait que la thèse défendue à Rome par nos délégués n'a pas prévalu. Mais cet échec, on a lieu de le croire, n'est que temporaire. La France s'est trouvée, scientifiquement, en complet accord, dans les mesures qu'elle a proposées, avec l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Russie, la Suède et la Norwège, en face de l'Angleterre retranchée dans ses opinions absolues, et de l'Italie restée dans l'indécision. Il est évident, comme le dit M. Brouardel, que si un jour la question est reprise, elle sera résolue conformément aux vues soutenues dans la conférence au nom du gouvernement français.

Le rapport sur les travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité fait ressortir que les documents fournis par les départements ne sont ni aussi nombreux, ni aussi complets qu'on le désirerait. Nous ne sommes pas près, en effet, de posséder une géographie médicale de la France, et l'on n'arrivera à rien dans cette direction tant qu'une organisation spéciale, indépendante, de ce travail, n'y aura pas pourvu. Ce qui a trait aux épidémies et épizooties signalées en France en 1882, à la démographie et à la statistique, tient dans 8 pages, sans plus. Des renseignements plus étendus parviennent toutefois des départements sur l'hygiène publique, industrielle et professionnelle, au sujet des écoles, des hôpitaux, des eaux d'alimentation, des établissements insalubres, etc.

Ce sont les chapitres *Salubrité publique* et *Hygiène alimentaire*, qui sont de beaucoup les plus remplis. Voici, tour à tour agitées et résolues, les questions du transport des corps à courte distance par des cercueils imperméables (Vallin); du monument crématoire destiné à incinérer, au Père-Lachaise, les débris de cadavres provenant des amphithéâtres de dissection (Brouardel); du transport par chemins de fer des matières infectes, gadoues, suifs, os, sang, cuirs verts, etc. (Du Mesnil); des puits et puisards absorbants, de l'amoncellement sur le sol et de l'enfouissement de matières susceptibles de donner lieu à des infiltrations (Richard). Ce dernier rapport met bien en évidence le rôle trop négligé des *puisards*, le terme pris dans le sens le plus étendu, dans l'infection du sous-sol, laboratoire où se développent les germes des maladies infectieuses qui nous

déciment : la fièvre typhoïde, le choléra, la dysenterie, le paludisme. Les épidémies atteignent leur maximum de fréquence dans les villes reposant sur un terrain infecté par des égouts non étanches, des puisards absorbants, des fosses d'aisances perméables; elles décroissent partout où on parvient à diminuer les causes d'infection du sous-sol. L'Angleterre doit son immunité vis-à-vis du choléra, importé à plusieurs reprises en 1866 et en 1884, aux immenses progrès accomplis dans la canalisation souterraine de ses cités depuis les leçons des épidémies de 1849 et de 1854. « De même que la suppression des toits de chaume a diminué les causes d'incendie, dit excellemment le rapporteur, de même la suppression des causes d'infection du sous-sol diminuera, dans une large mesure, les chances d'épidémie. » On réclame, en conséquence, la suppression à bref délai des puisards absorbants à proximité d'un égout public ; on les veut parfaitement étanches lorsqu'on ne pourra s'en passer; on ne tolérera des puits d'absorption que dans des cas tout à fait exceptionnels, quand il n'existe pas d'autre moyen pour un propriétaire ou un usinier de se débarrasser d'eaux résiduaires abondantes. Le sol des étables sera toujours imperméable, et les fosses à fumier parfaitement cimentées.

Vient ensuite l'examen des eaux avec lesquelles on projette d'alimenter un certain nombre de villes de province : Creil, Chambéry, Villefranche, Morlaix, etc.... On sait que, par un décret du 30 septembre 1884, le Comité a la charge d'examiner, au point de vue hygiénique, tous les projets concernant les services publics d'eau. Le projet concernant la ville de Morlaix a seul fait l'objet, à la suite du rapport motivé de M. Vallin, de réserves formelles de la part du Comité.

Le Conseil d'hygiène du département de la Loire-Inférieure avait attiré l'attention sur les dangers croissants de la consommation des *eaux-de-vie dites de dédoublement*, c'est-à-dire obtenues par le dédoublement des alcools industriels, qui renferment nombre de substances nuisibles pour la santé, notamment de l'alcool amylique. Il sollicitait l'intervention de l'Administration en vue de l'interdiction des produits de cette nature. Malheureusement, le rapporteur du Comité, M. Grimaux, est obligé de reconnaître qu'il n'existe pas de caractères suffisamment précis pour permettre d'affirmer qu'une eau-de-vie est une eau-de-vie de dédoublement et qu'elle offre du danger pour la santé des consommateurs. La recherche de l'alcool amylique même exige de nombreuses distillations fractionnées et présente, dans la pratique, de grandes difficultés; d'autre part, certains alcools industriels bien rectifiés n'en renferment pas, alors qu'il peut prendre naissance dans les fermentations normales. Les eaux-de-vie de marc en renferment souvent une bien plus grande proportion que les alcools industriels; on en trouve enfin dans plusieurs vins naturels. La science n'est donc point encore en mesure de tracer la voie aux pouvoirs publics dans cette direction. Aux chimistes à se remettre à l'œuvre.

Un rapport sur la *transmission de la trichinose à l'homme* est la dernière contribution, aux travaux du Comité, du regretté Bouley, pour lequel M. Brouardel a eu, dans son rapport d'introduction au ministre, d'heureuses paroles de regrets sincères et de correcte appréciation. Il s'agit d'une petite épidémie de trichinose observée dans l'Illinois, qui a fourni une preuve de plus de l'innocuité des viandes cuites et du danger des viandes qui ne sont que fumées.

Les conclusions du rapport de M. Richard sur le *plâtrage des vins* maintiennent à 2 grammes, conformément aux conclusions émises dans les rapports antérieurs de MM. Legouest et Gallard, la limite maxima de sulfate de potasse à accepter par litre. L'opération du déplâtrage des vins au moyen des sels de baryte, de strontium ou de plomb, ou de tout autre sel vénéneux, doit être condamnée.

Le rapport de M. Dubrisay conclut à l'interdiction de l'emploi de la *vaseline*, de la *pétroléine*, de la *neutraline* et de tout autre produit similaire extrait de l'huile lourde de pétrole, dans la fabrication des gâteaux et, en général, de toutes les matières alimentaires. Les pâtisseries préparées à l'aide de ces produits ne rancissent pas et, par suite, trompent facilement l'acheteur qui n'est pas averti par l'odeur de l'ancienneté du gâteau. Mais, en outre, on sait que ces matières, substituées au beurre, n'ont aucune valeur nutritive, et on ne saurait même affirmer que leur ingestion soit sans inconvénients pour la santé.

©BIU Santé

La question du *salicylage* des substances alimentaires a été quatre fois déjà portée devant le Comité consultatif par quatre ministres différents : la réponse du Comité n'a jamais varié, et M. Dubrisay conclut une cinquième fois à l'interdiction de la vente de toute substance alimentaire solide, et de toute boisson contenant une quantité quelconque d'acide salicylique ou de l'un de ses dérivés. Espérons que l'administration se trouvera définitivement éclairée par cette cinquième consultation, et puisera, dans la décision invariable du Comité, des éléments de détermination suffisants pour persévérer dans la campagne qu'elle vient d'entreprendre au sujet des bières.

M. Pouchet réclame formellement l'interdiction de l'entrée en France des *morues rouges*. On sait que cette prohibition, édictée sur ces conclusions par un précédent ministre, a, comme d'ordinaire, soulevé de telles clameurs, que la mesure a dû être suspendue, puis rapportée. Tout n'est pas encore dit, en effet, sur cette question des morues rouges. Il paraît aujourd'hui démontré que le pénicillium, auquel la morue rouge doit sa coloration spéciale, n'est point l'agent de l'intoxication; que, tout au plus, dans certaines circonstances, il est l'indice révélateur de l'altération du produit, qu'un degré de cuisson convenable peut rendre inoffensive. Il est certain que des ports comme celui de Bordeaux sont inondés de morues rouges consommées sur place, et n'ayant jamais donné lieu à aucun accident. Sujet à remettre à l'étude.

Un rapport antérieur de M. Bouley avait conclu à l'autorisation de l'emploi du *borax pur* pour la conservation des substances alimentaires. Certaines expériences de laboratoire ont fait douter de l'innocuité du borax, substance complètement étrangère aux éléments qui constituent nos divers produits alimentaires, et qui paraît manifester, sur l'organisme humain, une action désassimilatrice dont la répétition constante ne saurait être indifférente. Jusqu'à plus ample informé, on *tolérera* la conservation des substances alimentaires (notamment les poissons de Norwège), au moyen du borax (Pouchet).

Le *boryle*, à base de borax, de glycérine et d'éther borique, ne bénéficie pas de la même indulgence.

M. Grimaux accepte, comme un progrès véritable, l'emploi de l'*acide carbonique liquide* dans les appareils à pression pour le débit de la bière. On sait quels étaient les inconvénients de l'air comprimé employé dans le même but. La bière saturée d'acide carbonique par la fermentation (2 vol. 4) n'en dissout que des quantités peu importantes sous l'influence de la pression, 1/8, 1/9 de sa contenance normale, et cet excès d'acide carbonique ne peut que l'améliorer.

La chambre de commerce de Reims avait protesté auprès du ministre contre un passage du rapport officiel du laboratoire municipal de la Ville de Paris, qui avait exécuté un peu sommairement certaines pratiques employées dans la fabrication du *vin de Champagne*, et dans des termes ayant paru désobligeants pour la corporation. Il s'agissait en particulier de l'opération du *dosage* par laquelle on ajoute au vin, après le *dégorgeage*, une liqueur composée de sucre candi dissous dans du champagne vieux. Les observations fournies par la chambre de commerce ne laissent subsister aucun doute sur les conditions à la fois hygiéniques et honnêtes dans lesquelles s'accomplissent ces manutentions délicates. On ne saurait trop encourager le commerce des vins de Champagne à persévérer dans les traditions de rigueur scrupuleuse qui ont fait sa fortune, même et surtout au moment où l'industrie étrangère s'ingénie sans vergogne à fabriquer des champagnes de toutes pièces, dont on ne devra pas laisser pénétrer un seul spécimen sur le marché français. Aux Etats-Unis, dans le Connecticut et le New-Jersey, le champagne se prépare sans un atome de raisin, avec du cidre de pommes sèches et du jus de rhubarbe. En Russie, la rhubarbe étant réservée à un autre emploi, on utilise la sève des souches de vieux bouleaux ! Il n'y aurait pas à insister ici sur cette question de la fabrication des vins de Champagne, si la consommation de ces vins, entrée dans la thérapeutique journalière, ne nous obligeait à en contrôler la nature et la qualité, comme d'un véritable médicament. — R. Longuet.

© BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Nouvelle méthode de tamponnement de l'arrière cavité des fosses nasales, par le docteur Francis Haynes. — Le docteur Francis Haynes a essayé de substituer une méthode de tamponnement de l'arrière-cavité des fosses nasales plus commode et plus rapide à l'ancienne manœuvre de la sonde de Belloc. Déjà on a conseillé l'introduction par les narines d'une pièce de lint anglais qu'on pousserait peu à peu et qu'on *fourrerait* dans l'arrière-cavité. Cette méthode, au dire de l'auteur, est impraticable et inefficace; la sonde de Belloc est d'un maniement difficile, c'est un moyen primitif et barbare, aussi le docteur Haynes s'est-il arrêté à la méthode suivante qui paraît être, en effet, très pratique et très rapide. A l'aide d'un bout de fil d'argent d'environ 35 centimètres, on forme une anse dont les deux chefs libres sont réunis et convenablement tordus l'un sur l'autre, et qui est introduite dans la cavité nasale qu'il s'agit de tamponner.

A l'extrémité extra-nasale de l'anse d'argent, on attache un fil un peu fort (faute de fil d'argent pour former l'anse, on peut se servir de crin, d'un brin de paille). L'anse a été légèrement courbée pour lui permettre de suivre l'arrière-cavité et d'arriver dans le pharynx. Le malade est assis en face de l'opérateur et sa tête est étendue en arrière. La pleine lumière est nécessaire pour permettre de voir l'anse arriver dans le pharynx, on peut s'aider du miroir frontal. L'anse étant arrivée dans le pharynx, on l'y pousse et on la saisit, soit avec le doigt, soit avec une pince à polype ou autre, et on l'amène hors de la bouche. Un aide abaisse la langue ou l'attire. Une fois l'anse saisie, il est facile d'attirer à portée le fil qui lui fait suite, de le couper, d'y attacher, à environ 20 centimètres de son extrémité buccale, le tampon cylindrique de dimension voulue (2 centim. 1/2 sur 1 centim. 1/2) pour tamponner convenablement.

On n'a plus qu'à tirer sur l'extrémité nasale du fil, en ayant soin de guider avec le doigt le tampon, de façon à éviter de prendre point d'appui sur le bord postérieur du voile du palais, et à aider le tampon à franchir facilement ce bord flottant. L'extrémité du fil qui pend hors de la bouche et sur laquelle on aura à tirer lorsqu'il s'agira d'enlever le tampon et l'extrémité nasale sont réunies, et l'anse qui en résulte peut être accrochée à l'oreille du même côté. Une fois le tampon postérieur placé, on pourra, si on le veut, compléter le tamponnement par l'introduction d'autres tampons introduits par l'ouverture des narines.

On devra s'efforcer de retirer le tampon aussitôt que possible, et éviter de le laisser plus de trois heures consécutives à cause de la gêne qui en résulte pour le malade. S'il faut répéter l'opération, il sera toujours facile, si le fil est maculé ou détrempé, de le changer en en fixant un autre à la suite du premier, et en l'attirant hors de la bouche jusqu'à ce qu'il ait pris la place de celui-ci.

Quand les épistaxis sont intermittentes, la manœuvre est assez facile pour l'apprendre à l'une des personnes de l'entourage, on aura qu'à laisser l'anse du fil en place, et quand surviendra l'hémorrhagie, on pratiquera rapidement le tamponnement, comme il a été dit plus haut. La présence du fil seul dans le nez et la bouche ne constitue qu'un léger inconvénient, et le malade peut, entre deux épistaxis, respirer par la voie naturelle. Le malade peut aussi manger et déglutir sans difficulté.

La petite opération du tamponnement pourra être précédée d'un badigeonnage ou d'une pulvérisation nasale avec une solution un peu forte de cocaïne. Peut-être la double propriété hémostatique et anesthésiante de la cocaïne se montrera-t-elle suffisante pour, sinon éviter, du moins faciliter la petite opération projetée. — L. Dn.

Les propriétés de l'ulexine, par W. Gerrard. — Cette substance est le principe actif des graines de l'ajonc d'Europe, se présente sous la forme de cristaux incolores, forme des sels avec les acides azotique, sulfurique, oxalique, chlorhydrique et bromhydrique et donne un précipité jaune avec l'acide picrique, noir avec l'azotate mercureux, vert avec le sulfate ferreux et blanc avec le bichlorure de mercure.

Quand on l'administre aux grenouilles, celles-ci perdent leur motilité après avoir

©BIU Santé

été atteintes de convulsions cloniques. Appliquée sur la muqueuse linguale, elle diminue sa sensibilité, mais l'effet produit est inférieur à celui de la cocaïne. (*Pharmaceut. Journal*, 7 août 1886.) — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des enfants et des malades affaiblis.

La question de l'alimentation des enfants, dès leur plus jeune âge, est la préoccupation constante des médecins; leur donner sous une forme agréable des fortifiants que leur organisation peut s'assimiler sans causer de troubles dans les fonctions de l'estomac ou des intestins, est le problème cherché par tous ceux que préoccupe cette grave question.

Grâce aux soins apportés aux nouveau-nés, grâce au choix judicieux d'une nourriture dont tous les éléments concourent à la formation de leurs jeunes corps, on est déjà parvenu à diminuer la mortalité, et la moyenne de la vie a été augmentée par tous les fortifiants donnés aux enfants et aux adultes. Ces succès doivent encourager les recherches de ceux qui veulent résoudre la question de mettre à la disposition des médecins un remède efficace qui ne soit jamais refusé par le malade ou l'enfant.

Les fortifiants les plus efficaces et les plus employés sont :

1° Le phosphate de chaux, qui d'après les recherches de Lheman, de Chessat, de Mouriès, ne sert pas seulement à la formation du squelette, mais préside aussi à la formation des cellules, constitue un agent essentiel de la nutrition, et se retrouve d'après les expériences de Bouchard dans les globules rouges du sang.

2° Le fer, qui est indispensable à la vie, au point que le docteur Boussingault a écrit qu'un animal soumis à un régime privé de fer succomberait infailliblement, le sang ne pouvant se constituer dans ces conditions.

3° Le manganèse, dont la présence est constatée à côté du fer de nos aliments par les travaux de nos maîtres de l'école française et les études des Liebig, Gmelin, Richardson et plus récemment du chimiste Maumenée, et qui se retrouve aussi dans les globules rouges du sang d'après les recherches de Murger en 1830, Pétrequin en 1852, Burin-Dubuisson en 1854. Enfin les résultats obtenus par les eaux minérales ferrugineuses manganiques prouvent que le manganèse est un précieux adjuvant du fer.

Mais la grande difficulté pour les médecins est de faire prendre ces fortifiants indispensables aux babys, qui peuvent encore à peine manger, aux jeunes enfants, que le nom seul de médicament effraie, aux jeunes filles, qui ne les acceptent souvent qu'avec dégoût, et se refusent parfois à prendre les unes des pilules, les autres des sirops ou des poudres.

Il fallait donc trouver un aliment agréable au goût, n'ayant pas l'air de sortir de l'officine du pharmacien, pouvant se prendre sans même que le sujet puisse soupçonner la présence des médicaments; et cependant cet aliment doit renfermer les fortifiants sous une forme bien assimilable.

Le biscuit Delacroix présente tous ces avantages. Son goût, légèrement vanillé, sa pâte de premier choix, ne s'amollissant pas même après de longs mois et supportant son immersion dans le vin ou le thé sans se rompre, en font un aliment facile à digérer et agréable à prendre. Les enfants, les jeunes filles et même les malades l'accepteront tous avec plaisir comme un gâteau au goûter ou au dessert. Il occupe donc, entre l'aliment et le remède, une place qui deviendra très importante à cause des services qu'il est appelé à rendre.

Pour les jeunes babys, on a fait les biscotins Delacroix avec une pâte qui s'imprègne facilement des liquides de la bouche. On peut donc les leur faire prendre au lieu des biscottes, pains grillés et même des croûtes de pain qu'on leur donne à sucer; et au lieu d'un aliment plus ou moins difficile à digérer et n'ayant pas d'action sur leur santé, ils prendront par petites doses journalières les fortifiants indispensables à leur santé.

Le phosphate de chaux employé est du phosphate tribasique reconnu comme le plus

© BIU Santé

soluble dans les sucs de l'estomac; il est porphirisé avec du sucre de lait, du fer réduit par l'hydrogène et du carbonate de manganèse. Ces deux derniers en proportions minimes pour éviter les constipations.

Les biscuits Delacroix ont été soumis au Conseil d'hygiène qui les a approuvés en constatant leurs excellentes qualités. Plusieurs médecins spécialistes les ont essayés avec succès, et, sans aucun doute, les biscuits et biscotins Delacroix prendront une large place dans l'alimentation de tous les âges et rendront de grands services, j'en suis sûr, à la thérapeutique. On peut les prescrire à la dose journalière de 2 à 6 biscotins pour les babys, de 2 à 6 biscuits pour les enfants et les malades.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les « Délicieuses » de Vals.

Ces sources, qui ont conquis si rapidement la faveur du public médical, présentent ceci de particulier, qu'elles constituent, pour ainsi dire, la gamme complète des eaux bicarbonatées sodiques. Elles sont divisées en numéros 1, 3, 6, 8.

Mais nous pouvons, cliniquement, les grouper en *fortes* (au-dessus de 4 gr.), *moyennes* (entre 2 et 4), *faibles* (au-dessous de 2). La variété, l'inégalité de la répartion minérale, provient de ce que les forages sont pratiqués à des profondeurs faibles, mais échelonnés régulièrement, dans les failles du sous-sol rocheux de quartz fedspathique, qui est (comme on sait) la caractéristique du massif du Vivarais.

Les *Délicieuses* se présentent sous l'aspect d'un liquide incolore, transparent, limpide, pétillant et mousseux, d'une saveur fraîche et piquante. Leur teneur élévée en acide carbonique fait que ces eaux se prêtent à merveille à l'embouteillage et au transport, et les place au premier rang des eaux hygiéniques et médicinales. Comme usage hygiénique, elles stimulent la digestion, donnent au tube digestif une sensation particulière de bien-être : elles sont, en un mot, à la fois apéritives et détersives.

Quant à leur action médicinale, elle est, selon l'expression de Durand-Fardel, intimement, essentiellement *moléculaire*, et elle aboutit finalement à deux buts : la reconstitution, la résolution. Trousseau n'a-t-il pas dit : « Le degré d'importance des alcalins est tel, qu'on peut avancer qu'ils sont aussi nécessaires à l'accomplissement de certaines fonctions que l'oxygène à la respiration ? » Et Marchal (de Calvi) : « L'humanité tourne à l'aigre : la grande diathèse contemporaine, c'est l'*acidisme*. »

Cette action intime des eaux alcalines n'est, d'ailleurs, pas une action mystérieuse. Les alcalins agissent en diminuant la plasticité du sang et en activant et facilitant les actions sécrétoires : la sécrétion gastro-intestinale, la fonction biliaire et la filtration rénale. Ils régularisent les digestions, les évacuations alvines et les sueurs, déblaient le foie et lessivent les voies urinaires. L'acide carbonique, accessoirement, vient, dans les *Délicieuses*, remonter l'asthénie digestive, en même temps qu'il manifeste son action *sédative* générale. De plus, n'est-il pas, comme on l'a dit, le *passeport du fer* et des autres *sels* capables d'enrayer la débilité générale et de combattre avec succès l'anémie et le lymphatisme ? Combien il est précieux de posséder des eaux qui soient ainsi altérantes sans débilitation ! C'est le fait des *Délicieuses*, qui, à cause de leur graduation, *habilement réalisée par la chimie de la Nature*, ménagent la susceptibilité de l'économie et, insensiblement, modifient tout son mécanisme fonctionnel. C'est ainsi que les *Délicieuses* 6, 8 dégagent le système veineux abdominal obstrué et guérissent les engorgements hémorrhoïdaires causés par la pléthore veineuse hépatique; tout cela, sans que le globule sanguin soit altéré. La preuve, c'est que la même source (j'en puis rapporter plusieurs observations) guérit les engorgements spléno-hépatiques *avec cachexie*, liés à la toxémie palustre, et est également souveraine dans la chloro-anémie rebelle. Est-ce par le fer seulement que cette action est obtenue ? Non ; c'est plutôt par l'ensemble de la composition de ces eaux, dont l'action est essentiellement *une action d'équilibre entre l'assimilation et la désassimilation*. Or, ces deux fonctions ne constituent-elles point ce « tourbillon incés-

©BIU Santé

sant » dont parlait Cuvier, et qui est vraiment la caractéristique de la vie, la source originelle de la santé?...

Il nous reste peu d'espace pour indiquer toutes les applications cliniques des *Délicieuses*. Boissons tempérantes dans les maladies aiguës, excitantes dans l'anorexie, elles ont (on peut le dire) une action élective sur le tube digestif. Amies de l'estomac, elles calment les vomissements gravidiques, le pyrosis, les gastralgies, le vertige stomacal, la dyspepsie des anémiques, des convalescents, des utérines, des arthritiques, des cirrhotiques, des goutteux, etc. Elles luttent contre les troubles fonctionnels de la chylopoïèse dans les dysenteries, la diarrhée de Cochinchine, le diabète lié à l'arthritisme. Elles guérissent la dysurie, la blennorrhagie, la gravelle, la cystite aiguë; elles enrayent les états catarrhaux et améliorent les dermatoses qui (comme l'urticaire, la couperose et certains eczémas) sont intimement liés à des états pathologiques de la fonction digestive. Nous avons, enfin, constaté les bons effets des *Délicieuses* 3 et 6 dans certaines de ces formes d'albuminuries dont Gigot-Suard et Roubaud ont démontré la nature manifestement uricémique.

Dr Pol. Vernon.

VARIÉTÉS

UNE ORDONNANCE CHARLATANESQUE.

Appelé dernièrement, en province, auprès d'un malade atteint d'une tumeur de la vessie, nous avons appris qu'il existait aux environs d'une de nos plus grandes cités industrielles une dame F... qui (peut-être à cause du marasme dans lequel est, dit-on, plongé le commerce des étoffes de luxe et du chômage qui en résulte) occupe ses loisirs à soigner les affections de la vessie. Notre malade avait eu la malencontreuse idée de s'adresser à elle, et nous ne saurions vraiment trop livrer à la publicité l'ordonnance fantastique qu'il en reçut. Il va sans dire qu'elle était accompagnée des médicaments qu'on eut le tort de recevoir et de payer 50 francs!

Voici donc cette ordonnance, que nous reproduisons textuellement en en respectant l'orthographe :

« Pour tisane

« 10 gr. de reine des prés, 10 gr. de racine de fraisier sauvage, 10 gr. de racine de « jonc, 5 gr. de picout de cerise, 5 gr. de fumeterre, 10 gr. de fleur de dondelion « 5 gr. de fleur de genet, 5 gr. de pariatterre, 10 gr. d'orge en paille, 5 gr. de fleur de « racine jaune sauvage, 5 gr. de graine de lin, 10 gr. de racine d'asperge, 5 gr. de « houblon, 10 gr. de racine de chicorée amère, 5 gr. de fleur de mauve, 10 gr. de racine « saponaire, 5 gr. de feuille de frêne, 5 gr. de son, 5 gr. d'écorce de cacao, une cuil- « lerée de riz, 10 gr. d'angelique confitte, 10 gr. de grand consola major, 5 gr. de rose « de provin, 5 gr. d'argertine, 3 gr. de térémentine. — 5 paquet 10 litres 20 jours « cuir card'heur. Adoucir la tisane au sirop Bolsamique au goudron de norvege pur.

« 2 tasse par jour du café cesaire de livermoor

« A la suite de la purgation on prendra un jû de racine jaune tous les matins et on « y ajoutera la cuillerée à café d'un vin pendant les 10 jours et une cuillerée à bouche « de la là liqueur hygiénique de Menphis.

« Bains de siège

« 60 gr. de son, 60 gr. de valerienne, 60 gr. de grand consola major, 40 gr. de feuille « de noyer, 40 gr. de graine de lin, 40 gr. de rose de provin, 40 gr. de pariatterre, « 25 gr. de fleur de sureau, 3 tête de pavot et une forte pogné de feuille de blette, « 40 gr. de racine de jonc. 5 paquet. Chaque paquet fait un bain le même bain servira « 3 fois qui en fait 15 bains et les prendre tous les soirs ence couchant y rester « une heure et tan chau qu'on pourra le suporter dans 10 litres.

« A la suite du centième bains on prendra une tasse de la purgation indiqué, dans « une chopine d'eau y fair cuir un paquet, 5 noix écrasé, 20 noyot de courge, 5 gr. de « fleur de péché, 5 gr. de mente pouillou, 10 gr. de racine de guimauve, 2 fleur

©BIU Santé

« de camomille, 2 grain de ni tille, 3 prunot et une forte pogné de feuille de mauve et « y ajouter une cuillerée à bouche du vin du docteur d'Aromann pendant 6 jours et « une cuillerée à café pendant 10 jours le prendre pendant 6 jours qui fait 2 paquets.

« Monsieur je vous fait une consulte sur la voie de la lettre que vous m'adressez, « suivé bien le traitement et taché moyen de menvoyer votre Urine pour que je puisse « la disposé, un régime très doux, pa de café, pas de vin, pa de liquide le moins pos- « sible, pas de sallé, pas de lait pas d'aille et d'oignon ni choux ni aricot. Je fini mon « ordonnance en vous serent la main ne craignez rien. »

F...

« Pharmacie du Serpent, rue L... n° 32. »

Dire qu'on rencontre à chaque pas des malheureux malades qui se confient à de semblables charlatans et qui payent 50 francs les soi-disant médicaments prescrits dans cette « consulte », c'est ne rien apprendre à personne. Mais ce qui est profondément triste, c'est qu'il puisse exister un pharmacien complice d'une pareille infamie, ainsi qu'en témoignent l'adresse de la pharmacie indiquée par le signataire de l'ordonnance, et les signes cabalistiques qui suivent la tisane et la liqueur hygiénique de memphis, et qui semblent ajoutés par le pharmacien lui-même. Peut-être est-ce sa manière à lui de numéroter les ordonnances qu'il doit transcrire sur ses registres! — Dr E. Deschamps.

FORMULAIRE

Mixture contre la tuberculose. — Potain.

Chlorure de sodium	10 grammes.
Bromure de sodium	5 —
Iodure de potassium	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée à café, tous les matins, dans une tasse de lait.

N. G.

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1887

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

COURRIER

École supérieure de pharmacie de Paris. — M. le professeur Planchon est nommé, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1886, directeur de ladite École.

Muséum. — Sont nommés boursiers près le Muséum, les candidats dont les noms suivent :

Bourses de licence. — Première année : MM. Caustier, Clémençot et Wallet ; deuxième année : M. Censier.

Bourses de doctorat. — Première année : MM. Boule, Douliot, Goguel, Ménégaux, Meunier, Wertheimer et Biétrix ; deuxième année : MM. Abadie, Bernard, Colomb, Danguy, Depousargues et Malard.

©BIU Santé

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bozonet père (de Montrevel), Fontaine (de Paris), Louis (de Livarot), Patureau (de Châteauroux) et Saint (d'Evreux).

Solennités du Cinquantenaire des chemins de fer français en 1887. — La célébration du Cinquantenaire des chemins de fer français, qui aura lieu à Paris en 1887, prend des proportions considérables.

Des communications de la plus haute importance ont été faites à la dernière séance du Comité d'organisation, qui s'est réuni à son siège, 8, rue du Faubourg-Montmartre, sous la présidence de M. Montaut, député de Seine-et-Marne.

Parmi ces communications, il faut signaler surtout : l'adhésion de M. de Freycinet, ministre des affaires étrangères et président du Conseil, comme président d'honneur du Cinquantenaire conjointement avec ses collègues : MM. Baïhaut, Lockroy, Granet, Boulanger, Aube et Develle, membres du Gouvernement, et Ferdinand de Lesseps, membre de l'Institut ; la constitution d'un Comité anglais sous la présidence du lord-maire ; l'établissement de commissariats généraux en Autriche et au Brésil, et enfin le choix du bois de Vincennes comme emplacement de l'Exposition internationale des chemins de fer.

Les commissaires généraux d'Angleterre, des Etats-Unis, d'Italie, d'Espagne, de Belgique et de Hollande donnent les assurances les plus formelles sur une large participation de leurs pays respectifs.

Le Comité du haut patronage comprend plus de 200 membres parmi les notabilités de la science, de l'industrie, de la presse, du monde politique et des Chambres de commerce.

Il résulte, de cet ensemble, que le succès de l'Exposition et du Congrès des chemins de fer en 1887 est désormais assuré et aura un grand retentissement dans le monde entier.

Le programme des fêtes, qui seront données l'année prochaine, de mai à novembre, à l'occasion du Cinquantenaire, n'est pas encore définitivement arrêté ; mais, nous pouvons annoncer cependant, qu'à la suite d'une entente avec le Syndicat des Sociétés musicales de France, un grand concours international de musique, avec section militaire, aura lieu à Paris les 29 et 30 mai prochain, et qu'une cavalcade historique sera organisée pour le mois d'août, date d'inauguration de la ligne de Paris à Saint-Germain.

Ces grandes manifestations, qui viennent très heureusement en aide au commerce et à l'industrie, seront, en outre, la meilleure préparation au tournoi universel de 1889.

Toutes communications, demandes de renseignements ou documents doivent être adressés au siège du *Comité du Cinquantenaire*, 8, rue du Faubourg-Montmartre, Paris, où les rapports, règlements, classifications, etc., sont à la disposition des intéressés.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Daraignez, Bassères, Viéron, Audebert, Kuzmierski.

Internes provisoires. — MM. Saint-Hilaire, Bitot, Faivre, Fages, Mendes et Chabrely.

A CÉDER, par suite de décès du directeur, *Établissement médical* en plein fonctionnement depuis 1875. — S'adresser rue de Châteaudun, 53, à l'Établissement (Paris).

AVIS IMPORTANT. — Nous prions nos collègues de Paris de vouloir bien nous retourner *tout de suite, qu'ils souscrivent ou non*, le bulletin qui leur a été adressé ces jours derniers concernant les rectifications à apporter à leur adresse, etc., etc., dans l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, du docteur F. Roubaud, et l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* de l'*Union médicale* réunis, édition 1887.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. L'Association médicale mutuelle en cas de maladie. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques. — Des septicémies gangréneuses. — III. Revue des Journaux : Sur la glycosurie, statistique, etc. — Du traitement de la pneumonie par les bains chauds. — Une observation d'extirpation de la rate. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

L'Association médicale mutuelle en cas de maladie.

Cette œuvre excellente et désintéressée, à laquelle nous nous sommes associé de grand cœur, a tenu la semaine dernière une importante séance, où elle a discuté quelques articles additionnels à introduire dans ses statuts, et où sa constitution définitive a été votée unanimement. Elle est donc sortie désormais de sa période embryonnaire, et va entrer, grâce au zèle de son dévoué président, dans une phase d'activité féconde; nous l'espérons du moins, et nous invitons tous nos confrères à lui prêter leur concours.

Voici l'exposé, fait par M. le docteur Gallet-Lagoguey, des travaux du comité d'organisation.

Mes chers confrères,

Ce n'est pas sans une émotion justifiée que je prends aujourd'hui la parole. Vous êtes réunis pour prendre une décision d'une importance extrême pour l'avenir. Le comité d'organisation avait donné un corps à mon idée d'Association médicale, vous êtes appelés à lui donner la vie. De votre vote va dépendre la fondation immédiate de cette Association.

Avant de vous exposer les motifs qui nous ont décidé à vous proposer cette résolution et les arguments nouveaux que nous avons réunis, et qui viennent à l'appui des prévisions antérieurement énoncées par nous, je tiens à vous féliciter de votre adhésion et à vous prier d'acquitter avec moi une dette de reconnaissance en remerciant les confrères qui, malgré leur haute situation scientifique et professionnelle, veulent bien nous donner leur concours désintéressé et apporter à notre œuvre l'autorité de leur appui moral.

Nous remercierons aussi d'une façon toute particulière nos confrères de la presse médicale qui nous ont largement ouvert les colonnes de leurs journaux pour y exposer notre projet, et dont le concours non moins désintéressé a été si utile à sa rapide vulgarisation et une des principales causes de l'accueil sympathique qu'il reçoit dans la profession.

Nous associerons également dans cet acte de gratitude la Société médicale du Xe arrondissement, celle du IXe et celle du XVIIe. La première, en faisant les études préliminaires, m'a facilité les premiers pas, les deux autres ont voté des ordres du jour entièrement favorables et de nature à nous encourager à poursuivre nos efforts pour améliorer la situation matérielle de nos confrères.

Je n'oublie pas non plus les membres du comité, mes chers collaborateurs, dont le zèle ne s'est jamais démenti et nous est un sûr garant de leur participation active dans l'avenir.

Je ne mettrai pas votre patience à une trop longue épreuve en vous faisant de nouveau l'historique de notre projet. Vous le connaissez tous, vous l'avez étudié à fond, vous partagerez nos idées et nous espérons que vous aurez, comme nous, la même foi absolue dans le succès de notre œuvre.

Je me bornerai à vous soumettre les documents nouveaux qui nous autorisent à vous proposer la mise en pratique immédiate de nos idées.

Une nouvelle étude faite sur le dernier rapport du ministre de l'intérieur sur les opérations des Sociétés de secours mutuels, pour l'année 1884, nous a permis de constater que la moyenne des journées de maladie, par sociétaire et par an, atteint à peine ou ne dépasse pas 5. Ce chiffre, sensiblement invariable, est celui d'une série de quatorze années consécutives : il est d'un sixième au-dessous de nos prévisions primitives.

©BIU Santé

Cette moyenne est également celle qui a été obtenue par l'Association amicale des médecins anglais.

Le compte rendu de cette Société, qui a été fondée il y a deux ans et demi par le docteur Ernest Hart, et dont j'ai fait une traduction qui a été publiée dans l'*Union médicale* du 14 octobre, nous permet de vous affirmer qu'il ne s'agit plus pour nous d'une épreuve à tenter, mais bien de nous appuyer sur l'autorité d'une expérience faite et qui a été réalisée avec un succès inespéré.

Cette Société amicale des médecins anglais a réuni 676 membres assurés en cas de maladie et réalisé un bénéfice qui dépasse 128,000 francs.

La cotisation, variable avec l'âge et la somme assurée, et payable par trimestre, s'élève en moyenne à 133 francs.

La moyenne de l'indemnité quotidienne atteint 11 fr. 41 et celle des journées de maladie par associé et par an varie de 4.49 à 5.11, maladies aiguës et chroniques comprises, suivant qu'on prend pour base du calcul le nombre des membres au début ou à la fin de l'exercice.

Les recettes de l'année 1885-1886 ont dépassé 90,000 francs. Les dépenses n'ayant pas atteint 36,000, il en résulte pour cette seule année un bénéfice de plus de 54,000 francs.

Voilà donc une Société exclusivement composée de médecins, présentant par conséquent des conditions identiques de morbidité avec celle que nous fondons, et qui en moins de trois ans peut se déclarer en mesure de tenir tous ses engagements dans l'avenir.

Comme nous, ses fondateurs ont éprouvé de grandes difficultés au début, et les prédictions d'insuccès ne leur ont pas été épargnées. Ils n'ont pas perdu courage et ils en sont largement récompensés par les brillants résultats qu'ils ont obtenus. Ils peuvent être fiers de ce succès et citent un de leurs membres qui, entré dans l'Association à 34 ans, a été atteint d'ataxie locomotrice, et a acquis l'assurance d'être, jusqu'à la fin de ses jours, à l'abri de la pauvreté absolue.

Le résultat qu'ils ont atteint ne nous fera pas défaut. Mais, pour l'obtenir, nous devons faire les premiers pas avec prudence.

En vous proposant, malgré le nombre encore restreint des adhérents qui peut faire paraître cette résolution prématurée, la fondation immédiate de l'Association médicale mutuelle, nous nous prions de décider, conformément au paragraphe 2 de l'article 24 des statuts, que, après les six mois de stage, le service de l'indemnité aux malades sera fait au prorata des ressources disponibles, jusqu'à ce que le nombre des adhérents soit suffisant pour assurer le fonctionnement de la loi des moyennes.

Nous pensons que cette résolution facilitera le recrutement des adhérents; le fait accompli et l'exemple triompheront plus aisément des hésitations.

On a objecté à notre projet la difficulté de définir nettement le moment où commence pour les vieillards l'impossibilité absolue de l'exercice professionnel, et nous devons, dit-on, avoir de ce chef des réclamations difficiles à trancher. On a prétendu aussi qu'un certain nombre de confrères arrivés à la vieillesse font des efforts surhumains pour continuer à faire vivre leur famille, et que la perspective du repos avec une rente de 10 francs par jour leur enlèverait le courage de continuer ces efforts. Si ces efforts surhumains sont nécessaires, le bienfait de notre Association sera d'en faire disparaître l'obligation. N'aurons-nous pas pour faire face à cette dépense des ressources que nous pouvons évaluer à 50 p. 100 de nos recettes puisque les malades aigus et chroniques n'absorberont, d'après l'expérience de nos confrères anglais, que les cinq sixièmes de ces recettes.

Nous nous proposons aussi d'inscrire dans les statuts l'obligation pour tous de se soumettre sans appel à la décision d'arbitres choisis en dehors de l'Association et nommés chaque année par l'assemblée générale. Nous éviterons ainsi toute chance de procès onéreux.

Quelques confrères mariés ont rencontré, de la part de leur femme, une opposition vive lorsqu'ils ont manifesté l'intention d'entrer dans notre Association. L'article 27 des statuts répond à l'objection d'oubli de la famille, prétexté pour motiver cette oppo-

sition, mais il le fait sous une forme dubitative, et nous proposons de le préciser en ajoutant à cet article le paragraphe suivant :

Lorsqu'un associé viendra à décéder après avoir fait partie de l'Association pendant cinq années consécutives, sa part du capital réserve, calculée proportionnellement à la durée de son séjour dans l'Association, sera remboursée à sa veuve, à ses enfants, à ses père et mère ou à toute autre personne nominativement désignée par lui.

Le tantième de cette indemnité sera fixé chaque année par l'assemblée générale.

Après le vote sur ces propositions, nous vous prierons d'examiner attentivement la solution à donner à la question des membres honoraires.

Nous avons sollicité et obtenu le concours de quelques confrères universellement estimés et respectés de notre profession. MM. Moutard-Martin, Tillaux, Duguet, Richelot ont bien voulu former le comité de patronage de notre Association.

Pour ne pas nous écarter du principe de mutualité stricte et absolue qui nous permet de substituer le droit à l'indemnité aux secours inégaux et arbitraires qu'allouent les Associations de bienfaisance, le comité a pensé que nous devions demander à ces membres leur seul appui moral et refuser tout concours pécuniaire.

D'un autre côté, vous voyez dans les statuts qui ont reçu votre adhésion que l'Association admet des membres honoraires et pourra recevoir des dons et legs. J'ajouterai que ces dons et legs pourront avoir d'autant plus d'importance que nous aurons choisi pour vivre le régime légal de l'autorisation simple ou celui de l'approbation ministérielle.

La question que nous avons l'honneur de vous soumettre est de la plus haute importance, quel que soit le point de vue auquel nous nous placions pour l'examiner et la résoudre et nous vous confions ce soin en vous l'exposant sous ses deux aspects, le côté moral et le côté matériel.

Nous n'avons pas pensé qu'il nous fût permis de refuser, d'une façon absolue, le concours des membres éminents de notre profession. Sans avoir besoin de faire ressortir l'autorité que leur appui moral nous donne, permettez-nous de vous montrer quelle sécurité résulterait de leur concours pécuniaire.

Le paiement régulier des cotisations est indispensable au fonctionnement de l'Association : la nécessité de cette régularité explique et excuse la rigueur de nos statuts. Le droit à l'indemnité est suspendu pour tout associé en retard pour le versement de ses cotisations et la radiation peut suivre rapidement.

Or la maladie n'est pas le seul malheur qui puisse atteindre le médecin. Il peut être frappé par des revers de fortune immérités et se trouver dans la nécessité de cesser le paiement de sa cotisation.

Faudra-t-il que cette situation nous impose l'obligation douloureuse de l'exclure, alors que peut-être il aura contribué pendant de longues années à la prospérité de l'œuvre commune ?

Nous ne le pensons pas, tout en vous laissant entière liberté pour décider si l'Association pourra accepter de ses membres honoraires une subvention dont l'unique attribution aurait pour but la création d'une caisse destinée à venir en aide aux confrères qui auraient le malheur de ne pouvoir continuer leurs versements.

Ce sera là la seule destination des fonds des membres honoraires, si vous acceptez leur concours pécuniaire.

Il vous faut aussi dès aujourd'hui procéder à l'élection des membres du Conseil et nommer : 1° le président, 2° deux vice-présidents, 3° un secrétaire général, 4° un trésorier, 5° deux secrétaires-adjoints.

Conformément aux statuts, les autres administrateurs seront pris par ordre d'inscription sur le contrôle de l'Association.

Vous entendrez ensuite la lecture du rapport sur les dépenses de première organisation et vous apprécierez, nous l'espérons, l'économie qui a présidé à ces dépenses, économie que nous imposaient nos modestes ressources. Une grande part de cette économie est due à l'obligeance du docteur Laborde, qui, en publiant tous nos travaux dans la *Tribune médicale*, nous a permis d'en obtenir l'impression à si peu de frais.

©BIU Santé

Il me reste à faire un pressant appel à votre concours et à vous prier de devenir les agents d'une active propagande. Il faut des efforts incessants pour vaincre les hésitations et faire prendre part à une œuvre dont l'inertie et l'imprévoyance du plus grand nombre ne leur permettent pas d'entrevoir les avantages sérieux.

Rappelez-vous, mes chers confrères, que c'est par le nombre seulement que l'Association acquiert une grande puissance et, comme nous, vous ne négligerez aucune occasion de faire appel au concours de tous vos amis. Les membres du comité peuvent vous rendre témoignage des efforts qui sont nécessaires pour faire des adeptes convaincus. Nous espérons qu'aucun de vous ne négligera et que vous saurez tous remplir l'obligation que vous contractez en ce jour envers l'Association médicale mutuelle.

Grâce à vos efforts sans cesse répétés, nous la verrons bientôt nombreuse et prospère.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

RAPPORTS DU TRAUMATISME AVEC LES AFFECTIONS CARDIAQUES, par Charles NÉLATON.

Dans la première partie de son travail, l'auteur examine comment le cœur supporte les traumatismes et dans quelle mesure, à leur tour, les lésions du myocarde ou des orifices peuvent apporter une entrave à la réparation régulière d'une plaie.

Les effets du trauma snr le cœur varient suivant l'époque de la maladie. Tandis qu'aux phases physique et chimique des affections cardiaques la lésion chirurgicale n'accuse ordinairement son influence sur l'organe central de la circulation par aucun symptôme sensible, à la phase organique, au contraire, le traumatisme a un retentissement qui est constant, mais dont la gravité varie. L'intervention opératoire s'impose parfois chez les asystoliques, lors de hernie étranglée, par exemple; dans un cas de ce genre, où il fut forcé de d'opérer, M. Nélaton vit une grande amélioration se produire dans la suite, probablement à cause de la disparition de l'ascite; ces faits favorables et rares mis à part, des accidents s'observent dans l'immense majorité des cas et dépendent de troubles nerveux, d'hémorrhagies, d'intoxications chirurgicales, ou enfin du traumatisme lui-même.

Il nous paraît opportun, dit l'auteur, d'admettre quatre séries de complications d'origine nerveuse :

a) La série pulmonaire, où les accidents succédant à un traumatisme de la région abdominale sont produits par le resserrement réflexe des vaisseaux contractiles du poumon;

b) La série cardiaque d'emblée, dans laquelle nous pouvons établir deux subdivisions, suivant que les lésions occupent l'orifice mitral ou l'orifice aortique; dans le premier cas, il y a soit affaiblissement du myocarde, soit ralentissement ou arrêt du cœur, dans le deuxième, on peut invoquer, outre les mécanismes précédents, l'excès de résistance apportée à l'évacuation du ventricule gauche;

c) La série cardio-pulmonaire où les deux précédents s'associent;

d) Une dernière série où l'inhibition est la cause des accidents.

Une forte hémorrhagie peut troubler le rythme cardiaque d'une façon notable et par suite de l'anémie qui en résulte il peut survenir tardivement des altérations dans la structure du myocarde.

Les intoxications chirurgicales peuvent retentir sur le cœur de manières très diverses; tantôt il y a transformation d'une endocardite simple ou endocardite infectieuse, tantôt, et se sont là surtout les faits sur lesquels l'auteur insiste, il y a aggravation de la lésion cardiaque. Cette aggravation a été des plus remarquables dans plusieurs cas d'érysipèle et peut être due soit aux altérations du myocarde, soit à celles de l'endocarde; une endocardite ulcéreuse a souvent pour cause le microbe de l'infection purulente, elle peut donc s'observer dans tous les cas où l'on rencontre cette complication.

De nombreuses expériences pratiquées en collaboration avec Fr. Franck enrichissent la première partie de la thèse d'observations nouvelles et intéressantes.

Dans son second chapitre, M. Nélaton étudie l'influence des affections cardiaques sur les traumatismes. L'état des tissus sur lesquels porte la blessure joue le plus grand rôle dans la genèse des complications qui peuvent survenir, ces dernières étant d'autant plus à craindre que l'œdème ou l'hypérémie passive seront plus anciens ; la gangrène, les ulcérations, la lenteur de la cicatrisation se produisent fréquemment dans les régions infiltrées qui sont le siège d'un traumatisme, mais ces accidents ne sont pas fatals et on a pu employer l'ignipuncture sur des tissus œdémateux sans entraîner leur mortification.

Les hémorrhagies à la suite du traumatisme ne sont pas très fréquentes ; elles peuvent tenir à différentes causes parmi lesquelles on peut citer les oscillations brusques de la pression artérielle dans l'insuffisance aortique et l'absence de contractilité des parois vasculaires chez les athéromateux ; de petites hémorrhagies par les bourgeons charnus survenant avant toute gêne respiratoire peuvent encore être le fait de la lésion cardiaque dont dépend encore l'œdème inflammatoire énorme observé dans deux cas par M. Verneuil.

Les contre-indications opératoires chez les cardiaques relèvent de trois ordres de considérations : 1° dangers de l'anesthésie ; 2° Crainte des complications locales ; 3° craintes des complications cardiaques.

Dans les deux premières phases d'une affection cardiaque, l'anesthésie peut et doit être pratiquée ; lorsque la phase organique est survenue, on peut encore y recourir en se tenant prêt à parer aux accidents, enfin c'est seulement à la période cachectique qu'on doit la refuser absolument.

Les complications locales à redouter chez les cardiaques ne doivent pas faire renoncer à une opération nécessaire ; dans l'asystolie chronique, la gangrène est naturellement fort à craindre, mais c'est alors l'état général bien plus que l'état local, qui, à moins d'indications urgentes, contre-indique toute opération.

D'une façon générale, dit l'auteur, la contre-indication opératoire fournie par les dangers du traumatisme n'existe pas, parce que, dans les premières périodes, les complications dépendant de l'affection du cœur sont rares et peu graves; parce que, plus tard, ce n'est pas la crainte des dangers de l'opération, mais la conscience de faire une opération inutile qui désarme le chirurgien.

La thèse se termine par une étude très complète des traumatismes agissant directement ou indirectement sur un cœur sain, et produisant une affection cardiaque secondaire.

Les plaies du cœur, dont les plus graves sont celles qui atteignent les valvules, entraînent souvent à leur suite, quand elles guérissent, des affections susceptibles plus tard de causer la mort.

Des ruptures valvulaires peuvent succéder à des chocs sur la région thoracique, et l'état sain ou altéré du muscle cardiaque a la plus grande influence sur les accidents qui peuvent suivre les lésions.

Il existe des cardiopathies réflexes qui succèdent à des traumatismes du membre supérieur gauche. M. Potain les a décrites pour la première fois en 1881, et elles sont caractérisées par l'hypertrophie du cœur et par des douleurs de la région précordiale. Enfin, on observe parfois des troubles cardiaques consécutifs à des lésions bulbo-médullaires traumatiques; ils ont été étudiés par M. Charcot et se manifestent par un ralentissement considérable du pouls et une tendance marquée à la syncope avec dyspnée, dilatation pupillaire et abaissement de la température.

Des septicémies gangréneuses, par le docteur E. Forgue.

Après avoir établi les limites de son sujet et montré que les gangrènes septiques, ainsi que les variétés expérimentales des gangrènes infectieuses ne doivent être étudiées par lui que comme formes voisines de la gangrène foudroyante qui constitue le type clinique fondamental des septicémies gangréneuses, l'auteur consacre un court chapitre à l'historique et établit l'importance des travaux français écrits sur la question.

L'étude des symptômes constitue le troisième chapitre. Le plus généralement, si, à la suite d'une blessure, on n'observe pas de signes préliminaires caractéristiques, on est

©BIU Santé

cependant averti par des symptômes précurseurs inquiétants. Les principaux de ces symptômes sont : la stupeur prolongée, la dyspnée prémonitoire, l'arythmie cardiaque, les troubles psychiques.

Du reste, l'affection peut éclater brusquement et s'accuser rapidement par les symptômes locaux les plus nets. Au début des accidents, la plaie devient douloureuse, puis cette sensibilité disparaît à mesure que s'étend la gangrène; le foyer traumatique laisse écouler une sanie ichoreuse et fétide, et l'œdème envahit les tissus avec une grande rapidité. La teinte des téguments est le plus fréquemment bronzée; d'autres fois, il y a des plaques livides ou violettes, des stries veineuses brunâtres. Bientôt, des taches bleu noirâtre apparaissent et se sphacèlent en présentant parfois des phlyctènes; en même temps, une production abondante de gaz distend les tissus d'une manière excessive et la crépitation emphysémateuse devient des plus nettes. Il faut noter que, dans certains cas curables, la production gazeuse se limite à la formation de quelques plaques boursouflées par l'emphysème. L'extension de la gangrène est rapide et les symptômes généraux marchent parallèlement. Il n'y a point de cycle fébrile caractéristique et, parfois, la chaleur est intense; quoi qu'il en soit, l'hypothermie tend toujours à se produire et l'adynamie domine; la respiration est haletante et inquiète; le pouls misérable et filiforme, de plus en plus rapide; l'intelligence paraît rester intacte, mais le malade est plongé dans une stupeur tranquille, une indifférence résignée, et supporte sans se plaindre des opérations très douloureuses.

La septicémie gangréneuse est une complication des foyers traumatiques récents non encore protégés par une membrane granuleuse, et sa marche est continue et rapide. Dans les formes ordinaires, la mort survient en vingt-cinq ou trente heures, tandis que, dans certains cas, la durée totale peut atteindre huit jours. En fait, comme le dit M. Forgue, il faut distinguer deux types cliniques : dans l'un, les symptômes locaux apparaissent avant les généraux, et l'empoisonnement semble d'abord local; dans l'autre, l'intoxication est d'emblée générale, l'apyrexie est la règle et la marche foudroyante.

Les cadavres des blessés morts de septicémie gangréneuse se putréfient avec une grande rapidité; incisés, la peau et le tissu cellulaire laissent écouler une grande quantité de liquide roussâtre et spumeux; le tissu musculaire est pâle et décoloré; les veines remplies de bulles gazeuses; enfin, les altérations que l'on rencontre dans les différents viscères rappellent celles que l'on y trouve lors des grandes infections médicales.

Les recherches de Chauveau et Arloing ont fixé la formule définitive de la septicémie gangréneuse; ces expérimentateurs ont montré la transmissibilité de la maladie par l'inoculation, et déterminé l'agent infectieux spécifique qui est identique au vibrion septique de Pasteur, long vibrion filiforme, segmenté en articles, mais jamais sporulé. Des bacilles en filaments courts et sporulés semblent représenter l'activité virulente à son maximum.

Après avoir rapporté les expériences d'inoculation de Chauveau et Arloing et les siennes propres, et rappelé l'immunité que confèrent les injections virulentes intraveineuses, l'auteur étudie la résistance du microbe pathogène aux antiseptiques. Courbelès a fait sur ce point les recherches les plus consciencieuses; pour lui, et pour M. Forgue, les substances qui semblent utiles sont : l'acide sulfhydrique naissant, le permanganate de potasse à 1/50, l'eucalyptus, les vapeurs bromiques, le nitrate d'argent et l'iodoforme; la température de 100 degrés neutralise aussi le virus.

Un exposé des gangrènes septiques, charbon symptomatique, gangrènes infectieuses expérimentales, conduit l'auteur à l'étude du procédé pathogénique de la septicémie gangréneuse; le plus généralement, il y a inoculation virulente d'une plaie, extension du travail infectieux et empoisonnement consécutif; mais, dans d'autres cas (gangrène foudroyante, gangrène sans plaie), il y a intoxication probable par l'atmosphère ou les voies digestives et déterminations infectieuses secondaires.

La maladie apparaît surtout dans les hôpitaux encombrés et infectés et dans les temps chauds et humides; la débilité des blessés, l'alcoolisme, la glycosurie, les broiements, contusions intenses et violences traumatiques excessives favorisent son développement.

Nous ne pouvons suivre M. Forgue dans l'étude détaillée qu'il consacre au diagnostic et au pronostic de la septicémie gangréneuse qui, le fait est bien démontré, peut guérir quelquefois, et nous terminerons en disant quelques mots du traitement.

Les incisions débridantes profondes et étendues, faites au delà des limites du sphacèle et suivies d'irrigations antiseptiques larges, ont donné de bons résultats; on pourra aussi extirper les lambeaux de tissu cellulaire mortifiés et les débris sphacélés. L'instrument opératoire de choix est le thermocautère, et des gros cautères cultellaires seront éteints à plusieurs reprises dans les clapiers gangréneux.

L'amputation « vite et loin » pourra être pratiquée quand le malade sera jeune, sans tare diathésique ni altération dyscrasique du sang, et que la marche, relativement lente, indiquera que l'organisme entier n'est pas encore infecté.

Le traitement prophylactique se résume naturellement dans l'emploi rigoureux des méthodes antiseptiques à la suite des traumatismes. — Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la glycosurie, statistique, etc., par E.-W. Pavy. — Sur 1,360 diabétiques de sa pratique privée, le plus grand nombre, 30,8 p. 100, a de 50 à 60 ans; 24,9 p. 100, de 40 à 50 ans. La statistique hospitalière du même auteur ne donne pas les mêmes résultats; la majorité des malades a de 15 ou 18 ans à 35 ou 40 ans. L'hérédité se manifeste dans un grand nombre de cas; il est fréquent de voir des frères et sœurs simultanément atteints.

Le début est tantôt insidieux, languissant, tantôt rapide et foudroyant; il n'est pas possible d'assigner une date au commencement des accidents, ou, dans d'autres circonstances, le malade pourra dire à quel jour exact la polydipsie a débuté. La durée est très inégale; des diabétiques se maintiennent pendant de longues années dans un état de santé des plus satisfaisants; d'autres sont rapidement enlevés; Pavy a vu la mort survenir deux jours après l'apparition des premiers sympômes; une autre fois, quatre semaines après le début. Ce sont plus particulièrement les diabétiques d'un certain âge chez lesquels la tolérance est le mieux assurée.

On constate des guérisons complètes et définitives, tandis qu'il s'agit ailleurs de périodes d'accalmie entre lesquelles le sucre fait de temps à autre sa réapparition dans l'urine. Le diabète sucré et le diabète insipide peuvent exister simultanément; grâce au régime approprié, on voit, par exemple, le sucre disparaître, la masse des urines restant la même. Mais, dans le diabète le plus fréquemment observé, il existe une relation constante entre la quantité de sucre éliminée et la quantité d'urine émise.

Pavy a noté expressément, dans un certain nombre de cas, l'hypertrophie du foie; il signale également une vive coloration rouge de la bouche et de la gorge qu'il aurait rencontrée notamment dans les cas graves.

Le diabète s'accompagne souvent de troubles nerveux graves, indiquant une perversion de l'activité spinale; l'ataxie peut accompagner le diabète, soit que son évolution soit simultanée, soit qu'elle le précède ou le suive; les désordres de la sensibilité ne sont pas moins fréquents. Dans quelques cas, Pavy a observé l'exophtalmos.

Le coma diabétique est le résultat de l'épuisement des centres nerveux spécialisés; l'auteur l'a souvent observé chez des malades qui avaient affronté les fatigues d'un long voyage pour venir le consulter. Il l'a vu encore dans des cas où des vomissements, persistant un ou deux jours, avaient empêché toute alimentation. Il s'annonce par l'accélération du pouls et la gêne respiratoire. L'acétonémie n'existe pas. L'auteur ne croit pas davantage à l'embolie graisseuse comme cause première du coma diabétique. Le sang est bien chargé de graisse, mais c'est là un état physiologique dû à l'alimentation particulière du diabétique.

L'albuminurie s'associe souvent à la glycosurie; elle peut persister de longues années sans conséquence, mais l'apparition d'une maladie de Bright véritable semble comporter un pronostic favorable pour la maladie primitive. (*Deut. Med. Woch*, 1886, 28.)

R. L.

©BIU Santé

Du traitement de la pneumonie par les bains chauds, par Benewolsky. — Cette pratique consiste à immerger la partie inférieure du corps jusqu'à l'ombilic pendant une demi-heure, dans un bain de 41 à 43 degrés centigrades.

Ces bains ont pour effet d'abaisser la température, de diminuer l'adynamie et, paraît-il, d'atténuer les lésions pulmonaires. C'est donc aux titres d'antithermiques, de toniques et de révulsifs que cet observateur les recommande et en aurait obtenu de bons résultats. (*Gegenedelnaia klinist. Gazeta*, 1886, n° 100.) — C. L. D.

Une observation d'extirpation de la rate, par Biziel. — La malade était atteinte depuis deux années d'une tumeur dans l'hypochondre gauche, de diarrhée et de leucémie. Malgré la gravité de ces derniers phénomènes morbides, on résolut d'extirper la rate.

L'opération fut pratiquée au moyen d'une incision étendue de l'appendice xyphoïde jusqu'à un travers de main au-dessus de la symphise pubienne. Malgré la ligature élastique du pédicule, une hémorrhagie survint et motiva l'application de plusieurs fils de soie. La malade succomba. Cet insuccès est le dix-huitième que l'on observe dans l'extirpation de la rate chez les leucémiques. (*Deut. Zeitschr. f. chir.* 1886, p. 578.)

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Suture de l'urèthre. — Rapport sur une observation de morsures de la vipère heurtante suivies de phénomènes graves et de guérison. — Rapport sur une observation de névralgie rebelle du nerf dentaire, résection de l'extrémité terminale du nerf par le procédé de M. Monod. — Cure radicale d'épiplocèle paraombilicale irréductible. Commission des prix Duval et Laborie.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur la suture de l'urèthre soulevée par la communication de M. Terrier, M. le docteur Le Dentu donne quelques détails sur une opération de suture de l'urèthre qu'il a pratiquée sur un individu auquel il venait de faire l'uréthrotomie externe pour un rétrécissement de la portion bulbeuse de l'urèthre. La suture portait sur la portion bulbeuse de l'urèthre et sur la partie antérieure du périnée. M. Le Dentu plaça une sonde à demeure. Les suites de l'opération furent heureuses et la réunion se fit complètement sauf sur un point très limité où se produisit une petite fistule qui persista pendant quelques jours et guérit spontanément dès que le canal eut repris ses fonctions régulières. M. Le Dentu pense que la suture est contre-indiquée dans les cas de solutions de continuité traumatiques, à moins qu'il ne s'agisse d'une plaie par instrument tranchant.

Si les solutions de continuité de l'urèthre sont d'origine opératoire, faites, par exemple, pour l'extraction d'un corps étranger ou d'un calcul, la suture est indiquée parce qu'elle facilite la réunion immédiate que l'on doit toujours rechercher en pareil cas.

Mais la suture de l'urèthre ne doit pas être considérée comme une opération banale. A ceux qui ne disposeraient pas d'un outillage convenable en aiguilles et en fils aseptiques, M. Le Dentu conseille l'abstention, puisqu'il est démontré que de longues plaies de l'urèthre peuvent se réunir en entier après suppuration.

Dans les cas où l'on croit devoir faire la suture, il convient de choisir de préférence la suture à deux plans applicable surtout aux plaies opératoires de la portion spongieuse, qui est la plus facilement accessible. On devra être très réservé pour les plaies de la portion bulbeuse et du périnée, parce que, entre autres raisons, les plaies opératoires résultant de l'uréthrotomie externe sont souvent irrégulières, et aussi parce que les tissus divisés ont une grande tendance à se mettre en contact et à se réunir rapidement.

Néanmoins cette réunion ne se fait pas ordinairement en moins de trois semaines. Les réunions plus rapides doivent être considérées comme tout à fait exceptionnelles.

M. Le Dentu conclut en disant : 1° que dans les ruptures traumatiques, il ne faut pas suturer ; 2° que la suture est permise dans certaines plaies opératoires, ou non opératoires, à condition que ces dernières soient très simples et que le chirurgien soit sûr de sa main et de son outillage.

M. Terrier ne pense pas qu'il y ait en chirurgie d'opération plus banale que la suture de l'urèthre, ni plus accessible à la main des chirurgiens, à la condition de prendre les précautions antiseptiques indispensables. Contrairement encore à l'opinion de M. Le Dentu, il considère la suture comme parfaitement indiquée dans les ruptures traumatiques. Enfin il ne comprend pas pourquoi on la pratiquerait dans l'uréthrotomie externe, opération que l'on fait dans les cas où le canal est rétréci et où il convient, par conséquent, de laisser le canal bien ouvert jusqu'à la cicatrisation naturelle de la plaie opératoire.

M. Théophile Anger met sous les yeux de ses collègues les deux calculs dont il a parlé dans la dernière séance et dont l'un occupait la région bulbo-pénienne et l'autre la région prostatique. Le malade uréthrotomisé, était guéri, sans suture, au bout de six semaines.

M. Le Dentu ne peut considérer comme banale une opération qui demande à être faite avec le plus grand soin. Il maintient, d'ailleurs, la règle qu'il a posée de ne pas suturer l'urèthre dans les cas de plaies traumatiques, à moins de conditions exceptionnelles. Enfin il partage la manière de voir de M. Terrier en ce qui concerne la suture après l'uréthrotomie externe ; la suture, dans ces cas, n'a pas de raison d'être, excepté lorsque la plaie opératoire, comme dans le fait rapporté par M. Le Dentu en commençant, n'est qu'une simple boutonnière dont l'occlusion par la suture ne peut empêcher l'introduction des sondes ou des bougies destinées à entretenir la liberté du canal.

M. Championnière fait remarquer que, dans les plaies contuses, le fait de la contusion ne doit jamais empêcher la réunion immédiate, à la condition que la plaie soit bien nettoyée et rendue aseptique.

M. Le Dentu a pratiqué bien des fois avec succès la réunion de plaies contuses, mais il lui semble que, dans les plaies contuses de l'urèthre, il existe des conditions particulières de nature à rendre la réunion immédiate plus difficile et plus précaire.

— M. Terrier fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Pluyette, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille, et relative à des morsures de vipère heurtante suivies de phénomènes graves terminés néanmoins par la guérison. Les morsures intéressaient la main droite. Aussitôt un lien constricteur fut appliqué autour du poignet, du sel marin fut placé sur les plaies, et, peu après, de l'ammoniaque liquide. M. Pluyette vit le blessé dix minutes à peine après la morsure ; la main était très tuméfiée et, sur sa face dorsale, on constatait l'existence de deux points noirs, l'un sur la première phalange de l'index, l'autre à la partie inférieure de l'espace interosseux qui sépare les deuxième et troisième métacarpiens. Les points noirs étaient les seules traces de l'introduction des dents de l'animal dans la main.

M. Pluyette enfonça profondément, au niveau de ces deux plaies punctiformes, la pointe du thermo-cautère et appliqua de nombreuses pointes de feu sur tout le dos de la main tuméfiée. Il enleva le lien constricteur, prescrivit des fomentations de quinquina et une potion avec 12 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Revenant deux heures après avec le docteur Villeneuve (de Marseille), M. Pluyette constate que son blessé allait un peu mieux ; pas d'accidents généraux, mais aggravation des phénomènes locaux : œdème de l'avant-bras et ganglion épitrochléen douloureux. On fit des cautérisations sur l'avant-bras ; autour des morsures de la vipère, on pratiqua cinq injections sous-cutanées de teinture d'iode (une seringue de Pravaz pleine pour ces cinq injections) ; on continua les fomentations de quinquina ; grog, acétate d'ammoniaque, liqueur d'Hoffmann (1 gramme).

Douze heures après l'accident, l'œdème avait encore progressé, mais moins rapide-

©BIU Santé

ment; insomnie, quelques nausées. Potion d'acétate d'ammoniaque et d'éther phosphoré alternant avec une potion de teinture d'iode (5 grammes pour 200 grammes d'eau).

Vers la dix-huitième heure, l'œdème avait envahi tout le bras, il était dur et rénitent; plaques rouges sur l'avant-bras, menaces de phlegmon diffus; fièvre légère; un vomissement; on prescrit un éméto-cathartique (1 gramme d'ipéca et 10 centigrammes de tartre stibié).

Vingt-quatre heures après l'accident, l'état général était meilleur, mais localement l'œdème était énorme, le membre avait presque doublé de volume. Bains antiseptiques prolongés de sublimé au 1/5000e. Les menaces de phlegmon et de gangrène continuant, le 2 octobre on appliqua de l'huile camphrée chaude, des cataplasmes; on donna du sirop de quinquina, etc.

Les 3, 4, 5 octobre, les accidents locaux s'améliorent, l'œdème diminue peu à peu et les taches noirâtres qui faisaient craindre la gangrène deviennent jaunes.

Le 12, treize jours après l'accident, le malade peut être considéré comme guéri, bien qu'il reste un peu d'œdème du bras.

M. le rapporteur n'approuve qu'à moitié la médication complexe employée dans ce cas : cautérisation au fer rouge, excitants diffusibles et toniques, teinture d'iode en potion et en injections sous-cutanées, éméto-cathartique, bains antiseptiques, etc.

A la classique cautérisation au fer rouge, il préfère l'emploi des caustiques énergiques, au moins dans les plaies, laissant la cautérisation au fer rouge pour le traitement de l'œdème.

Comme excitant diffusible, l'éther phosphoré ne lui semble pas très bon, l'action du phosphore sur les tissus paraissant plutôt nuisible qu'utile.

Relativement à l'emploi de la teinture d'iode *intus et extra*, M. Terrier déclare qu'il n'éprouve pas d'enthousiasme pour les injections de teinture d'iode dans le tissu cellulaire sous-cutané; encore moins accepte-t-il l'usage de ce médicament à l'intérieur.

Quant aux bains antiseptiques, difficilement supportés, il leur préfère un large pansement antiseptique humide avec le sublimé, l'iodoforme ou l'acide phénique.

M. le rapporteur propose, en terminant, de déposer aux archives l'observation de M. le docteur Pluyette qui est, dit-il, des plus rares et des plus intéressantes. (Adopté.)

— M. Charles Monod fait un rapport sur deux observations de M. le docteur Jeannel intitulées : *Névralgie rebelle du nerf dentaire; résection de l'extrémité terminale du nerf par le procédé de M. Ch. Monod.*

Ce procédé, que M. Monod a fait connaître en 1884, consiste dans la résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire par trépanation de la branche horizontale du maxillaire inférieur, section du nerf dans son canal et traction sur le nerf mentonnier.

Dans les deux cas de M. Jeannel, semblables en apparence, l'intervention a donné lieu à des résultats bien différents; dans l'un, la guérison, constatée à un an de distance, se maintient satisfaisante; dans l'autre, le retour des douleurs se produisit presque immédiatement.

Après avoir relaté ces deux observations, M. Monod termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic de l'origine centrale ou périphérique de la névralgie faciale est entouré jusqu'ici de difficulté parfois insurmontables.

2° Dans le doute, toutes les fois que, dans une névralgie rebelle du nerf dentaire inférieur, le point de départ de la douleur siège manifestement dans la région du nerf mentonnier, on sera autorisé à tenter tout d'abord la destruction de l'extrémité terminale du nerf.

3° Le procédé que j'ai conseillé d'employer pour y parvenir donne un résultat opératoire complet; il est simple, à la portée de tous, sans danger pour le malade; la plaie qu'il nécessite et la cicatrice qu'il laisse sont sans importance. Je persiste à croire qu'il peut être recommandé.

4° Il laisse la porte ouverte à toute intervention ultérieure plus radicale, ou s'adressant à des portions plus élevées de nerf et même à des nerfs voisins (polynévrotomie de

Létiévant). Si la névralgie récidivait, on se déciderait à la poursuivre dans ses diverses manifestations locales.

5° Je ne veux pas reproduire ici les considérations que je vous ai déjà présentées sur la valeur relative de ce mode opératoire. Je me borne à rappeler que je vous ai montré que, soit par le procédé que je préconise, soit par d'autres différant par les détails, mais tendant au même but, à savoir la suppression de l'extrémité terminale du nerf dentaire un certain nombre d'heureux résultats ont été obtenus. L'une des observations de M. Jeannel vient s'ajouter à cette série.

Je propose de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

— M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, lit une observation intitulée : *Cure radicale d'une épiplocèle para-ombilicale irréductible.* (Comm. M. Terrier.)

— Deux scrutins ont eu lieu pour l'élection de deux commissions de prix ; ont été élus :

Prix Duval : MM. Marjolin, Th. Anger, Monod, Humbert, Peyrot.

Prix Laborie : MM. Guéniot, Championnière, Nepveu, Richelot, Kirmisson. — A. T.

FORMULAIRE

Remèdes contre la tænia. — Thomson.

Chloroforme	4 grammes.
Sirop de sucre	35 —

Mêlez, à prendre en 3 doses égales : la première à 7 heures du matin, la seconde à 9 heures et la troisième à 11 heures. — A midi, le malade avale 35 grammes d'huile de ricin. L'expulsion du tænia a lieu une heure et demie à deux heures après l'absorption du purgatif.

Enders administre, le matin à jeun, 4 grammes de chloroforme, et 4 grammes d'extrait de fougère mâle, dans une émulsion d'huile de ricin.

Enfin Persh fait prendre, le matin à jeun, une goutte d'huile de croton, et 4 grammes de chloroforme diluée dans 30 grammes de glycérine. La veille au soir, il administre un laxatif léger.

COURRIER

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec un vif plaisir que notre ami, le professeur Jacques Reverdin (de Genève), ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. M. Reverdin, qui compte de très nombreux amis dans le corps médical français, a pris une part très active aux travaux des deux premières sessions du Congrès français de chirurgie.

— Par arrêté préfectoral, en date du 26 octobre 1886, M. Debrie (Gustave) est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole d'application des beaux-arts à l'industrie, sise rue des Petits-Hôtels.

Mlle Benoit (Victorine), docteur en médecine, est chargée du cours d'hygiène et de sciences naturelles organisé à l'Ecole professionnelle et ménagère de la rue Ganneron.

Muséum. — M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 9 novembre 1886, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Le mardi et le jeudi, le professeur exposera l'anatomie des protozoaires, des cœlentérés, des échinodermes, des vers et des mollusques. — Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

©BIU Santé

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 13 novembre 1886, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera *l'Histoire des anatomistes anciens* et de la *Renaissance anatomique au XVIe siècle.*

— M. le docteur Depierris met à la disposition de la *Société française contre l'abus du tabac* : 1° pour le concours de 1886, un prix de 600 francs, dont une médaille d'or de 100 francs à décerner à l'élève en médecine qui fera la meilleure thèse sur cette question : « La cachexie nicotique »;

2° Pour le concours de 1888, un prix de 1,000 francs dont une médaille d'or de 100 francs, à l'auteur du meilleur travail sur cette question : « Effet du tabac sur la santé des gens de lettres; son influence sur l'avenir de la littérature française ».

Le programme détaillé du concours est envoyé gratuitement aux personnes qui en font la demande au président, rue Jacob, 38, Paris.

— Nous lisons dans la *Gazette médicale :*

« On nous signale, et nous nous empressons d'en informer nos lecteurs, les hauts faits d'un chevalier d'industrie qui exploite les salons on salles d'attente des docteurs. Cet individu, âgé d'une cinquante d'années, se présente muni de cartes de recommandation et fait main basse sur les objets qu'il trouve dans la pièce où il est introduit. Tout récemment il a pris des livres et probablement d'autres objets dans le salon d'un de nos confrères. Que nos lecteurs se tiennent pour avertis. »

Faculté des sciences de Lyon. — M. Danis est nommé préparateur-adjoint de chimie générale.

Hôpitaux de Lyon. — A la suite du concours, ont été nommés :

1° *Pharmaciens-adjoints.* — MM. Charbonnel, Soyet, Mondet, Mayret, Jacquet et Chevrier.

2° *Suppléants.* — MM. Mannin, Dequillon, Laurent, Roussel, Jeannin et Allemand.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Péchoutre est nommé chef des travaux pratiques de botanique.

M. Landes est nommé préparateur de botanique.

M. Thomas est nommé préparateur de chimie.

École de médecine de Poitiers. — M. Lachaise, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

Asile Sainte-Anne. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales.* — Le docteur Magnan reprendra ses leçons cliniques le dimanche 14 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Après des considérations générales sur les diverses formes de la *folie*, les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur la *manie* et la *mélancolie.*

Société de médecine de Paris. — Nous rappelons à nos lecteurs que la Société de médecine de Paris décernera le *prix Duparcque* pour 1887 (600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs) au meilleur travail *inédit* sur un sujet de pathologie interne.

Les mémoires devront être envoyés au secrétariat général, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1887, terme de rigueur.

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 Chaubat.

Sommaire

I. J. Luys : Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Bibliothèque : Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire. — IV. Revue des Journaux : De quelques inconvénients de la cocaïne. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société française d'otologie et de laryngologie. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques (1)

Par le docteur J. Luys.

Les constructions graphiques que je viens d'indiquer, et qui, dans une certaine mesure, peuvent être considérées comme des constructions en projection, prennent un grand élément de certitude, si on les compare comme procédé de vérification avec des lignes réelles et similaires prises directement sur le crâne sec.

Si, en effet, on prend un crâne, et si, à l'aide de deux incisions, l'une verticale et l'autre horizontale, on enlève une portion de la voûte crânienne, on peut obtenir la représentation directe des lignes précédemment indiquées sur le graphique. En effet, si on perce un trou au niveau de la glabelle et un autre au niveau de la protubérance occipitale postérieure, et que par ces trous on fasse passer une tige de fer, on obtient directement la représentation réelle du diamètre antéro-postérieur du graphique, laquelle donne la mesure antéro-postérieure du cerveau. De plus, si on perce un trou au niveau de la région sincipitale, au milieu de la couche céphalique, et que par ce trou on fasse passer une autre tige métallique, celle-ci tombe à angle droit sur la précédente et représente ainsi exactement en réalité, le tracé de la même ligne verticale du graphique.

Enfin on peut, à l'aide d'autres tiges dirigées soit en avant, soit en arrière de la tige verticale, vérifier par la mensuration directe les résultats préalables indiqués, et reconnaître, comme fait général, la prédominance des rayons postérieurs sur les rayons antérieurs.

L'étude des éléments fournis par la mensuration fronto-occipitale, présente encore un fait nouveau qui ressort nettement de l'examen graphique.

C'est l'existence d'un triangle variable qui existe à la base de la construction, et qui permet de juger les variations non apparentes à l'extérieur de la masse cérébrale située dans ses régions. C'est la détermination du point auditif qui m'a permis de signaler cette particularité nouvelle.

Si, en effet, à partir du trou auditif inscrit en projection sur le papier, on mène une droite allant à la glabelle, on décrit ainsi un triangle rectangle dont le sommet est à la glabelle, dont l'hypothénuse est représentée par cette droite, le côté opposé par une portion du diamètre fronto-occipital. Le troisième côté du triangle est représenté par la ligne menée du conduit auditif sur le diamètre fronto-occipital.

L'examen comparatif des figures ci-jointes permet de constater les variations en surface de ce triangle basique, et d'autre part, le balancement qui existe entre son développement et celui des bosses frontales du même sujet qui sont en rapport inverse ; — quand celles-ci s'atténuent, la surface du triangle basique augmente, et réciproquement.

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 novembre 1886.

©BIU Santé

Quand les dimensions en surface de ce triangle diminuent, le volume des bosses frontales s'élève proportionnellement. C'est là un fait nouveau qui n'est pas destiné à simplifier le problème de l'os mastoïdien du cerveau sur le vivant, puisqu'il résulte de cet aperçu, qu'il y a une portion de la masse cérébrale, qui fatalement se dérobe à nos investigations et ne se révèle au dehors que par des procédés spéciaux de manœuvres.

Le céphalomètre circulaire ou horizontal présente aussi des résultats spéciaux, dignes d'un certain intérêt, qui viennent confirmer les données précédemment acquises.

Conçu d'après les mêmes principes que le précédent, il se compose pareillement d'une série de clavettes convergentes, mobiles entre les deux lames d'un cadre circulaire et pouvant pareillement, à un moment donné, être immobilisées sur place une fois que l'empreinte de la tête a été prise. La portion antérieure des clavettes qui sont destinées à être en contact avec la peau du front est mousse à l'extrémité libre de chacune d'elles. La portion postérieure, qui doit s'appliquer sur le cuir chevelu en écartant les cheveux, est légèrement échancrée pour faciliter le contact. Des charnières, munies d'un appareil à coulisse, situées l'une à la région frontale et l'autre à la région occipitale permettent d'ouvrir et de fermer le cadre sans déranger l'ordre des clavettes, de façon à pouvoir s'enlever facilement une fois l'empreinte prise autour de la tête. Comme pour l'appareil précédent, les clavettes sont fixées dans leur cadre à l'aide d'une série d'écrous, et d'une autre part, elles sont maintenues dans leur position par un ressort à boudin circulaire qui les maintient régulièrement, et, par son élasticité propre, les dirige vers le centre de l'appareil.

Les deux charnières antérieure et postérieure indiquent d'elles-mêmes la ligne médiane de l'appareil.

La charnière antérieure doit correspondre au moment de l'application de l'instrument à la glabelle, et la charnière postérieure à la crête occipitale supérieure.

Avant d'appliquer l'instrument, on commence par mettre en liberté toutes les clavettes en dévissant les écrous ; on ouvre les deux charnières et, le cadre se trouvant suffisamment élargi, on l'introduit doucement au pourtour de la tête, en ayant bien soin d'appliquer les clavettes à bord mousse sur la peau de la région frontale. La tête doit être maintenue dans l'attitude verticale, et la ligne d'application de l'instrument doit s'appliquer suivant une ligne horizontale, en vertu de laquelle la charnière antérieure doit correspondre à la glabelle, et la postérieure à la partie la plus saillante de l'occipital. Cette ligne correspond approximativement à celle d'un chapeau ordinaire que l'on tiendrait légèrement enfoncé en arrière.

Après avoir fait glisser les clavettes et surveillé bien exactement leur point de contact avec les différentes régions du cuir chevelu, on les immobilise dans leur cadre à l'aide des écrous ; on fait jouer les coulisses des charnières et on enlève très doucement l'instrument de dessus la tête, en le reportant sur un plan spécial destiné à le recevoir. Là une feuille de papier est tendue, et, en tenant compte des points de repère sus-indiqués, on procède à la construction du graphique, du plan horizontal du cerveau et des diamètres qu'il comporte.

1° On trace d'abord une ligne droite à direction antéro-postérieure qui relie la région frontale à la région occipitale; elle donne le diamètre

antéro-postérieur de la tête et partage la figure en deux moitiés, un côté gauche, un côté droit.

2° Sur le milieu de cette droite, on trace ensuite en forme de croix, une ligne perpendiculaire qui, allant couper transversalement la courbe de part en part, donne ainsi le diamètre transversal. Elle partage la surface du plan en deux segments, un segment antérieur et un segment postérieur.

3° Cela fait, on réunit deux à deux les extrémités de ces quatre lignes et on obtient ainsi par construction quatre segments de sphère, deux antérieurs, deux postérieurs. Puis sur la corde représentée par ces mêmes segments, on mène à partir du centre quatre rayons divergents qui permettent ainsi, par leurs longueurs inégales, de juger l'épaisseur relative de la masse cérébrale qu'ils ont à parcourir.

D'après l'examen rapide de ces quelques tracés que l'on pourrait très aisément multiplier, on constate facilement les particularités suivantes :

1° La prédominance du diamètre antéro-postérieur chez certains sujets, par rapport au diamètre transversal, permet immédiatement de diviser les graphiques en dolichocéphales et brachicéphales.

2° Le diamètre antéro-postérieur ne divise pas exactement le plan de la figure en deux portions symétriques : le côté gauche et le côté droit sont très fréquemment dissemblables.

On constate ainsi l'existence de certaines asymétries crâniennes, dont l'existence habituellement passe complètement inaperçue.

C'est un point de séméiologie dont la portée n'est pas encore appréciée, faute de recherches suffisantes. Il est néanmoins utile de signaler l'existence de ces asymétries, pour établir l'influence qu'elles peuvent avoir dans le développement de certaines perturbations des fonctions du système nerveux.

Tout ce qu'on peut dire jusqu'à présent à ce sujet, c'est que je les ai rencontrées chez un grand nombre de sujets frappés de folie héréditaire, et par conséquent dégénérés.

Sur ce même tracé on peut encore vérifier d'un simple coup d'œil, la prédominance des segments postérieurs du cerveau sur les segments antérieurs. Ce fait confirme ce que nous avons avancé précédemment, qu'il y a dans la masse cérébrale, des territoires stables peu susceptibles de variations individuelles (région pariéto-occipitale) et d'autres au contraire qui sont instables et susceptibles de varier avec les individualités différentes (régions frontales).

3° Le troisième céphalographe, destiné à concourir avec ses congénères aux mensurations céphaliques, est destiné à prendre les courbes de la tête dans le sens vertical et suivant une ligne dirigée d'un trou auditif à l'autre en passant par le vertex.

Il est constitué par le même système de clavettes maintenues et immobilisées dans un cadre à l'aide d'écrous. Elles ont pareillement une direction convergente et sont maintenues en position à l'aide d'un même ressort à boudin. La seule modification qui distingue cet instrument des autres, c'est la distribution des deux clavettes terminales qui, au lieu d'être comme les précédentes terminées par un bord mousse, sont au contraire légèrement coniques, de façon à pouvoir être introduites dans la cavité des conduits auriculaires, qui ici servent de points de repère. Le cadre est brisé en deux parties à l'aide d'une charnière et muni du système d'encliquetage à

©BIU Santé

loquet qui lui permet de s'ouvrir aisément une fois que les clavettes ont été fixées sur le crâne et de se refermer pour reprendre sa position première. L'instrument, étant ouvert convenablement, les clavettes étant libres, doit être appliqué avec beaucoup de précaution. Les clavettes coniques doivent être tout d'abord introduites dans chaque conduit auditif, et la tête du sujet étant tenue dans la position normale, on dispose l'instrument de manière à ce qu'il soit maintenu dans le plan vertical sur le milieu de la courbe fronto-occipitale dont on peut fixer par avance la situation à l'aide d'un cordon métrique. L'instrument ayant été enlevé avec précaution et placé sur le plan spécial destiné à le recevoir, on trace alors les lignes suivantes :

1° Une ligne transversale réunissant les deux points auriculaires : elle mesure en moyenne chez l'homme 146 millimètres, et oscille entre 132 et 160 millimètres. Chez la femme, elle mesure 140 millimètres et oscille entre 133 et 150.

2° Du milieu de cette ligne bi-auriculaire, on élève vers le sommet de la courbe une perpendiculaire qui donne pour cette région spéciale la hauteur verticale du cerveau : elle est en moyenne égale à 131 millimètres chez l'homme et elle oscille entre 121 et 145. Chez la femme sa moyenne est 126 millimètres. Elle oscille entre 121 et 135 millimètres.

3° Du point de convergence des deux droites précédentes, on dirige à droite et à gauche deux rayons divergents qui vont couper par le milieu des courbes céphaliques correspondantes. On obtient ainsi la plupart du temps des mesures inégales qui indiquent des asymétries latentes dans la conformation du crâne, ou la prédominance de telle ou telle région latérale sur ses congénères du côté opposé. (*A suivre.*)

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Communications relatives à la pathologie chirurgicale par MM. Lannelongue, Leriche, Malherbe, Cusset, Nepveu, Chaumier, Duménil, Peyrot.

M. LANNELONGUE a observé un cas curieux de tumeur sanguine extra-crânienne avec pédicule intra-crânien. Il s'agissait d'une petite fille morte d'athrepsie treize jours après sa naissance, et présentant sur le crâne, vers le milieu de la suture sagittale, une tumeur violacée, molle, flasque, flétrie, qu'on prit pour un angiome simple du cuir chevelu. Mais, à l'autopsie, on trouva sous la peau une tumeur érectile composée de vaisseaux dilatés de la partie profonde de laquelle partait un pédicule qui pénétrait à travers la membrane unissante des deux pariétaux jusque dans le crâne.

Ces faits sont rares, puisque M. Lannelongue n'a pu en réunir que 21, dont 12 d'origine congénitale, 7 de cause traumatique et 2 de nature indéterminée. Les cas de la première variété sont de vrais angiomes, ceux de cause traumatique sont plutôt des anévrysmes veineux; ces derniers communiquent avec les sinus de la dure-mère et présentent une certaine analogie avec la disposition signalée par Trolard sous le nom de lacs sanguins, développés aux dépens des sinus dont ils amincissent l'enveloppe osseuse. L'affection paraît commencer par un angiome, puis les vaisseaux afférents se dilatent, et la dilatation se propage jusqu'au sinus sous-jacent. Ce processus remonte sans doute aux premiers temps de la vie fœtale, alors que l'expansion veineuse ne rencontrait du côté des os aucune résistance sérieuse. Ensuite le trouble perturbateur primitif a pu déterminer un arrêt de production osseuse. On peut alors observer de l'atrophie en un point et à côté de l'hypertrophie, de l'épaississement osseux, de même que les varices

développées sur les membres inférieurs déterminent des productions ostéophytiques sur le tibia.

Dans les cas traumatiques, on doit s'abstenir de ponction et d'incision, mais exercer au bout d'un certain temps une compression lente et modérée qui permette l'accollement des parois de l'anévrysme et favorise à la longue la fermeture de l'orifice béant du sinus. On doit toujours se rappeler qu'une fracture du crâne a été le point de départ des lésions, et qu'il faut craindre d'enfoncer dans le cerveau une lame osseuse non consolidée ou mal réduite.

Pour les tumeurs congénitales, la ponction et l'incision sont également contre-indiquées, de même que les injections irritantes. On n'est autorisé à se départir de l'abstention absolue que si la tumeur prenait des proportions extrêmes et menaçait de s'ouvrir spontanément; alors on devrait faire l'extirpation après avoir préalablement lié le pédicule.

M. Lannelongue a observé une autre variété d'affection grave du crâne chez les enfants, la disjonction des sutures. Chez un enfant de 3 ans, présentant des troubles de la marche à la suite d'une chute sur la tête, il découvrit un sillon médian allant d'une fontanelle à l'autre, indice de la disjonction des sutures. Il existait aussi un petit fragment osseux mobile sur les côtés de l'os frontal.

Ces disjonctions suturales ne sont pas d'ordinaire à l'état isolé, et constituent simplement un épiphénomène insignifiant de désordres plus sérieux, par exemple de graves fractures siégeant au voisinage; Félizet va même jusqu'à nier leur existence.

Dans la suite, tantôt la fissure se ferme en se comblant par des productions osseuses de nouvelle formation, tantôt elle s'écarte progressivement par accroissement excentrique du crâne. Dans un cas de ce genre, deux ans après l'accident, la fissure avait un centimètre et demi de large, et entre les lèvres de la plaie se trouvait un bourrelet saillant constitué par une hernie du cerveau.

M. Leriche (de Macon) a observé un cas de tumeur congénitale de la région coccygienne, d'origine congénitale, chez une jeune fille de 19 ans. Cette tumeur était constituée : 1° par un kyste multiloculaire adhérent à l'intestin et à un spina bifida trilobé; 2° par une masse volumineuse de tissu adipeux contenant à son centre un petit fibrome. Une tumeur du même genre a été décrite récemment à la Société de chirurgie (séance du 19 avril); mais celle de M. Leriche en diffère par l'existence de la masse graisseuse, et surtout par le cloisonnement et le feutrage du kyste, rappelant les kystes proligères de l'ovaire.

M. Malherbe (de Nantes) démontre que l'épithélioma calcifié présente des caractères propres; c'est une tumeur à part, qui se développe toujours dans les glandes sébacées atteintes d'athérome, dans les loupes. La membrane limitante envoie des cloisons à travers la cavité et l'épithélium qui tapisse cette cavité prend l'aspect que l'on rencontre dans l'épithélioma lobulé ou tubulé. Mais, dans ce dernier cas, il y a extension aux parties voisines, et même généralisation par voie lymphatique ou autre; dans l'épithélioma calcifié, au contraire, il y a localisation absolue et calcification. C'est la caractéristique de cette tumeur, qu'on pourrait rapprocher, sous le rapport de la bénignité, de certaines autres productions épithéliales, telles que l'épithélioma perlé décrit par Cornil et Ranvier.

M. Malherbe a recherché, d'autre part, la nature du tubercule sous-cutané douloureux. Cette tumeur est rare, puisque, sur 1,500 tumeurs qui ont été envoyées à son laboratoire de Nantes depuis 1873, il n'en a trouvé que 5. Dans ces 5 tumeurs, il n'a trouvé que des fibres musculaires lisses, sans aucun filet nerveux. Il pense donc que la douleur est causée par des contractions de la boule musculaire, comme cela se passe dans le phénomène de la chair de poule. Il se pourrait d'ailleurs que la tumeur elle-même fût constituée par l'hypertrophie des faisceaux musculaires annexés aux glandes sébacées de la peau.

M. Cusset (de Lyon) rapporte trois faits tendant à démontrer que les fistules et tumeurs branchiales ne sont pas rares. Une de ces fistules représentait par la constitu-

©BIU Santé

tion de sa paroi toute la structure de la peau jeune, de l'enveloppe cutanée du fœtus, avec l'épithélium malpighien, des glandes semblables à celles du pharynx et de l'épiglotte, etc. Un kyste enlevé par Trélat et examiné par Latteux offrait une structure analogue. La persistance d'une partie de ces éléments après l'ablation de la tumeur ou du trajet fistuleux en amène la récidive; d'où la nécessité d'enlever largement tout autour avec le bistouri.

M. Trélat a fait examiner un grand nombre de ces tumeurs qui présentaient, en effet, la structure de la peau jeune, ce qui les distingue des kystes sébacés dont la paroi n'est pas revêtue de couches épidermiques. Les kystes branchiaux sont plus fréquents que les tumeurs, ce qui est très heureux, car leur traitement chirurgical est beaucoup plus aisé. Les tumeurs kystiques ou solides, en effet, sont généralement justiciables de l'extirpation totale, tandis que les fistules s'étendent parfois fort loin, outre qu'elles présentent des rapports souvent dangereux.

M. Poncet ajoute que, dans certaines de ces tumeurs, on ne doit point chercher l'extirpation totale, par exemple dans un de ses cas, où il a dû y renoncer à cause des rapports de la tumeur et dans la crainte de blesser le nerf facial.

M. Pozzi rappelle, à propos de ces kystes, son procédé pour favoriser la dissection des tumeurs à contenu liquide. Une injection préalable de blanc de baleine solidifiable (qu'on peut iodoformer) transforme le kyste mou en une tumeur dure, facile à énucléer.

M. Chaumier (du Grand-Pressigny) a décrit, sous le nom de pseudo-scrofule, une maladie contagieuse, souvent épidémique, qui revêt des formes multiples dont plusieurs intéressent le chirurgien : telles l'impétigo, la pustule de la conjonctive et de la cornée, l'ecthyma, le furoncle, l'anthrax, des éruptions vésiculaires et bulleuses, la tourniole, le panaris, des abcès ganglionnaires, mammaires, l'ostéomyélite, etc.

La pseudo-scrofule peut se transmettre par inoculation directe et sans inoculation par les plaies préexistantes superficielles et profondes. L'inoculation superficielle produit un décollement de l'épiderme avec suppuration ; l'inoculation profonde produit le phlegmon. Il faut donc que les chirurgiens se mettent à l'abri de ces inoculations par les pansements antiseptiques et par la séparation des blessés d'avec les sujets atteints de lésions pseudo-scrofuleuses.

M. Nepveu (de Paris) a vu, à la suite d'une plaie articulaire du pouce pansée défectueusement, sans antisepsie, se développer sur la main d'abord, puis ensuite sur le bras et enfin sur le reste du corps, une éruption polymorphe, composée de petites vésicules et de plaques érythémateuses. Nulle fièvre, nulle cuisson, par de lymphangite préalable ; cette éruption avait été précédée quelques jours auparavant de vives douleurs d névrite, ressentie dans le doigt blessé et dans l'index.

L'examen du liquide des vésicules a montré en grande abondance un diplocoque particulier, très mobile, qui résiste à la safranine, mais se colore très bien par les couleurs de fuschine. M. Nepveu n'a pu cultiver cette bactérie, qu'il croit avoir causé l'éruption polymorphe dont il s'agit.

M. Duménil (de Rouen) a communiqué l'observation d'un malade atteint d'ostéo-arthrite du genou et d'albuminurie auquel il voulait pratiquer l'amputation de la cuisse quand il découvrit l'affection rénale. Quelques semaines de régime firent diminuer l'albuminurie et l'amputation pratiquée guérit par première intention. Quelle que soit la cause de l'albuminurie, on peut donc opérer, à condition de faire suivre au malade un régime pendant un certain temps ; de plus il se peut que la suppression de la lésion locale amène une amélioration de l'altération rénale dont la suppuration prolongée est peut-être la cause.

M. Peyrot (de Paris) a observé un cas intéressant de tuberculose locale chez un homme de 30 ans, atteint de rhumatisme chronique et d'une petite tumeur périarticulaire de la phalangine du médius. Une poussée inflammatoire étant survenue en ce point, on

crut à un panaris et on pratiqua deux incisions successives, qui ne donnèrent pas de pus.

En voyant le malade, M. Peyrot constata dans la profondeur de l'incision cutanée des petites granulations ayant l'aspect caséeux ; l'examen des sommets pulmonaires parut douteux ; on pratiqua l'amputation du doigt et l'examen histologique de la lésion montra qu'il s'agissait d'un dépôt tuberculeux en nappe. L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par M. Th. Kahn. — Paris, 1886 ; Delahaye et Lecrosnier.

Ce mémoire est l'exposé de nombreuses observations recueillies par l'auteur et le résumé de résultats cliniques de nature à mieux faire connaître les mouvements physiologiques et pathologiques des yeux.

A cet effet, M. Kahn a étudié le champ de fixation monoculaire dans les divers états de réfraction, les strabismes convergent et divergent, les paralysies, les différentes opérations du strabisme, et dans ses rapports avec l'amplitude de convergence. Sous le nom de champ de fixation ou champ de regard, il définit avec Landolt et Blickfeld, l'espace limité par les points extrêmes sur lesquels la ligne visuelle peut se porter la tête étant immobile. Sa détermination permet de reconnaître la marche des paralysies, les muscles atteints et le degré de leurs lésions, de constater que la ténotomie seule diminue l'amplitude latérale du champ de fixation de 2° à 10° et que la ténotomie du droit externe donne une limitation plus grande que celle du droit interne. De là, des indications opératoires qui témoignent de l'importance pratique des nombreuses et patientes recherches de notre estimé confrère. C'est dire que sa thèse inaugurale mérite d'être consultée par ceux qui s'intéressent aux questions spéciales d'ophthalmologie.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

De quelques inconvénients de la cocaïne. — S'il est parmi les très nombreuses, les trop nombreuses découvertes de la thérapeutique moderne qui ont surgi dans l'an de grâce 1885 une substance sur laquelle se soient accumulés à l'envi les témoignages favorables, les louanges de toute sorte, qui ait fourni matière aux observations les plus intéressantes, aux applications les plus variées, aux enthousiasmes les plus légitimes, aux adhésions les plus unanimes, c'est bien la cocaïne et ses sels. Malheureusement, il est une loi ici bas qui veut que toute chose, même la meilleure, ait son mauvais côté, et qu'aux ovations les plus chaudes de la veille répondent comme un écho les réclamations protestataires du lendemain.

C'est un peu ce qui arrive pour la cocaïne. Gardons-nous de nous plaindre de cette loi tutélaire qui, en nous permettant de faire la part exacte de chaque chose, devient l'origine de nos plus solides connaissances, et qui, dans l'espèce, finit par délimiter, en le rétrécissant, le champ des indications légitimes de nos agents thérapeutiques les plus précieux. C'est ainsi que le docteur Calhoun (d'Atlanta) est venu devant l'Association médicale de la Géorgie incriminer l'influence de la cocaïne sur les résultats de l'opération de la cataracte.

Suivant l'auteur (*The Atlanta Medical and Surgical Journal*, septembre 1886), l'emploi de la cocaïne se serait opposé dans un certain nombre de cas de sa propre pratique à la réunion convenable des lambeaux cornéens, aurait même déterminé ou la nécrose de ces lambeaux ou une iritis sévère avec épanchement abondant de lymphe dans l'espace pupillaire et la chambre antérieure.

Avant l'emploi de la cocaïne, la proportion des succès était de 95 à 97 p. 100. A partir du jour où il commença à se servir de l'instillation cocaïque jusqu'au jour où il se ré-

©BIU Santé

solut à la délaisser, la proportion des cas malheureux se montra supérieure à ce qu'elle avait jamais été, même au début de sa carrière, malgré les précautions antiseptiques minutieuses. La solution de cocaïne était mélangée à 2 p. 100 d'acide borique, et une solution de bichlorure d'hydrargyre à 1/10000e était instillée avant, pendant et après l'opération sur le champ opératoire, et tous les instruments étaient plongés dans le même liquide avant de servir.

Les opérateurs du Moorefield's Royal ophthalmic Hospital de Londres auraient éprouvé les mêmes déboires et auraient observé les mêmes accidents de non réunion de la plaie, de nécrose des lambeaux, etc.

Il est vrai que, dans un très intéressant travail intitulé : « Thérapeutic Effects of Cocaïne », lu au sein de la Société médicale et chirurgicale de Richmont, et dont nous donnerons ultérieurement l'analyse, l'auteur, le docteur Hoge, a déclaré au milieu des applaudissements et des marques d'approbation de son auditoire qu'il avait pratiqué, avec la cocaïne, plusieurs centaines d'opérations du ressort de sa spécialité, des affections de l'œil, du nez, de l'oreille et de la gorge, et que malgré l'emploi libéral, peut-être même trop libéral de la cocaïne, il n'avait jamais observé aucun accident qui fût légitimement imputable à ce médicament. Sur les yeux, l'auteur a exécuté des extractions de cataracte, des iridectomies, des ténotomies, des opérations minutieuses sur la capsule, des paracentèses de la cornée, des ablations de ptérigions, de tumeurs dermoïdes de la cornée, des extractions de corps étrangers de l'œil, des ablations de papillomes de la conjonctive, des excisions des (ci-devant) cartilages tarses et toujours avec un résultat des plus satisfaisants.

Il est vrai que, pour l'énucléation de l'œil, le docteur Hoge préfère se servir du chloroforme ou de l'éther, et qu'il a trouvé la cocaïne inutile pour les opérations sur les voies lacrymales ou dans la kératotomie pour des ulcères cornéens de Sœmisch; mais il n'a jamais vu la cocaïne nuire à l'opération de la cataracte, c'est-à-dire empêcher la réunion de la plaie ou déterminer la nécrose des lambeaux. Pour sa part, il a opéré plus de 115 cas de cataracte, dont moitié avec la cocaïne sans avoir un seul insuccès. Il pense qu'ici les succès ou les revers sont attribuables au choix convenable des cas opérables, à la préparation du sujet, au mode opératoire adopté, à la valeur des soins consécutifs, bien plutôt qu'à l'emploi ou à l'abandon de la cocaïne. La seule chose nécessaire, c'est que la solution soit d'une extrême fraîcheur. La solution de cocaïne doit être renouvelée pour chaque cas et mélangée à une solution de bichlorure à 1/5000e.

Quant à nous, qui sommes un simple écho des débats contradictoires engagés sur la question, nous soumettons la question au verdict autorisé de nos spécialistes, dont nous serons heureux de connaître l'opinion. — Lucien Deniau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

Des lettres de MM. Demange (de Nancy) et Chassinat (d'Hyères), qui sollicitent le titre de membre correspondant.

M. Proust présente, au nom de M. le professeur Laget (de Bordeaux), l'article *Hygiène des écoles* (extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

M. Villemin présente, de la part de M. le docteur Cadet de Gassicourt, un exemplaire de la 2e édition de son *Traité des maladies de l'enfance*, en 3 volumes.

M. Féréol présente, de la part de MM. Albert Petsche et Durand-Claye, une brochure sur l'*Assainissement de Berlin*.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le professeur Semmola (de Naples) et de M. le docteur Gauthier, un travail manuscrit intitulé : *De la toxicité des urines*

albumineuses et surtout des urines brightiques, 2° en son propre nom le 14e fascicule du *Dictionnaire de thérapeutique*, 3° un appareil pour les injections intestinales d'acide carbonique et de gaz sulfhydrique dans la phthisie.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Vedrènes, une *Note* sur la trépanation du crâne dans la principauté du Monténégro.

M. de Quatrefages offre en hommage : 1° la 8e édition de son ouvrage *sur l'espèce humaine* ; 2° un volume intitulé : *Histoire générale des races humaines.*

M. Lannelongue présente, en son nom et au nom de M. Achard, interne des hôpitaux, un volume intitulé : *Traité des kystes congénitaux.*

M. Henri Roger présente, de la part de M. le docteur Marquez, un opuscule intitulé : *Hyères (Var) station hivernale.*

M. J. Rochard présente, de la part de M. le docteur Deshayes, secrétaire du Conseil central d'hygiène du département de la Seine-Inférieure, une brochure intitulée : *Hydrographie médicale, bains de mer, stations minérales, aérothérapie*, etc.

M. Germain Sée présente, de la part de M. le professeur Masius (de l'Université de Liège), un volume intitulé : *Annales de la clinique interne* (1877-1882).

M. Panas dépose un volume des *Bulletins et mémoires de la Société française d'ophthalmologie.*

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Decès père (de Reims).

Il déclare deux vacances, l'une dans la section das associés libres, l'autre dans la section de pharmacie.

M. Colin (d'Alfort) communique les observations que lui a suggérées la note lue par M. Pasteur dans la dernière séance sur les vaccinations antirabiques. D'abord, il lui paraît impossible d'accepter sans un sérieux examen les chiffres effrayants de la statistique de M. Pasteur. Il ne saurait admettre qu'en un an 2,400 individus mordus par des chiens réellement enragés soient venus se faire traiter rue d'Ulm. L'autopsie des animaux prétendus enragés n'a pas été faite le plus souvent ou n'a pas été faite sérieusement. D'ailleurs, l'autopsie seule, faite avec le plus grand soin, même en y ajoutant l'examen microscopique du vétérinaire le plus habile, ne peut pas donner la certitude. Celle-ci ne peut être acquise qu'au vu de l'animal vivant, malade et surtout périssant paralysé quelques jours après la manifestation des premiers symptômes rabiques.

Aussi faut-il, tout en commençant, déduire du nombre total des animaux donnés comme enragés par les statistiques, un nombre considérable, mais indéterminé, de non enragés. Par conséquent, il faut de même déduire dans celles de M. Pasteur, du chiffre des personnes mordues, un chiffre également considérable représentant les mordus pour le compte desquels les résultats du traitement antirabique ne prouvent absolument rien.

Du reste, en parcourant les statistiques officielles, M. Colin remarque que, d'après elles, il y aurait beaucoup plus d'animaux mordants que de personnes mordues, ce qui suffit, dit-il, à montrer que, dans ce grand nombre d'animaux tués comme enragés, une bonne partie n'avait pas la rage.

Une première défalcation à faire dans le nombre des individus traités, au point de vue de la valeur du traitement, est celle du nombre des individus mordus par des chiens non enragés, chiens qu'on a crus rabiques ou déclarés tels d'après de vagues indices ou des constatations insuffisantes.

Une deuxième défalcation non moins nécessaire que la précédente est celle des individus qui, mordus par des chiens réellement enragés, ne contractent pas la rage, quoique n'ayant été soumis à aucune espèce de traitement. C'est là un fait d'observation confirmé par un grand nombre d'expériences souvent répétées dans les Ecoles vétérinaires. Tous ces individus ne contractent pas la rage pour une foule de raisons. Souvent la dent est sèche et ne porte rien dans la plaie, elle s'essuie en traversant les vêtements ou passant

©BIU Santé

entre les poils. Ou bien la salive portée dans la plaie est en quantité insuffisante, ou bien elle est entraînée par l'hémorrhagie; ou bien encore elle ne s'absorbe pas, soit parce qu'elle se mêle à l'exsudat, se dessèche avec lui et se comporte comme un corps étranger; enfin c'est que, dans certains des cas où elle est absorbée, elle peut être encore neutralisée ou détruite par des influences inconnues.

Quoi qu'on ne puisse pas établir exactement la proportion des sujets qui doivent, pour ces diverses causes, éviter la contagion rabique (car cette proportion est variable suivant les conditions où se trouve l'animal qui mord), on est fondé à affirmer qu'elle est assez forte. Les expériences de Renault (d'Alfort) ont fait voir que sur 10 chiens couverts de morsures dans des combats acharnés avec des rabiques de leur espèce, la moitié échappait quelquefois aux suites de ces morsures. Comme l'homme paraît avoir moins d'aptitude que le chien à contracter la rage, il doit vraisemblablement se montrer réfractaire dans une proportion encore plus forte que le carnassier.

Aux deux défalcations précédentes qui réduisent déjà beaucoup le nombre des individus à traiter, il faut en ajouter une troisième fort importante, celle des sujets cautérisés assez bien pour éviter les suites des morsures.

La cautérisation, qui est appliquée aujourd'hui à la presque totalité des sujets mordus, n'est pas appréciée à sa juste valeur parce qu'on s'imagine que les inoculations rabiques la réclament sous peine d'inefficacité, sous des délais très courts. C'est là une grande erreur. La salive, surtout quand elle est épaisse et filante, ou sous forme de bave, est un liquide peu diffusible, peu miscible à l'eau, à la sérosité et au sang, peu apte à pénétrer les tissus et à former des courants osmotiques. Elle demeure longtemps dans les solutions de continuité avant d'imbiber les tissus et d'entrer dans les absorbants. Elle est encore au lieu du dépôt au moment où une foule d'autres liquides auraient complètement disparu. Aussi la cautérisation, si elle est suffisamment étendue et profonde, peut-elle être efficace, même longtemps après la morsure. Il est à peu près certain qu'elle préviendrait la rage sur tous les sujets, si elle était appliquée exactement dans de courts délais, et que, par conséquent, elle pourrait rendre les autres traitements superflus.

A cette cautérisation mieux pratiquée aujourd'hui qu'autrefois, et sur la presque totalité des sujets mordus, il faut, pour être juste, rapporter une grande partie des cas de préservation mis à l'actif de la vaccination rabique.

Si maintenant nous additionnons les sujets des trois groupes à déduire de la somme totale des sujets traités, savoir : 1° les mordus par animaux non enragés, 2° ceux par lesquels les morsures ne devaient pas avoir des suites fâcheuses, 3° ceux qu'une cautérisation efficace a préservés, il nous reste les sujets pour lesquels la vaccination, ou un autre traitement, pouvait être utile.

Quoique nous n'ayons pu arriver à la détermination du nombre des sujets de chacun des trois premiers groupes, celui du dernier que nous cherchons est tout trouvé, c'est le nombre des mordus qui mouraient annuellement avant le traitement de M. Pasteur. Ce nombre, d'après les statistiques les plus sérieuses, est une trentaine par an. Il ne devrait être augmenté que si celui des animaux enragés s'était accru, et il devrait être réduit si, ce qui est très probable, le traitement par la cautérisation était mieux appliqué, et dans une plus forte proportion qu'autrefois.

En admettant que le nombre des condamnés à mort à la suite des morsures rabiques soit, en moyenne, de 30, nous arrivons à porter à 18 ou à 20 celui des sujets que la vaccination a graciés.

Les résultats du traitement de M. Pasteur ne sont donc pas ce qu'ils paraissent être à première vue. S'ils semblent en démontrer l'efficacité dans un certain nombre de cas, ils prouvent aussi que ce traitement échoue fort souvent. M. Pasteur signale 10 ou 12 échecs parmi les sujets français; on en a compté 34 à l'étranger. La méthode des inoculations rabiques, telle qu'elle a été appliquée jusqu'ici, n'a donc pas la sûreté, l'infaillibilité qu'on voulait lui attribuer dès le début. M. Colin n'a jamais cru à l'infaillibilité du traitement antirabique, et ce qui l'a empêché d'y croire, avant tout essai, ce sont les résultats des inoculations ou des vaccinations préventives en ce qui concerne la maladie charbonneuse.

« Nous faisons tous des vœux, et des vœux bien sincères, dit M. Colin en terminant, dans l'intérêt de l'humanité pour le succès des tentatives de M. Pasteur, mais il est permis d'en peser et d'en discuter les résultats. »

— M. Cornil donne lecture du rapport sur le prix Herpin.

M. Vidal donne lecture du rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'exercice de l'année 1886.

Les conclusions de ces rapports sont réservées pour le comité secret.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société française d'otologie et de laryngologie a tenu, le 27 ocobre, sa session ordinaire sous la présidence de M. le docteur Ménière.

Parmi les communications qui ont été faites, quelques-unes méritent d'être signalées.

M. Moure a appelé l'attention de ses collègues sur l'action bienfaisante des badigeonnages de la muqueuse nasale et des instillations faites avec la solution de chlorhydrate de cocaïne dans les trompes atteintes d'obstruction.

M. Gellé rapporte plusieurs observations d'hémorrhagies nasales, dans lesquelles le tamponnement a eu pour conséquence des inflammations de l'oreille moyenne avec suppuration et perforation du tympan, tantôt d'un côté et tantôt des deux côtés à la fois. D'après lui, le sang putréfié aurait pénétré dans les trompes et amené ces accidents inflammatoires, quoique les tampons n'aient été laissés en place que quarante-huit heures.

M. Moura (de Paris) a lu un long mémoire sur le muscle aryténoïdien pour démontrer que son rôle physiologique est le même que celui des crico-aryténoïdiens postérieurs; ce muscle ouvre la glotte aryténoïdienne, d'après notre confrère, contrairement à l'opinion qui en fait un constricteur de la glotte.

M. Moura a appuyé sa lecture d'une démonstration de ce qu'il avance, en montrant sur son larynx, au moyen du laryngoscope, comment la glotte s'ouvre à sa partie postérieure seulement, par l'écartement des deux aryténoïdes en avant et en s'accompagnant d'un petit bruit de clapet très curieux. Il avait déjà fait cette démonstration en 1861.

Le même auteur expose ensuite un cas d'anomalie relative à l'insertion thyroïdienne de la corde vocale droite, chez un enfant d'un an décédé à l'Hôtel-Dieu en 1874. Le dessin en est mis sous les yeux des assistants qui peuvent ainsi mieux comprendre en quoi elle consiste.

M. Ménière donne lecture d'un cas très rare et intéressant d'un développement anormal fort singulier du pavillon de l'oreille droite, datant de deux ans chez un adulte; cette hypertrophie se reproduit depuis six mois environ sur le pavillon gauche.

M. Chatellier présente une observation de polype fibro-muqueux de la voûte des fosses nasales, obstruant toute la cavité naso-pharyngienne et opéré morceau par morceau avec le serre-nœud, *sans aucune trace d'hémorrhagie*.

COURRIER

Les questions données jusqu'à ce jour aux candidats du concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° L'articulation scapulo-humérale; 2° Les veines superficielles du membre supérieur; 3° Examen clinique des urines; 4° Les artères de la main; 5° L'extrémité supérieure du fémur; 6° Le diaphragme; 7° La conformation extérieure et les rapports du foie; 8° Le muscle sterno-cléido-mastoïdien; 9° Les parois osseuses des fosses nasales; 10° Les rapports de la trachée; 11° L'artère fémorale.

©BIU Santé

Nécrologie. — Le docteur J.-B. Decès, professeur honoraire à l'École de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, vient de mourir dans sa 82e année.

J.-B. Decès était un des chirurgiens les plus distingués de nos départements, et son nom était justement estimé de tout le corps médical. Nous adressons à M. le docteur A. Decès, qui continue si dignement les traditions paternelles, les expressions de nos regrets sincères et de notre vive sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bach, professeur honoraire des Facultés de médecine de Strasbourg et de Nancy, décédé le 3 novembre, à l'âge de 76 ans, à Bergheim (Alsace).

— Nous apprenons également la mort de Louis Mialhe, pharmacien à Paris, membre de l'Académie de médecine, né à Vabre (Tarn) en 1807. Il fut reçu pharmacien en 1836, docteur en médecine en 1838 et agrégé à la Faculté de médecine en 1839. Parmi ses travaux communiqués surtout à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences, nous citerons : *Recherches sur les mercuriaux* (1842) ; *Recherches thérapeutiques et toxicologiques sur les préparations de plomb* (1842) ; *Nouvelle théorie du diabète* (1844) ; *Traité de l'art de formuler* (1885) ; *Déjection et assimilation des matières albuminoïdes* (1846) ; *Rôle de l'oxygène dans l'économie animale* (1850) ; *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique* (1855) ; *Coup d'œil sur le passé et l'avenir de la pharmacie et de la thérapeutique* (1873), *etc.* (*Progrès Médical*).

Hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres, 149). — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 12 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Examen des malades, avant la leçon, salle Saint-Augustin.

Le mardi à la consultation, conférence de clinique et de thérapeutique à neuf heures et demie.

Cours public. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera le cours public sur la pathologie et la chirurgie de l'appareil urinaire, le lundi 15 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de gynécologie usuelle. — M. le docteur Doléris, ancien chef de clinique d'obstétrique et de gynécologie, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours complet de gynécologie usuelle, le lundi 15 novembre prochain, à trois heures et demie, 12, rue de Navarre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra 25 leçons. On s'inscrit tous les jours de dix heures à midi, 12, rue de Navarre.

Hôpital des enfants. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences, sur la thérapeutique infantile, le mercredi 17 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 novembre 1886. — *Ordre du jour* : 1. M. de Beauvais : Rapports de candidatures (MM. Thiry et Jeanson Zuède, de Belgique). — 2. M. Antonin Martin : Fibrôme utérin, métrorrhagies. — Coliques hépatiques. — 3. M. Luc : Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux de fosses nasales. — 4. M. Apostoli : Galvano-puncture chimique dans certains fibrômes utérins. 1re variété : opérations de nécessité. — 5. M. Leblond : Observations de M. Lediberder (de Lorient). — 6. M. Dubuc : Cocaïne et lithothritie. — 7. Vote sur la candidature de M. Larroque, au titre de membre titulaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Réouverture de la Clinique médicale de la Pitié. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Revue des Journaux : Sur l'élimination des virus par l'organisme animal. — Les anciens statuts des apothicaires. — Les injections hypodermiques de strychnine dans quelques amblyopies. — Asile pour les ivrognes ! — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Variétés : Une fouille dans l'antique Lutèce. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale.

Mardi dernier, le professeur Jaccoud a inauguré son enseignement clinique de l'année par une leçon d'ouverture des plus importantes au double point de vue théorique et pratique. Notre confrère Bouloumié, qui avait bien voulu nous en rédiger un compte rendu, apprenant à l'instant qu'elle va être publiée *in extenso* par l'auteur, nous prie de retarder l'insertion de son article. Nous n'en dirons aujourd'hui que deux choses, c'est qu'il est impossible de retracer avec plus de netteté, de concision et de véritable éloquence scientifique que ne l'a fait M. Jaccoud, en même temps qu'avec plus de profit pour les élèves, les traits principaux des questions qu'il a eu l'occasion de soulever et de résoudre depuis sa prise de possession de la chaire de clinique, et en second lieu qu'il est bon, dans un moment où la lutte pour ou contre les doctrines microbiennes a pris une certaine acuité, qu'une voix autorisée se fasse entendre, qui mette au point pour les élèves l'état actuel de la science et montre le terrain sur lequel doivent s'unir la médecine hippocratique et la microbiologie.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Communications diverses sur la médecine opératoire et la thérapeutique chirurgicale, par MM. Chénieux, Mollière, Poncet, Plum, Berger, Tillaux, Assaky, Vaslin, Labbé, Terrier, Aubert, A. Reverdin et Fontan.

M. le docteur Chénieux (de Limoges) s'élève contre le drainage dans les opérations où l'on recherche la réunion primitive; c'est, d'après lui, un non sens chirurgical, le drainage s'opposant à la réunion par première intention. Toutes les plaies, si larges qu'elles soient, doivent, lorsqu'elles sont exactement affrontées, se réunir *per primum* si elles ont été rendues aseptiques par des agents non irritants.

Dans les opérations telles que l'ovariotomie et l'hystérectomie, où l'on a dû laisser des ligatures perdues, et où il existe de larges surfaces cruentées, le drainage est plus nuisible qu'utile. Il vaut mieux que les liquides exsudés, pourvu qu'ils soient rendus aseptiques, soient gardés à l'abri de l'air comme en vase clos; leur condition est analogue, dès lors, à celle des liquides des foyers de fracture que l'on ne s'avise pas de soustraire par le drainage et qui disparaissent par résorption ou concourent à l'organisation du cal.

M. Chénieux pense même que chez les opérés d'hystérectomie et d'ovariotomie, alors que l'opération est faite chez des malades épuisées, ces liquides constituent un fonds de réserve dont l'économie s'empare utilement par résorption, suppléant ainsi l'alimentation, qui est à peu près nulle dans les premiers jours.

M. Daniel Mollière (de Lyon) partage cette manière de voir; le drainage n'est nécessaire que quand on n'est pas sûr de l'antisepsie; quand l'antisepsie est parfaite, on voit de gros épanchements sanguins se résorber sous la réunion immédiate, se comportant exactement comme les bosses sanguines, des amputations du sein avec évidement

©BIU Santé

de l'aisselle jusque par dessus la clavicule se sont réunies sans drainage; 11 amputations de cuisse, sans drainage, étaient guéries du dixième au onzième jour.

M. Poncet (de Lyon) qui opère dans le même hôpital que M. Mollière, se sert habituellement du drainage, et, néanmoins, il a les mêmes bons résultats.

M. Plum (de Copenhague) a fait souvent, pour éviter le drainage, les opérations en deux temps, c'est-à-dire faisant un pansement provisoire après l'opération, et l'hémostase terminée, réunissant la plaie sans drainage. Cependant, quand on a des cavités profondes, il vaut mieux faire le drainage, ou bien on peut, avec une antisepsie parfaite, laisser le foyer se remplir de sang qui forme alors une croûte humide sous laquelle s'opère la cicatrisation. Actuellement, M. Plum n'emploie plus que les pansements antiseptiques secs et s'en trouve très bien.

M. Paul Berger (de Paris) fait, au nom de M. Farabeuf et au sien, une communication sur l'amputation du membre supérieur avec l'omoplate, opération dont la mortalité, moindre qu'on ne le croirait *a priori*, n'est que de 20 p. 100 environ.

Le procédé opératoire, réglé par MM. Berger et Farabeuf, comprend trois temps: 1° l'hémostase préalable, qu'on exécute après avoir sectionné la clavicule, dont on résèque la partie moyenne en liant le paquet vasculaire entre deux ligatures; 2° la taille des lambeaux a un lambeau pectoro-axillaire ou antérieur, un lambeau cervico-capsulaire ou postéro-supérieur; 3° détachement du membre muni de l'omoplate.

Par cette manière de procéder, on évite absolument l'entrée de l'air dans les veines, qui constituait un des accidents le plus à redouter en pareil cas.

M. Ollier reconnaît que le procédé décrit par M. Berger est parfait en théorie, mais qu'il ne sera peut-être pas facile à appliquer dans tous les cas, quand il s'agit d'une tumeur volumineuse, par exemple. Alors on taille les lambeaux comme on peut.

M. Tillaux (de Paris) reprend la question du rétablissement de la sensibilité après la section des nerfs. Il pense que la réunion primitive des deux bouts est capable de ramener la sensibilité, en s'appuyant sur un cas dans lequel les deux nerfs médian et cubital ont été coupés à la fois. La sensibilité au toucher, à la température, à la pression profonde, à la piqûre, manquait partout, on fit la suture des deux nerfs, et, le lendemain, la sensibilité était revenue partout. On peut de même tenter la réunion lorsque la section date de longtemps et que les deux bouts nerveux sont cicatrisés séparément. Mais la condition indispensable à la réussite est de mettre les bouts nerveux en contact parfait, et d'assurer, après l'opération, l'immobilité du membre. Si les physiologistes, s'appuyant sur des expériences chez des animaux, ont nié le retour de la sensibilité, c'est qu'on ne peut obtenir des animaux l'immobilité absolue, nécessaire à la réunion par première intention des bouts nerveux.

M. Tripier (de Lyon) dit qu'il manque à l'observation de M Tillaux le critérium de l'exploration de la sensibilité aux deux pointes. Il a vu la sensibilité se rétablir chez les animaux, mais elle n'appréciait pas les deux pointes, donc c'était une sensibilité récurrente. M. Tillaux a obtenu le retour de la sensibilité, mais on ne peut dire qu'il s'agisse d'une sensibilité directe, puisque l'exploration par les deux pointes n'a pas été faite.

M. Assaky (de Paris) a étudié la suture nerveuse au point de vue de la régénération à distance et de la greffe. Quand les deux bouts d'un nerf divisé ne peuvent être mis en contact, il faut pratiquer la suture à distance à l'aide d'un fil de catgut allant de l'une à l'autre extrémité. Des recherches faites par MM. Fagin et Assaky ont montré que les tendons et les nerfs se régénéraient bien mieux sur ces conducteurs que quand les deux bouts sont abandonnés à eux-mêmes. Ces expériences on été décisives chez les animaux dont l'immobilité est impossible à obtenir; on peut donc espérer que les résultats seront encore meilleurs chez l'homme.

M. Assaky pense qu'on peut traiter de même les ruptures musculaires et osseuses, le processus de cicatrisation pouvant être aidé entre les fibres musculaires et entre les travées osseuses par l'adjonction d'un fil tendu entre elles.

La greffe tendineuse a bien réussi, mais non la greffe nerveuse.

M. Vaslin (d'Angers) a rapporté deux faits démontrant que la trépanation peut être pratiquée avec de bons résultats dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne. Dans le premier cas, il s'agissait de phénomènes d'épilepsie survenus après une plaie de la région fronto-pariétale droite, avec enfoncement de la table interne ; l'extraction du séquestre, huit mois après la blessure, fut suivie de guérison. Dant le second, une chute sur la région occipitale droite avait été suivie de phénomènes de compression cérébrale ; l'extraction d'un large séquestre comprenant les deux tables et le diploé permit l'évacuation d'une collection purulente intra-crânienne et la guérison fut rapide.

M. L. Labbé a pratiqué trois fois l'extirpation du larynx pour affections malignes. Dans le premier cas, guérison opératoire ; mort plus tard de pneumonie ; dans le second, mort de pneumonie infectieuse au quinzième jour ; dans la troisième, opération difficile à cause du volume énorme du larynx ; syncope par contusion du nerf vague ; guérison opératoire ; mort quatre mois et demi après.

M. Labbé recommande les précautions suivantes : trachéotomie préalable ; anesthésie en plaçant devant l'orifice de la canule une éponge imbibée de chloroforme ; tamponnement avec la canule à ballon de Trendelenburg ; incision en T, la branche transversale répondant à l'os hyoïde et la verticale descendant à 1 centimètre au-dessus de la plaie trachéale ; dissection du larynx avec le couteau galvanique, en laissant ou enlevant l'épiglotte suivant son état d'intégrité ou d'altération. Pas de réunion ; plaie béante, bourrée de bourdonnets iodoformés ; une sonde œsophagienne sera placée à demeure dans l'orifice supérieur du pharynx qui apparait dans le fond de la cavité.

M. Terrier (de Paris) a entrepris la cure des hernies épigastriques, contre lesquelles on n'avait jusqu'alors employé, en France, que les appareils ; suivant l'exemple de chirurgiens genevois, allemands et anglais, M. Terrier a cherché à obtenir la cure radicale dans 4 cas, en suivant les préceptes donnés pour les autres hernies : incision de la peau, ouverture du sac, réduction de la partie herniée, résection du sac, avivement et suture de l'anneau, suture de la peau. La guérison a été obtenue dans les 4 cas ; chez un malade, toutefois, il reste un trajet fistuleux assez profond ; mais ce n'est qu'une petite gêne en comparaison de celle que causait le volume de la hernie.

M. Aubert (de Mâcon) a pratiqué la gastrotomie dans deux cas. Dans l'un, un homme s'était empalé en tombant sur un échalas qui avait pénétré dans le rectum où il s'était brisé ; un fragment de 10 cent. était resté dans l'abdomen. Laparotomie douze heures après ; le fragment de bois, souillé de matières fécales, était situé dans la cavité prévésicale. Pansement antiseptique. Guérison. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une hernie coïncidant avec un étranglement interne par bride ; la hernie réduite, les accidents d'étranglement persistèrent ; on fit la gastrotomie, on trouva l'intestin violacé, on fit un anus contre nature, et plus tard on réunit les deux bouts de l'intestin avec succès.

M. Aug. Reverdin (de Genève) a fait avec un excellent résultat la ligature de la carotide primitive pour une plaie de la carotide interne blessée par une balle tirée dans le conduit auditif externe. La rupture de l'artère se fit pendant des explorations avec l'appareil de Trouvé ; on introduisit le doigt dans le conduit auditif et la carotide fut liée séance tenante. La carotide devait être oblitérée au-dessus de la blessure, car il n'y eut pas d'hémorrhagie par le bout supérieur.

M. Fontan (de Brest) a fait remarquer qu'en pareil cas, il valait mieux lier la carotide interne que la carotide primitive ; mais, en pareil cas, on va au plus pressé.

L.-H. Petit.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Sur l'élimination des virus par l'organisme animal. Étude faite à l'Institut d'anatomie pathologique de Pise, par MM. Arnaldo Trambusti et M. le professeur Angelo Maffucci. — Il s'agissait d'éclairer ce point encore si obscur de l'élimination des virus et de rechercher d'une façon spéciale :

1° Si l'élimination d'un microbe particulier est faite par tous les organes de sécrétion, ou bien si quelques-uns de ceux-ci ont une prédilection pour tel ou tel microbe;

2° Si l'élimination du virus a lieu, quelle que soit la période de l'infection;

3° Si les microbes éliminés conservent leur pouvoir pathogène, comme ceux qui circulent dans le sang, ou bien sont expulsés comme corps morts ou modifiés dans leur puissance pathogénique.

Il ne pouvait être question d'aborder cette étude compliquée dans toutes les maladies à microbes, les auteurs se sont donc bornés à des recherches sur le charbon et le typhus.

De leurs nombreuses expériences, il paraît résulter que le charbon et le typhus sont éliminés de l'organisme animal avec leur pouvoir pathogène et non comme corps morts.

Voici du reste leurs conclusions :

1° Les micro-organismes pathogènes peuvent être éliminés par les glandes sécrétoires de notre organisme, par l'épithélium et par les vaisseaux capillaires intacts; quelques-uns de ces micro-organismes sont éliminés de préférence plutôt par un organe que par un autre;

2° L'élimination se fait toutes les fois que ces organismes inférieurs se trouvent dans la circulation, quelle que soit du reste la période de l'infection;

3° Les micro-organismes pathogènes qui sont éliminés par des organes sains conservent toujours leur pouvoir infectant.

Les anciens statuts des apothicaires. Parcelle d'histoire de la pharmacie, par M. le professeur A. Corradi. — C'est un recueil de toutes les chartes, de tous les documents conservés dans les archives italiennes depuis le XVe siècle et commenté comme sait si bien le faire le professeur érudit pour lequel le passé de l'Italie médicale n'a plus de secrets. Ouvrage d'érudition technique venant compléter l'histoire de la médecine italienne par un chapitre entièrement nouveau sur cette branche jadis si importante de notre art. Nous ne pouvons que signaler ce travail à l'attention de nos lecteurs, son analyse n'étant pas possible dans le cadre d'une revue de ce genre. (*Annali universali di medicina e chirurgia*, septembre 1886, vol. 277.)

Les injections hypodermiques de strychnine dans quelques amblyopies. Note de M. le docteur Giovanni Graselli. (*Gazzetta medica italiana Lombardia*, n° 43. Octobre.) — Sur les 15 malades soumis au traitement par les injections sous-cutanées de strychnine, 10 ont été suivis d'une façon suffisamment longue et régulière pour pouvoir permettre de recommander cette nouvelle méthode.

Dans les trois catégories de malades soumis à l'influence de la strychnine, la puissance visuelle a été nettement constatée par les tables de Wecker et toujours à distance.

Série A. — 3 cas d'amblyopie alcoolique et nicotinique avec hyperhémie veineuse papillo-rétinique et commencement de décoloration des papilles rebelles au bromure de potassium. On pratique, en moyenne, une cinquantaine d'injections sous-cutanées de strychnine à 1 ou 2 milligr., et l'on donne les préparations martiales. Chez ces 3 malades, l'amélioration fut vite nettement accusée et persista sans rechutes. Les injections furent faites à la tempe et au front.

Série B. — Dans cette série, nous trouvons 3 cas d'atrophie partielle et récente du nerf optique avec des signes d'ancienne névrite. Le résultat obtenu par 30 ou 40 injections strychniques, et quelques autres de pilocarpine, a été de tous points remarquable.

Série C. — Nous avons ici 4 malades atteints d'atrophie blanche du nerf optique absolument progressive et, malgré des doses considérables de l'extrait de la fève de saint Ignace, il n'y eut qu'une seule amélioration, encore ne fut-elle que passagère.

Asile pour les ivrognes! (*Gaz. med. ital. lomb.*, octobre 1886, n° 43.) — Le « Patronat de tempérance », l'unique en Italie, a l'intention d'ouvrir bientôt à Milan, à l'ombre du dôme gothique où le patriarche Noé est pieusement révéré, un asile affecté spécialement à la dive bouteille, les récidivistes en seront exclus, afin de les préserver contre les dangers de l'ivresse et de les dégoûter de cette déplorable habitude..... Voilà certes un établissement d'utilité publique qui n'aura pas à craindre le chômage.

A côté de cet hôpital un peu fantaisiste, signalons l'ambulance de Milan pour la cure antirabique par le procédé Pasteur, où déjà 38 blessés ont été soignés et ont tous guéri.

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. VULPIAN présente une note de M. PONCET intitulée : *Des greffes osseuses dans les pertes de substance étendues du squelette.*

Dans les inflammations aiguës des os longs (ostéo-périostite phlegmoneuse, ostéomyélite infectieuse) chez les jeunes sujets, on observe fréquemment des nécroses étendues emportant une longueur plus ou moins grande du squelette. Parfois la diaphyse est nécrosée dans sa totalité; à l'avant-bras, à la jambe plus particulièrement, la diaphyse tibiale et son épiphyse inférieure peuvent être complètement détachées.

Lorsque le malade survit, la solution de continuité qui succède à l'extraction d'un tel séquestre demande plusieurs mois pour se combler, le résultat définitif est variable.

Le périoste a-t-il été conservé lors de l'ablation de l'os nécrosé, n'a-t-il pas été détruit par l'inflammation sur une trop grande hauteur, des masses osseuses se forment, un os nouveau se reproduit, rappelant plus ou moins par sa forme, son volume, sa solidité, la portion du squelette enlevée.

Les cas ne sont pas rares où, pour une raison ou pour une autre, les propriétés ostéogéniques de la gaine périostale ne vont pas jusqu'à la formation d'un tissu osseux solide, pouvant, au point de vue fonctionnel, rendre des services. Parfois, diverses observations en témoignent, il n'y a aucune régénération osseuse, un cordon fibreux d'épaisseur variable remplace l'os détruit et l'usage du membre est des plus gravement compromis.

J'ai pensé qu'il serait possible, en pareil cas, de reconstituer le squelette absent, d'aider à la formation d'un os nouveau par des greffes osseuses faites dans des conditions bien déterminées dont on ne s'était point encore préoccupé.

Les expériences de M. Ollier et d'autres physiologistes, l'observation de Mac Ewen, avaient démontré que des fragments osseux peuvent se greffer dans les tissus et y vivre sans être résorbés; mais il ne semblait pas que ces recherchent dussent recevoir une application thérapeutique. Ce n'est point, en effet, ainsi qu'on l'avait fait jusqu'à ce jour, après la cicatrisation de la plaie, quand l'os est remplacé par un tissu fibreux, que l'on doit compter sur les greffes osseuses; les conditions de vitalité des fragments transplantés sont alors précaires, le plus souvent ils ne s'enkystent pas et sont entraînés par la suppuration.

Il n'en est pas de même quand on agit sur un autre terrain, lorsqu'on a recours aux greffes pendant toute la durée de la réparation de la plaie, quand des bourgeons charnus, bien vasculaires, peu suppurants, partent du fond, des bords de la solution de continuité qu'ils tendent à combler. Les fragments transplantés se trouvent alors dans un véritable milieu ostéogénique; en contact avec des bourgeons appelés à l'ossification, ils sont mieux à même de se nourrir, de se greffer, et de contribuer à la formation d'un os solide.

©BIU Santé

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie l'observation d'un malade chez lequel j'ai obtenu par des greffes osseuses, après une nécrose du tibia droit, un os solide, volumineux, reproduisant dans sa forme l'os ancien et permettant l'usage du membre, c'est-à-dire la marche.

« Il s'agit d'un enfant, âgé de 11 ans, à qui j'enlevai, au mois de mars dernier, tout le tibia droit, moins le plateau articulaire supérieur, représenté par le cartilage diarthrodial et une mince couche de tissu spongieux. Le péroné était sain. L'ostéomyélite infectieuse qui nécessitait une telle intervention avait débuté au mois de février précédent par la zone juxta-épiphysaire inférieure et s'était accompagnée d'accidents généraux les plus graves.

« Le séquestre solide, formant une seule pièce, mesurait $0^m,25$; si l'on tient compte de la hauteur des épiphyses détruites, le squelette nécrosé enlevé mesurait environ $0^m,30$.

« Le périoste épaissi fut détaché avec soin; il était conservé en tant que gaine sur une longueur de $0^m,15$ à $0^m,16$. Un mois après l'opération, le malade étant apyrétique, les bourgeons de belle apparence, je fis aux deux extrémités de la plaie une première tentative de greffes. Les fragments osseux provenaient d'un nouveau-né qui était mort d'asphyxie une heure auparavant dans une présentation du siège. (La mère et l'enfant ne présentaient aucune tare pathologique.) Ils mesuraient $0^m,007$ à $0^m,008$ de longueur sur $0^m,003$ à $0^m,004$ d'épaisseur et avaient été détachés avec un bistouri, en laissant le périoste en place, des extrémités spongieuses du tibia et du péroné. Je transplantai également deux moitiés de tibia et de péroné comprenant toute leur longueur.

« Les fragments furent mis en contact avec les bourgeons par leur face spongieuse et dans la plus grande étendue possible.

« Pansement antiseptique; attelle plâtrée immobilisant le membre.

« Le pansement est renouvelé douze jours après. Sur les huit greffes, cinq sont adhérentes aux bourgeons sous-jacents; le périoste qui les recouvre a une teinte rosée, vasculaire; trois d'entre elles sont mobiles, nécrosées. Quant aux deux moitiés de tibia et de péroné, elles ne sont adhérentes par aucun point.

« Suppuration peu abondante de la plaie, épidermisation sur les bords, induration fibreuse, commencement d'ossification de la gaine périostique vers sa partie moyenne; aux deux extrémités, travail de réparation beaucoup moins accusé.

« Le même jour, ne pouvant disposer d'un squelette humain, je tuai, quelques minutes avant le pansement, un jeune chevreau; j'empruntai aux extrémités supérieures et inférieures des tibias, des péronés, neuf fragments. Trois étaient des tranches osseuses de $0^m,012$ à $0^m,015$ de largeur, épaisses de $0^m,002$ à $0^m,003$, taillées dans le tissu spongieux des portions juxta-épiphysaires, sans périoste; six provenaient des mêmes régions, ils étaient recouverts de leur périoste; quatre d'entre eux mesuraient $0^m,007$ à $0^m,008$ sur $0^m,003$ à $0^m,004$ d'épaisseur, deux avaient $0,^m,015$ environ et $0^m,005$ à $0^m,006$ d'épaisseur. Onze jours après, le pansement fut changé. Des greffes sans périoste, deux s'étaient nécrosées; la troisième était adhérente, vasculaire; en essayant de la détacher, on faisait saigner les bourgeons sous-jacents.

« Des quatre fragments osseux de $0^m,007$ à $0^m,008$, trois étaient adhérents par toute leur surface de contact; il n'en était pas de même des fragments plus volumineux, leur périoste s'était mortifié, ils avaient une coloration grisâtre; l'un d'eux, adhérent par quelques points, fut laissé en place. Quant aux greffes humaines, encore reconnaissables, elles étaient encastrées par les bourgeons avec lesquels elles faisaient corps. Les pansements furent renouvelés en moyenne tous les huit jours; les greffes furent, après quelque temps, complètement englobées par les bourgeons; l'une d'elles a été expulsée en partie sous forme d'un petit séquestre.

« Les greffes animales ne m'ont pas paru se résorber. La réparation a été plus lente à se faire aux deux extrémités de la plaie; là où la gaine périostique faisait défaut et où par cela même j'avais cru devoir placer des greffes, elle n'était complète qu'au cinquième mois.

« Aujourd'hui, six mois après l'opération, l'enfant présente sur la face interne de la

jambe droite une cicatrice de 0m,005 à 0m,006 de largeur, longue de 0m,20. Dans toute la longueur, on sent une masse solide, résistante, que l'on délimite aisément. Ce tibia de nouvelle formation mesure 0m,30, celui du côté sain 0m,33 ; sa largeur est à la partie moyenne de 0m,04 et de 0m,05 environ aux deux extrémités. L'enfant se sent fort de la jambe droite, il peut se tenir sur le pied malade et commencerait à marcher avec un tuteur prenant son point d'appui sur l'ischion, si le repos ne paraissait encore nécessaire pendant un certain temps. »

Les développements dans lesquels je viens d'entrer me permettent de présenter les considérations suivantes :

Dans les pertes de substance étendues du squelette, traumatiques, mais surtout spontanées, devant compromettre l'usage d'un membre, on essayera comme moyen thérapeutique les greffes osseuses.

Les fragments devront être petits, ne guère dépasser 0m,008 à 0m,010 comme longueur et 0m,003 à 0m,004 d'épaisseur.

Ils devront être empruntés de préférence aux parties du squelette où l'ossification est le plus active, aux régions juxta-épiphysaires voisines du cartilage d'accroissement ; ils comprendront le périoste.

Toutes les fois que la chose sera possible, on utilisera le squelette de nouveau-nés, d'enfants. On pourra également se servir de greffes empruntées à de jeunes animaux.

Le terrain, au point de vue de la réussite des greffes, joue un rôle important. En contact avec des bourgeons appelés pour la plupart à l'ossification, elles trouvent des conditions particulières de nutrition qui assurent leur vitalité. Elles exercent probablement en plus une action de présence qui réveille dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques.

Une immobilisation parfaite et de grandes précautions antiseptiques sont nécessaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 octobre 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 n° 2 de la *Revue médicale des Vosges* ; — le 7e circulaire (1886) de l'école et hôpital dentaire de Paris ; — la *Gaceta medica de Mejico* (t. XXI, fasc. 7 ; Mejico, 1886).

Correspondance manuscrite : elle comprend une lettre de M. Apostoli, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. le docteur Luc, ancien interne des hôpitaux, qui sollicite le titre de membre titulaire et demande un tour de lecture ; cette candidature est appuyée par MM. Dehenne et Rougon.

Une lettre de M. le docteur Thiry, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, sollicitant le titre de membre correspondant, et envoyant à l'appui de sa demande un mémoire intitulé : *Hygiène sociale. — De la prostitution.* (Comm. MM. Rougon, Perrin et de Beauvais, rapporteur).

M. Duroziez lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Larroque, au titre de membre titulaire.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées ; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Delasiauve : A propos des faits que vient de signaler M. Duroziez dans son rapport, je rappellerai celui d'un enfant de 14 ans, épileptique, qui, pris de variole, et très malade pendant dix jours, n'eut aucune attaque, quoique, en temps ordinaire, il en eût au moins deux chaque jour.

M. de Beauvais : Je m'explique difficilement la liaison d'immunité entre la variole d'une part et les accès convulsifs ou le délire de l'autre, car nous savons que la variole, dans certaines périodes, donne elle-même des accidents cérébraux.

©BIU Santé

M. Christian : Il est assurément difficile de donner l'explication de cet antagonisme; cependant il est réel, et nous voyons chaque jour des affections fébriles intercurrentes amener la guérison de la folie lorsqu'elle affecte la forme aiguë, ou, si la folie est chronique, faire disparaître les accès d'agitation. Comment la chose arrive, nous n'en savons rien; nous ne pouvons que constater le fait. Il en est de même pour l'épilepsie, dont vient de parler notre vénéré maître, M. Delasiauve. Je citerai à ce propos le fait d'un jeune épileptique de 17 ans, que j'ai eu dans mon service à Maréville, et qui fut pris d'une fièvre typhoïde grave et d'une durée exceptionnellement longue; la convalescence fut interminable et traversée par les incidents les plus variés. Pendant quatre mois que ce malade fut traité à l'infirmerie, il n'eut aucune attaque convulsive; une fois guéri, il eut des attaques moins fortes, et présenta une amélioration telle dans son état mental, qu'il put être rendu à sa famille.

M. Duroziez : Comme exemple de ce genre, je signalerai un jeune garçon qui avait le pouls géminé. Il fut pris de fièvre typhoïde, et aussitôt le pouls géminé disparut.

M. de Beauvais : C'est ainsi que nous voyons la coqueluche suspendue par la fièvre.

— M. Coignard lit un travail intitulé : *A propos du pain de gluten dans le régime alimentaire des malades que l'on nomme diabétiques*. (Sera publié.)

M. Duroziez : Je suis heureux d'entendre M. Coignard nous débarrasser de ce malheureux pain de gluten que les malades finissaient par prendre en horreur.

M. Delefosse : Le traitement du diabète est complexe. Ce qui m'a le mieux réussi, c'est l'eau de Vichy et le changement de régime.

M. Ant. Martin : Il faut distinguer le diabète et la glycosurie. J'ai vu un malade qui se trouvait mal de l'eau de Vichy.

M. Dubuc : Puisque la question du traitement du diabète revient en discussion, je demanderai à M. Dehenne s'il a continué ses expériences sur l'emploi de l'ergotine en injections sous-cutanées, méthode dont il nous a entretenus il y a quelque temps.

M. Dehenne : Depuis mon dernier travail, j'ai vu une trentaine de diabétiques auxquels j'ai fait des injections d'ergotine : toujours j'ai constaté une diminution du sucre dans les urines. Je rappellerai notamment une dame de 68 ans, atteinte depuis deux ans d'une cataracte double, qui rendait 75 grammes de sucre par litre d'urine et cinq à six litres d'urine par jour. Les injections furent pratiquées pendant quinze jours; au bout de huit jours, il n'y avait plus que 16 grammes de sucre par litre. L'opération réussit; quinze jours après, la malade lisait le journal. Le traitement par l'ergotine fut suspendu un mois : le sucre remonta à 34 grammes. De nouvelles injections le firent tomber à 12 grammes. Cette malade ne voulut d'ailleurs jamais s'astreindre à aucun régime.

M. Dubuc : Il résulte de ce que nous a dit M. Dehenne qu'il emploie les injections d'ergotine comme remède palliatif devant servir de préparation à un but opératoire. Mais en reste-t-il un résultat définitif pour le diabétique ?

M. Dehenne : Cela est difficile à savoir, car je ne vois guère les malades qu'en vue de l'opération. J'ai cependant vu une malade qui a été définitivement débarrassée du sucre.

M. Delefosse : Il existe assurément un grand nombre de médicaments qui modifient la production du sucre, mais aucun ne guérit définitivement le diabète. Je me rappelle avoir entendu un médecin soutenir que, par le *régime seul*, il se faisait fort de modifier à volonté la quantité de sucre. Moi-même j'ai cité un malade, que j'ai opéré de la lithotritie, qui n'a jamais suivi de régime, et qui, depuis l'opération, n'a plus eu de sucre dans ses urines.

M. de Beauvais : M. Rougon se souvient certainement d'une malade, que nous avons traitée ensemble, chez laquelle on trouvait 120 grammes de sucre, et qui, après un régime simple, a vu le sucre tomber à 8 grammes, puis à zéro. Ecarts qui nous avaient

paru si étranges que nous avons fait multiplier les analyses. Il est clair que, si nous avions pratiqué des injections d'ergotine, nous aurions attribué à ce médicament les effets que nous avons constatés et qu'en réalité il n'aurait pas produits.

M. Dehenne : Qu'il soit bien entendu, Messieurs, que je n'ai pas la prétention d'avoir trouvé le spécifique du diabète. Je dis seulement qu'ayant eu fréquemment à pratiquer des opérations oculaires chez des diabétiques, j'ai employé l'ergotine qui prévient les accidents à craindre. Or, j'ai constaté que l'ergotine, tout en agissant d'une manière très favorable sur l'œil, agit également avec succès sur l'état général.

M. Dubrisay : J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Dehenne. Mais je crois qu'il a conclu un peu vite. Car, en même temps qu'il fait les injections d'ergotine, il prépare ses malades à l'opération par un bon régime, et ce régime seul peut améliorer les diabétiques. Je ne suis pas très frappé de ce fait que la quantité de sucre est tombée de 60 grammes à 12. Pareils écarts s'observent sous l'influence du moindre changement de régime. Du reste, mes collègues se rappellent qu'on a vanté d'autres médicaments, notamment le bromure de potassium, qui aurait réussi dans un grand nombre de cas, et dont on ne parle plus.

— L'ordre du jour appelle la discussion d'une proposition de M. Apostoli, qui demande qu'une commission de trois membres, nommés par la Société, soit appelée à contrôler ses recherches sur la galvano-caustique appliquée au traitement des maladies de l'utérus.

Après un échange d'observations de la part de la plupart des membres présents, la Société décide que, « tout en applaudissant aux efforts de M. Apostoli, et en appréciant hautement le mobile de sa demande, elle est liée par ses traditions et par les précédents, et qu'elle ne saurait s'arroger un droit de contrôle sur les travaux de l'un de ses membres. Elle ne peut qu'engager M. Apostoli à poursuivre ses recherches, et elle espère qu'il continuera à lui en soumettre les résultats ».

— Discussion de la proposition de M. Perrin relative à l'organisation de l'hygiène publique. (Sera publiée ultérieurement.)

Vote. — M. le docteur Edmond Wickham est élu membre titulaire à l'unanimité des membres présents.

— La séance est levée à six heures.

VARIÉTÉS

UNE FOUILLE DANS LE SOL DE L'ANTIQUE LUTÈCE

(*Mons Lucotitius* des Anciens)

Rue du cimetière-Saint-Benoît, à l'angle de la rue Saint-Jacques, on voyait encore il y a quelques mois, le bâtiment affecté à l'ancien collège Duplessis, devenu la propriété du collège Louis-le-Grand. C'est le 8 janvier 1322 que le collège Duplessis fut fondé par Geoffroy-Duplessis-Balisson, protonotaire apostolique, sous le nom de Saint Martin du Mont; mais le public lui a conservé celui de Duplessis, sans doute par reconnaissance pour son fondateur.

L'importance de l'ancien bâtiment étant reconnue insuffisante, l'administration actuelle fit l'acquisition des immeubles situés derrière l'ancien collège des Cholets (angle de la rue Saint-Jacques et de l'ancienne rue Saint-Étienne-des-Grès), afin de porter sur ce point l'aile gauche de la construction générale.

Des fouilles ont été pratiquées au milieu de vieilles fondations qui appartiennent à diverses époques. Rue du cimetière Saint-Benoît, au angle de muraille de l'époque gallo-romaine a été mis à jour vers le milieu de la fouille et non loin d'un ancien puits qui ne mesurait pas moins de 2m 10 de diamètre. Des trous à immondices ont été égale-

©BIU Santé

ment mis à jour, ils contenaient des fragments de poterie gallo-romaine ; plusieurs puits des douzième et treizième siècles, des puisards viennent affirmer que, depuis l'occupation romaine, ce point de notre vieux Paris était un centre occupé par la population parisienne.

Plusieurs monnaies romaines, à l'effigie des premiers empereurs, étaient mêlées avec les fragments de vases antiques trouvés sur ce point.

A l'angle de la rue Saint-Jacques et de l'ancienne rue Saint-Étienne-des-Grès, les ouvriers découvrirent des fragments de poterie en terre grise, jaune et rouge, appartenant à la belle époque; nous mentionnerons un beau tesson de *Cortina*, en terre rouge cuite à une haute température et ne faisant pas effervescence avec l'acide nitrique: La décoration extérieure, en relief, est fort curieuse pour les indications qu'elle apporte sur les coutumes et les costumes de l'époque. Un premier groupe composé de deux personnages, dont nous devons taire l'intéressante occupation, est séparé par des filets et de petits cercles de deux gladiateurs combattants, ces derniers sont armés du *scutum* et coiffés du casque de combat. Celui de gauche se couvre la moitié du visage et toute la poitrine au moyen du bouclier, les jambes sont nues; le second, placé de trois quarts, faisant face à son adversaire, est protégé depuis le sommet de l'épaule gauche jusqu'aux genoux par le *scutum* qui offre le relief de l'*umbo* placé au centre de l'arme défensive. Ce beau fragment appartient au commencement de notre ère.

Des fragments de petites coupes, ou *Calix*, de *Catinus* (ou plat à servir les viandes) d'*Œnohoe* (vase à contenir le vin), d'*Orca* (petite amphore), d'*Olla* (grande jarre ou marmite); des fragments d'*amphores* en terre grise, etc., etc., furent rencontrés à cinq et six mètres en contre-bas du niveau actuel de la rue Saint-Jacques. Plusieurs monnaies à l'effigie d'Auguste, de Claude, de Nerva, de Trajan, d'Antonin, et de Faustine la Jeune se trouvaient sur différents points de la fouille au milieu de tous ces fragments de la céramique gallo-romaine. Quelques ossements d'animaux, des débris culinaires, se trouvaient mêlés à toutes ces curiosités enfouies depuis dix-huit cents ans.

Quelques puits ou puisards ont offert de beaux échantillons de céramiques parisiennes des XII, XIII, XIV et XVe siècles. Les poteries des XII et XIIIe siècles sont grises ou jaunâtres, faites au four, poreuses, happant à la langue, dépourvues de vernis, ornées quelquefois de reliefs, mais le plus souvent décorées de raits ou raies rouges ferrugineux qui vont de haut en bas.

Ce type est parisien. Les poteries des XIV et XVe siècles sont décorées d'appliques en terre et couvertes d'un beau vernis plombifère, jaune quelquefois, accompagné de gouttes rouges sans transparence. Ces différents types étaient assez semblables comme forme aux pichets employés au commencement du siècle dernier.

Lorsqu'on parle du grand progrès artistique dans l'art de la céramique, le nom qui se présente aussitôt à l'esprit est celui de Bernard Palissy, l'immortel créateur; nous pouvons affirmer pourtant qu'avant la renaissance française de l'art du potier, on avait fait déjà quelques sérieuses tentatives vers le beau, si nous en jugeons d'après nos propres et successives découvertes, aussi bien que par les fabriques de Beauvais, de Troyes en Champagne, où l'on fabriquait déjà des terres cuites revêtues d'un vernis plombifère.

La même époque offre aussi un type fort curieux et où semblent revivre les coutumes grecques, je veux parler des poteries qui portent des inscriptions en lettres gothiques faisant allusion à leur emploi. « Vive le jeu qui est icy, vive le bon roy, vive le bon vin. » On sait que chez les Anciens, chez les Grecs particulièrement, les vases à vin, les coupes à boire portaient presque toujours des devises bachiques. On lisait sur ces vases de formes différentes : « — Bois et ne me dépose pas. — Salut et bois-moi. — Réjouis-toi. — Bois-moi. — Vide-moi. — Le beau garçon. — La belle fille. — Eva. — Evohe (cri des fêtes de Bacchus. » Parmi ces curieuses poteries parisiennes se rencontrent aussi des tirelires du temps de Charles VI contenant encore des monnaies d'argent, des sifflets en terre cuite, recouverte d'un émail vif et brillant, le tout assez heureusement conservé.

Les poteries appartenant à la sombre période médiévale sont fort rares; cela tient à ce que ces vases, ne servant que des besoins purement domestiques, on les jetait au rebut dès qu'ils ne répondaient plus à leur objet d'utilité. En outre, la coutume n'exis-

tait plus de déposer un mobilier funéraire auprès des morts, coutume qui, on le voit, avait du bon, puisque l'on lui doit, avec les enrichissements de tant de précieuses collections, de si vives lumières sur tous les usages de la famille antique.

Donc, pour revenir à notre sujet, ces dernières découvertes viennent affirmer ce que nous avaient annoncé les résultats de bien des fouilles antérieures, c'est-à-dire que, depuis l'occupation romaine, ce point de notre vieux Paris, où se dressent aujourd'hui la Sorbonne, le Collège de France et autres grands foyers intellectuels, n'a jamais cessé d'être un des centres les plus intéressants de l'activité parisienne.

Eug. Toulouze.

FORMULAIRE

Pommade iodo-iodurée. — Vulpian.

Iodure de potassium	10	grammes.
Teinture d'iode	2	—
Axonge ou Vaseline	20	—

F. s. a. — Cette pommade s'emploie contre la rétraction de l'aponévrose palmaire, qui reconnait habituellement pour cause un état général dyscrasique, tel que le rhumatisme, la goutte, le diabète, le saturnisme. On en étend une couche épaisse sur la paume de la main, et on dispose par dessus plusieurs couches de ouate, maintenues à l'aide de tours de bandes. Ce pansement est laissé en place pendant 24 heures, puis renouvelé, jusqu'à ce qu'il ait provoqué la chute de toutes les squames de la surface palmaire.

N. G.

COURRIER

Les membres du jury du concours ouvert à l'administration générale de l'Assistance public à Paris, pour le prix Civiale ont été tirés au sort; ce sont : MM. les docteurs Féréol, Guyon, Guyot, Léon Labbé et Vidal.

Les candidats, au nombre de deux seulement, sont MM. Clado et Hallé.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu le 25 octobre 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Estor, M. Bertin, professeur d'hygiène à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

Faculté de médecine de Lyon. — Ont été proclamés lauréats, le 3 novembre 1886, dans la séance solennelle de rentrée des Facultés :

Prix des thèses. — *Médailles d'argent :* MM. Florence, Jury, Jabouley, Leclerc et Truc. — *Médailles de bronze :* MM. Dalphin, Rafin et Zorab.

Prix de fin d'année. — *Médecine.* Première année : Prix, M. Claude Philippe. — Deuxième année : Prix, M. Benoit dit Becker. — Troisième année : Prix, M. Audry. — Quatrième année : M. Chaintre.

Pharmacie. — Première année : Pas de prix. — Mention honorable, MM. Chevrier et Monavon. — Deuxième année : Prix, M. Joseph Philippe. — Mention honorable, M. Raymond. — Troisième année : M. Banal.

Faculté de médecine de Nancy. — Samedi 6 novembre, à trois heures, a eu lieu la séance de rentrée de la Faculté de médecine.

M. Victor Parisot, professeur, qui prend sa retraite, a fait, en termes éloquents, ses adieux à ses collègues et aux élèves.

M. Tourdes, doyen, lui a répondu et a rappelé au souvenir de la Faculté M. Bach, ancien professeur de pathologie externe à la Faculté de Strasbourg et à celle de Nancy, son ancien condisciple.

©BIU Santé

Les prix de l'année 1885-1886 ont été ensuite proclamés. En voici la liste :

Première année : Prix. M. Thiébaut. — Troisième année : Prix M. Janot. — Mention très honorable, M. Manson. — Quatrième année : Prix, M. Licht.

Concours du prix dit Prix de l'Internat, fondé par M. le docteur Bénit : Prix M. Haushalter.

Prix de thèse, M. Haushalter. — Mentions honorables : MM. Wensinger, Wendling, Ruotte, Knœpffer.

École supérieure de pharmacie de Nancy. — A l'École supérieure de Nancy, la séance de rentrée a eu lieu le samedi 6 novembre. M. Schlagdenhauffen, le nouveau directeur de l'École, a fait l'éloge de son prédécesseur, M. le professeur Jacquemin.

Voici la liste des récompenses pour l'année scolaire 1885-1886 : Première année. — Prix M. Simon. — Mentions honorables, *ex æquo*, MM Rouyer et Marcotte.

Deuxième année. — Prix, M. Noël. — Mention honorable, M. Durand.

Troisième année. — Prix : médaille d'or, M. Ruttinger.

Chimie et pharmacie galéniques. — Médaille d'argent avec livres à MM. Rouyer et Marcotte.

Chimie et micrographie. — Médaille d'argent avec livres à MM. Durand et Patard.

Travaux de recherches. — Médaille d'or, M. Noël.

Nouveau projet de loi. — On doit s'occuper bientôt, paraît-il, d'un nouveau projet de loi qui doit être présenté à la Chambre des lords par un des plus éminents criminalistes de la Grande-Bretagne, sir Cutwrong Bart. Il a pour but d'extirper de la société moderne un vice qui en est l'opprobre : la prostitution infantile. Nous faisons allusion à ce qu'a révélé la *Pall Mall Gazett*. Nous y avons lu avec un inexprimable dégoût, la description de ces petits êtres flétris dès leur enfance, et voués au vice par des parents dénaturés, et cela pour gagner l'argent de ce que l'on a si bien nommé les *minotaures de la lubricité*.

Contre eux, on a proposé les amendes, la prison, les responsabilités civiles se traduisant par des sommes énormes. Mais que leur importe !

L'éminent hygiéniste qui va présenter la loi parle en termes moins sévères de ces misérables. Pour lui ceux qui méritent la mort, ce sont les parents des victimes. Les minotaures sont des malades à ses yeux. Et alors pourquoi les punir? Et en les punissant vous allez priver la société d'excellents ingénieurs, de littérateurs charmants, de charpentiers habiles. Et cela parce que ces messieurs sont incapables de refréner leurs instincts génésiques. Supprimez ces instincts, en supprimant les organes où ils siègent, et laissez à la société les hommes qui peuvent la servir.

La loi Cutwrong tend donc à demander la castration avec mise en liberté immédiate de tout individu qui se sera rendu coupable d'un attentat à la pudeur sur un enfant.

Espérons que les lords tiendront à honneur, pour réhabiliter la Grande-Bretagne et faire oublier les scandales de l'an dernier, de voter cette loi.

Quand la loi Cutwrong aura reçu le baptême parlementaire, nous prierons un de nos pères conscrits de plaider au Sénat une cause analogue. Et je songe déjà à notre excellent collègue M. Chavanne, qui est, j'en suis sûr, absolument de cet avis.

(*Lyon Médical*). Dr Proudflesh.

Hôpital Beaujon. — *Clinique chirurgicale*. — Le docteur Léon Labbé reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 16 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants. — Opérations à neuf heures et demie.

— Le docteur Galezowski, commencera un cours sur les *maladies des yeux*, à l'École pratique de la Faculté, dans l'amphithéâtre n° 2, mardi prochain 16 courant, à 8 heures du soir, et le continuera les jeudis et les mardis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des affections oculaires dépendant des maladies cérébrales et spinales.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. J. Luys : Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Nécrologie : Mort de Paul Bert. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Recherches sur la céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques (1)

Par le docteur J. Luys.

II

Messieurs, je viens de vous exposer le mécanisme et le mode de fonctionnement des instruments nouveaux, qui m'ont permis de faire sur l'homme vivant une mensuration plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici des courbes de la tête humaine. Permettez-moi de vous exposer sommairement les principales conclusions qui découlent d'un grand nombre de travaux comparatifs que j'ai faits depuis plusieurs années, à l'aide de ces instruments, et qui portent sur l'examen comparatif de la tête envisagée comme je viens de l'indiquer, chez l'homme et chez la femme, et dans les conditions normales et pathologiques. Ces tableaux ont été construits en tenant compte, aussi exactement que possible, de l'âge, de la taille et de la nationalité du sujet.

Je vais donc vous entretenir des questions qui touchent, chez les deux sexes, aux rapports des différentes courbes. Je vous parlerai ensuite de l'importance que ces études céphalométriques peuvent avoir, au point de vue de la connaissance exacte du développement de l'encéphale chez les jeunes sujets, dans ses rapports avec l'instruction et le développement intellectuel, et de l'application que l'on pourra faire, dans l'ordre des choses médico-légales, des courbes céphalométriques ainsi que je les propose, par la détermination plus précise de l'identité des criminels.

1° Je vous rappelle, tout d'abord, un point très intéressant révélé par nos constructions graphiques, c'est l'existence variable, suivant les individus, d'une portion de la masse cérébrale qui est latente et qui ne se révèle pas à l'extérieur.

2° Les conclusions suivantes, que je vais vous exposer, résultent donc de l'examen comparatif d'un certain nombre de graphiques céphaliques pris dans les conditions d'exactitude scrupuleuse, sur une série de groupes de sujets des deux sexes, et se résumant dans les données suivantes :

Il ressort tout d'abord un fait très intéressant de l'examen des chiffres indiquant les longueurs individuelles de telle ou telle courbe ou de tel ou tel diamètre; c'est que, par exemple, après avoir totalisé chacune des longueurs pour un seul diamètre, d'un certain nombre de sujets, on peut obtenir une moyenne spéciale commune pour ce diamètre, *un axe graphique;* on voit alors, en faisant une construction, que le chiffre du diamètre en question oscille soit au-dessus, soit au-dessous de cet axe graphique.

Ainsi, pour fixer les idées :

A. Sur 40 sujets masculins normaux de 17 à 70 ans, dont la taille a été exactement notée, en examinant le graphique fronto-occipital, je trouve que la moyenne de chaque diamètre antéro-postérieur, appartenant à ces individus, est de 184^{mm}; on voit alors sur le tableau où ils sont inscrits que

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 4 et 11 novembre 1886.

©BIU Santé

les oscillations individuelles autour de cet axe graphique sont comprises entre 175mm, chiffre minimum, et 198mm, chiffre maximum.

En procédant de la même manière, on trouve que, pour le diamètre vertical, la moyenne étant 10[illegible]mm, les oscillations individuelles sont comprises entre 93mm et 114mm.

Pour le diamètre oblique antérieur, la moyenne étant 103mm, les oscillations individuelles se font entre 94mm et 115mm; et pour le diamètre postérieur, la moyenne étant 106mm, les oscillations sont comprises entre 94mm et 120mm.

Mais ceci n'est qu'une première opération préparatoire. Quand on opère sur un graphique, et qu'on a pris la moyenne d'un diamètre, on peut synthétiser les moyennes successives ainsi obtenues et les grouper en une moyenne unique, qui va donner, pour ce même plan antéro-postérieur de l'encéphale humain, un chiffre moyen qui exprimera la valeur numérique de tous les facteurs multiples qui entreront dans sa composition. On pourra ainsi avoir une mesure relative de la valeur du plan antéro-postérieur de chaque individu, et à l'aide d'une moyenne, comme axe graphique, se rendre compte des différences individuelles.

La moyenne des chiffres des diamètres du plan antéro-postérieur étant ainsi exprimée par le chiffre 498mm, on voit, en lisant les cotes individuelles, que les oscillations s'exercent entre 470mm et 517mm, chiffre maximum.

On est amené naturellement à appliquer le même système d'étude aux courbes et diamètres des plans circulaire et bi-auriculaire du cerveau, et à totaliser les résultats qu'ils fournissent. Il ne reste plus qu'une dernière opération à faire : c'est de formuler, en un graphique d'ensemble, la totalisation des mesures céphaliques oscillant autour d'un axe graphique commun pris comme moyenne.

C'est ainsi que sur une courbe générale, comprenant la même série de types normaux, on voit d'abord, qu'étant donnée une moyenne générale de 1,721mm, qui exprime la totalisation des diamètres céphaliques, il y en a une moitié qui oscille au-dessus, et une autre moitié qui oscille au-dessous de cette moyenne. Le chiffre minimum, comme valeur céphalométrique, ne s'élève qu'à 1,620mm et le chiffre maximum qu'à 1,802mm; ce qui constitue entre ces deux individus une différence égale de 182mm.

Ces chiffres, comme on le voit, ont une importance capitale qui permet de se rendre compte d'une façon précise, de l'inégal développement des cerveaux humains et des différences individuelles qu'ils sont susceptibles de présenter.

B. Si nous passons maintenant à l'étude de la céphalométrie chez les sujets féminins, nous constatons encore des faits connus déjà, mais très nettement vérifiés : c'est le moindre développement de la tête chez la femme.

Sur un nombre plus restreint de femmes dont l'âge oscille entre 19 et 83 ans, l'étude comparée des diamètres antéro-postérieurs que je me borne à vous indiquer a donné les résultats suivants :

Pour le diamètre antéro-postérieur, la moyenne étant 175mm, les oscillations ont été comprises entre 166mm et 188mm.

Pour le diamètre vertical, la moyenne étant représentée par 100mm, les oscillations ont été comprises entre 96mm et 113mm.

Pour le diamètre oblique antérieur : moyenne, 98mm; oscillations, 91mm à 110mm.

Pour le diamètre oblique postérieur : moyenne, 101mm; oscillations, 96mm à 111mm.

Comme résumé, la moyenne des diamètres du plan fronto-occipital étant 474mm, les oscillations ont été comprises entre 449mm, chiffre minimum; et 500mm, chiffre maximum.

Si nous prenons ensuite la totalisation des diamètres appartenant au plan circulaire et bi-auriculaire, nous arrivons à obtenir, comme moyenne pour le cerveau féminin, le chiffre de 1,643mm, les oscillations s'étant opérées entre les chiffres minimum 1,563mm et, maximum, 1,720mm.

Il ressort donc de l'examen comparatif des différents diamètres céphaliques pris sur des sujets adultes masculins et féminins, la démonstration évidente d'une atténuation de tous les diamètres chez ces derniers, et d'un développement moindre de la masse cérébrale chez la femme.

Ainsi, pour fixer plus nettement les idées, en ne prenant que les résultats des mensurations du plan fronto-occipital, les différences de longueur sautent directement aux yeux. Ainsi :

Chez l'homme		*Chez la femme*	
Le diamètre fronto-occipital mesure.	184	Le même diamètre	175
Le vertical.....	105	—	100
L'oblique antérieur.....	103	—	98
L'oblique postérieur.....	106	—	101

Et pour compléter cette comparaison qui peut être faite avec les autres graphiques, si nous mettons en présence la totalisation de ces diamètres céphaliques dans l'un et l'autre sexe, nous obtiendrons encore les résultats confirmatifs suivants :

Chez l'homme, le chiffre total est représenté par 1,721, et, chez la femme, par 1,643; ce qui fait une différence de 78mm. On peut donc dire que les mensurations fournies par ces moyens nouveaux d'investigation établissent entre les mensurations céphalométriques de l'homme et de la femme une disproportion constante dans tous les diamètres, et que la différence peut être évaluée dans les rapports de 95 à 100.

J'ai pareillement cherché, en pénétrant dans le domaine de la pathologie cérébrale, à appliquer ma nouvelle méthode de mensuration céphalique à certains groupes pathologiques, de façon à spécifier, soit les déformations crâniennes congénitales, soit les malformations acquises, ou les anomalies de structure que l'on est susceptible de rencontrer dans certains cas donnés.

Chez les idiots et les imbéciles, dont j'ai pu mesurer les courbes céphaliques pendant les nombreuses années que j'ai passées à la Salpêtrière, j'ai rencontré des vices de développement, des asymétries crâniennes des plus caractéristiques. Ces détails feront l'objet d'une communication ultérieure.

Dans les cadres de la pathologie mentale, et de la paralysie générale en particulier, j'ai rencontré des conclusions inattendues, que je ne fais que consigner ici, comme des résultats d'attente destinés à être confirmés ou infirmés par des recherches ultérieures.

1° Ainsi, sur un groupe restreint de 12 paralytiques généraux du sexe masculin, dont l'âge a été compris entre 32 et 50 ans, j'ai constaté que, comparativement aux mensurations similaires faites sur des sujets sains, les données céphalométriques des diamètres cérébraux prédominent chez les sujets pathologiques. Ainsi :

©BIU Santé

Chez l'homme sain		*Chez le paralytique*	
La moyenne totalisée du graphique fronto-occipital était de.....	498	Elle est de.....	502
Celle du bi-auriculaire.....	520	—	525
Celle du circulaire.....	703	—	703
La moyenne générale.....	1721	—	1730

Ces résultats bizarres qui se résument à constater une légère prédominance de 9mm dans les mesures prises sur des paralytiques, par rapport à celles prises sur des cerveaux sains, ne doivent être acceptés qu'avec réserve, et ne peuvent être considérés que comme l'effet d'une série accidentelle. Il indique néanmoins provisoirement qu'il n'y a pas de différence sensible entre les dimensions moyennes de la tête d'un paralytique et celles d'un homme sain.

Ce qui est encore étrange, c'est que sur un groupe de 9 sujets masculins compris dans la période de 25 à 57 ans, atteints tous de manie chronique et d'hallucinations, chez de véritables aliénés, en un mot, j'ai rencontré des résultats semblables.

Ainsi, chez ces sujets, la moyenne totalisée du graphique fronto-occipital a donné 512mm, le chiffre étant 498.

Celle du graphique bi-auriculaire a donné 533mm, le chiffre normal étant 520.

Celle du graphique circulaire a donné 703mm, le chiffre normal étant 703 pareillement.

Et enfin la moyenne totale a été 1,748mm, supérieure à celle des paralytiques, la moyenne normale étant 1,721. Ce qui fait que, dans ce groupe d'aliénés véritables, les moyennes céphalométriques dépassaient de 27mm les mêmes mesures prises sur des sujets sains.

Mêmes résultats dans la mensuration céphalométrique de femmes aliénées. Ainsi, sur un groupe de 18 femmes atteintes soit de manie chronique, soit d'hallucinations, et dont les limites d'âge étaient comprises entre 23 ans et 57 ans, j'ai constaté les résultats indiqués ci-contre. Ainsi :

Chez les sujets sains		*Chez les sujets aliénés*	
La moyenne du graphique fronto-occipital étant de.....	474	Elle est de.....	488
Celle du bi-auriculaire.....	497	—	505
Celle du circulaire.....	672	—	687
La moyenne générale.....	1643	—	1680

Il y a encore ici, comme dans le groupe des aliénés du sexe masculin, signalé précédemment et pris dans la même situation de milieu, une prédominance de 37mm à l'avantage du cerveau pathologique. Et en additionnant le nombre des sujets pathologiques examinés, nous arrivons donc à cette étrange conclusion que, dans ces trois groupes pris isolément et formant un total de 39 cas, les cerveaux malades sont supérieurs dans leur évaluation céphalométrique à un nombre égal de cerveaux sains.

Ce sont là, Messieurs, des résultats imprévus que je ne fais que signaler à l'attention de tous ceux qui travaillent dans cette direction, sans y attacher plus d'importance qu'ils ne méritent, laissant à des investigations nouvelles le soin d'établir ce qu'ils ont de bien fondé.

Néanmoins, s'ils étaient confirmés, il serait curieux de noter (ce que du reste on sent déjà), que les individus prédisposés à subir durant leur

vie des perturbations mentales, ont dans leur organisation cérébrale des facteurs spécifiques qu'ils apportent en naissant, et que, si à un moment donné ils succombent dans la lutte, c'est qu'il existe chez eux une contexture cérébrale originelle viciée, mal équilibrée par place, qui ne leur permet pas d'évoluer dans la vie comme leurs semblables, mieux partagés au point de vue de l'harmonie des proportions de leur cerveau.

III

Enfin, Messieurs, permettez-moi, en terminant, d'appeler votre attention sur deux séries d'applications qui pourraient être faites de ces méthodes nouvelles de céphalométrie, et qui peuvent avoir, dans la pratique, un retentissement considérable.

L'une est relative à l'étude du développement physiologique de la tête chez les jeunes sujets, principalement pendant la période où ils sont placés dans les lycées.

L'autre intéresse les constatations de l'identité chez les criminels.

1° Relativement au premier problème, il serait véritablement d'un très haut intérêt pratique de pouvoir avoir des notions exactes sur les lois du développement physiologique du cerveau humain, principalement dans les premières périodes de la vie dans lesquelles les aptitudes latentes de chaque sujet se développent, l'homme se montrant déjà ce qu'il sera plus tard. Nous n'avons jusqu'ici aucune donnée précise sur cet intéressant sujet. Tout est à faire.

Comment se développent, à partir des premières années de la vie, les différents territoires du cerveau? Quelles sont les lois de son évolution naturelle? Y a-t-il des phases de développement revenant par périodes de trois ou quatre ans, qui se succèdent à des moments donnés, ou bien ce développement se fait-il quotidiennement d'une façon uniforme? Les régions stables que je vous ai indiquées, correspondant aux régions temporo-pariétales, sont-elles diminuées dès les premières années, et le développement des régions frontales est-il progressif et proportionnel aux efforts opérés par le sujet, ou bien est-il dû à l'entraînement provoqué par l'instruction agissant alors comme stimulation physiologique? Y a-t-il des sujets réfractaires chez lesquels l'évolution physiologique ne se fait pas?

Vous voyez, Messieurs, par ce simple énoncé de ces quelques propositions techniques, combien il importe à la bonne direction à donner à l'instruction de la jeunesse d'être fixé tout d'abord sur la valeur des ressources disponibles de la matière éducable, et de l'importance primordiale qu'il y a à apprécier les conditions organiques fondamentales du substratum matériel. Je pense donc qu'au point de vue de l'avenir, il y aura de grands avantages à suivre, chez les jeunes sujets, à l'aide des mesures céphalométriques instituées comme méthodes d'investigations scientifiques, le développement progressif de la tête, faites en fonction *de la taille*, et à dresser ainsi par chaque élève des lycées un véritable dossier céphalique, qui serait l'élément caractéristique de sa personnalité et le témoin irrécusable de son développement physique. Tous les sujets nouveaux seraient ainsi mesurés, et tous les ans, au moment de la rentrée des vacances, une commission de médecins habitués à répéter les mêmes opérations et rompus au maniement des instruments céphalométriques, feraient la visite dans les lycées et permettraient d'obtenir ainsi des renseignements précieux destinés à résoudre certaines questions pédagogiques d'une très haute importance; et, étant

©BIU Santé

connue la valeur céphalométrique de certaines organisations cérébrales, on arriverait à ne plus considérer comme des paresseux et des non-valeurs universitaires, une masse de pauvres enfants qui n'ont d'autres torts que d'être incomplets au point de vue du développement de leur cerveau, et de porter en eux les traces inéluctables d'influences héréditaires reçues de leurs parents.

Il y a dans cet ordre d'idées toute une série d'études spéciales de pédagogie scientifique qui pourront prendre naissance et, comme conséquence, qui seront suivies de méthodes plus rationnelles pour diriger certains groupes d'enfants à développement cérébral tardif, et éviter surtout ces excès de travail prématurés qui fatiguent les éléments nerveux en voie de formations, et amènent ces symptômes graves de surmenage intellectuel suivis souvent d'hébétude et de démence prématurée, comme j'en ai noté déjà quelques exemples.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Rapports : De l'intervention chez les tuberculeux ; — Deux tailles sus-pubiennes sur un garçon de 4 ans 1/2. — De la névralgie du testicule et de ses rapports avec l'hystérie. — Présentation de malade : Exostose humérale, opération, guérison. — Présentation de pièce pathologique : exostose éburnée du sinus frontal. — Election d'une Commission.

M. Nepveu fait un rapport sur un travail de M. Delorme, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin-major de 1re classe.

« Le travail de M. Delorme, dit M. le rapporteur, comprend trois observations intéressantes à divers titres. Les deux premières n'offrent d'intérêt que parce que l'auteur a fait le raclage, au fond d'un vaste abcès tuberculeux, de nerfs importants, le radial et le sciatique, sans qu'il soit survenu ni accidents primitifs, ni troubles consécutifs.

« Ce n'est pas cependant la première fois qu'on dénude de gros troncs nerveux dans de grandes opérations. M. Verneuil, notamment, a reconnu qu'il lui avait été possible plusieurs fois d'isoler sur une assez notable étendue de gros troncs nerveux sans que cette pratique ait été suivie d'accidents.

« Les faits de M. Delorme sont une contribution intéressante à ce chapitre de physiologie chirurgicale déjà ouvert par les recherches de M. Verneuil, sur la dénudation des troncs nerveux. »

Conclusions : Remerciements à l'auteur, dépôt aux archives. (Adopté.)

— M. Terrier fait un rapport sur un travail de M. le docteur Defontaine (du Creusot), ayant pour titre : *Deux tailles sus-pubiennes chez un enfant de 4 ans* 1/2.

Presque depuis sa naissance, cet enfant souffrait de vives douleurs, surtout lors de la miction; il n'y avait pas d'hématuries; l'examen de la vessie, après anesthésie, démontra l'existence d'un calcul.

La taille sus-pubienne est pratiquée le 4 août 1885; le ballon de Petersen introduit dans le rectum est distendu par 200 gr. d'eau; or, il remonte dans l'intestin, et au lieu de faire saillir la vessie préalablement distendue par une injection d'acide borique en solution diluée, c'est le ballon qui lui-même distend, à droite et au niveau de l'ombilic, la paroi abdominale.

Le chirurgien dut dégonfler le ballon, l'abaisser, y injecter de nouveau 200 grammes de liquide, et le faire maintenir par un aide pour empêcher son ascension dans l'intestin, et, par suite, son déplacement d'action.

La vessie faisant saillie, on fit l'incision médiane, puis, la vessie dénudée en bas de la plaie, c'est-à-dire au-dessus du pubis, M. Defontaine refoula en haut avec deux sondes

cannelées ce qu'il pensa être le cul-de-sac péritonéal. Maintenant le péritoine avec l'index gauche, il ponctionna la vessie et agrandit l'incision avec le bistouri boutonné. Avec l'index gauche introduit dans la vessie, on sentit le calcul à gauche du ballon rectal, et il fut ramené vers l'incision vésicale. Des pinces à pression substituées au doigt purent saisir le calcul et permirent de le retirer.

La rétraction de la vessie, qu'on fut même obligé de saisir avec une pince à pression en haut de la section, pour ne pas la perdre, dissuada l'auteur de toute tentative de suture.

Après avoir essayé des deux drains à demeure, M. Defontaine fut obligé de les abandonner pour placer un petit tube pénétrant parfaitement dans la vessie. De même au pansement de Lister il dut substituer du coton hydrophile enduit de vaseline au sublimé. Tous les jours, injections vésicales avec la solution boriquée.

Le douzième jour, on essaie de laisser en place dans l'urèthre une sonde à demeure; mais l'enfant ne la supporte pas.

Le vingtième jour, la plaie est presque fermée; elle est tout à fait guérie le vingt-cinquième jour.

Deux mois après, l'enfant qui avait semblé parfaitement délivré de ses maux, recommença à souffrir; M. Defontaine explora de nouveau la vessie et reconnut l'existence d'un second calcul qui avait échappé au premier examen. Une nouvelle opération fut donc pratiquée le 6 janvier 1886, cinq mois après la première. On retira un calcul piriforme long de 4 centimètres, et dont le plus grand diamètre avait 1 centim. 1/2. Ce calcul semblait devoir s'engager dans la portion prostatique de l'urèthre qu'il avait dilatée. Pansement avec la gaze imbibée de sublimé; ni drain, ni sonde. Pas de réaction fébrile.

Au quinzième jour, miction par la verge, et au vingtième jour, guérison complète qui ne s'est pas démentie. Dans les réflexions dont il fait suivre son observation, l'auteur fait remarquer, avec MM. Tillaux et Monod, la difficulté plus grande de la taille hypogastrique chez l'enfant, difficulté due au peu d'étendue du champ opératoire, au déplacement possible du ballon rectal en haut et latéralement, si bien qu'on a pu inciser le rectum au lieu de la vessie, à la rétraction de la vessie dès qu'elle est ouverte, rétraction qui, dans la première opération, a notablement gêné M. Defontaine et l'a empêché de faire un examen complet du viscère, bien qu'il se soit efforcé de la maintenir à l'aide de pinces à pression.

Cette rétractilité contre-indique, d'après l'auteur, la section vésicale, cette suture étant profonde et difficile, ce qui ne paraît pas à M. le rapporteur une raison suffisante pour la proscrire absolument.

Les tubes en siphon et les drains paraissent inutiles à M. Defontaine qui partage ici les idées de M. Thompson, à la condition cependant qu'on ne fasse pas de suture destinée à rétrécir la plaie abdominale.

L'auteur insiste encore sur la simplification du pansement antiseptique chez les enfants : vaseline au sublimé et ouate hydrophile, à laquelle M. le rapporteur préfère la vaseline boriquée et l'ouate ou le lint boriqué, pansement que M. Terrier a utilisé avec succès chez un enfant opéré d'extrophie vésicale. En fait, chez les enfants, la plaie se ferme assez vite seule, et, dès qu'elle est fermée, le malade urine spontanément.

Enfin, quand on est obligé de refaire la taille hypogastrique, le tissu cicatriciel guide le chirurgien jusqu'à la vessie, si bien qu'on pourrait se passer de ballon et peut-être d'injection vésicale. De plus la présence de ce tissu cicatriciel forme une sorte de rempart contre l'infiltration d'urine et les fusées purulentes, voire contre la péritonite, à la condition qu'on n'en dépasse pas les limites. M. Defontaine en conclut que la taille faite pour la deuxième fois ne présente ni difficulté, ni accidents.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille accepter facilement un nouvelle intervention; quelque simple qu'elle puisse être, on doit tout faire pour l'éviter, par conséquent explorer avec grand soin la vessie pour n'y pas laisser de calcul ou de corps étranger.

Conclusions : Remerciements à l'auteur, dépôt de son travail aux archives. (Adopté.)

— M. le docteur Ovion lit une observation intitulée : « Volvulus de l'intestin grêle, laparotomie, mort. »

©BIU Santé

— M. Terrillon communique un travail intitulé : *De la névralgie du testicule et de ses rapports avec l'hystérie chez l'homme*. Ce travail est basé sur un certain nombre d'observations dont plusieurs ont pour sujets des malades du service de M. Charcot à la Salpêtrière. Après avoir rappelé les travaux de M. Charcot et de son Ecole, travaux qui ont mis en éclatante lumière les faits d'hystérie chez l'homme, M. Terrillon analyse les cas de ce genre qu'il lui a été donné d'observer. Il cite, en particulier, celui d'un homme de 35 à 36 ans qui n'avait jamais présenté de manifestation hystérique jusqu'à un certain jour où, étant à la chasse, il fit un effort violent ; il sentit en ce moment une vive douleur au testicule et tomba par terre où il resta sans connaissance pendant plusieurs heures. Depuis cette époque, il avait conservé au testicule une sensibilité qui se réveillait à la moindre pression, au moindre froissement, et dont la mise en jeu provoquait de véritables attaques d'hystérie. Ce malade ne pouvait marcher que les jambes écartées et dans la demi-flexion ; il présentait, d'ailleurs, des hyperesthésies et des anesthésies locales telles qu'on a coutume de les observer chez les hystériques les plus avérées. Il guérit sous l'influence d'un traitement hydrothérapique combiné avec diverses médications internes.

M. Terrillon ne peut s'empêcher de rapprocher ces névralgies testiculaires des manifestations ovariennes que l'on observe habituellement chez les femmes hystériques, et il pense qu'il y a là un sujet d'études curieuses à faire sur la manifestation de certaines maladies locales considérées comme étant sous la dépendance de l'hystérie chez l'homme.

Son travail se termine par les conclusions suivantes :

« En résumé, je conclus, d'après l'étude de ces faits, que la névralgie du testicule, quelle qu'en soit la cause locale, se développe souvent chez des individus qui présentent les attributs de l'hystérie.

« Les caractères de l'hystérie sont souvent latents et doivent être recherchés avec soin ; mais quelquefois ils sont très évidents et peuvent être caractérisés par des troubles généraux et des attaques de grande hystérie.

« Peut-être pourra-t-on généraliser ces faits, mais ce n'est qu'avec de nombreuses observations ; aussi j'ai cru devoir appeler l'attention sur ce sujet, d'après l'avis de M. Charcot, afin que les membres de la Société de chirurgie en publient de semblables, s'ils en trouvent.

« Cette question a une grande importance, car la connaissance de cette cause générale aura une grande influence sur la thérapeutique de cette affection si rebelle. »

M. Bouilly a observé, chez des individus plus âgés, il est vrai, que le malade de M. Terrillon, des névralgies testiculaires qui ne s'accompagnaient d'aucun phénomène de nature à être rattaché à l'hystérie.

M. Trélat critique le nom de névralgie que M. Terrillon a cru devoir donner à l'affection dont était porteur le malade dant il a relaté l'observation ; à son avis, il s'agit d'un véritable hystérique ayant une manifestation locale particulière du côté du testicule. M. Trélat a constaté des faits analogues, en particulier chez des individus qui, avec un varicocèle médiocre, avaient des crises d'hystérie. La compression exercée sur les vaisseaux funiculaires, à l'aide d'un bandage herniaire, a suffi pour guérir les attaques.

M. Championnière a vu d'assez nombreux exemples d'hystérie chez l'homme ; il admet la légitimité de la comparaison établie entre le testicule et l'ovaire, au point de vue des manifestations hystériques, mais à la condition de faire ressortir les différences qui séparent ces manifestations ; les phénomènes ovariens étant habituels chez la femme, tandis que les lésions testiculaires sont exceptionnelles chez l'homme atteint d'hystérie.

— M. Terrillon présente un malade auquel il a enlevé une exostose humérale considérable, et qui a guéri avec conservation des mouvements du bras.

— M. Championnière présente un ostéome du sinus frontal développé jusque dans la paroi de l'orbite gauche.

Ces tumeurs ne sont pas très communes. On a signalé la difficulté d'extraction qui

résulte de leur volume et de leur extrême dureté. Celle-ci a nécessité une opération très large qui n'a pas, en somme, présenté de très grandes difficultés. Cependant, deux prolongements se dirigeant l'un vers les fosses nasales, l'autre vers la paroi orbitaire interne, ont demandé quelques recherches délicates.

L'opération a consisté en une très grande incision en T, la base de la tumeur étant très large.

M. Championnière creusa un grand sillon sur la table externe avec le ciseau et le marteau. Lorsqu'il l'eut achevé, il saisit la tumeur avec le davier à griffes de M. Ollier, et il put extraire la portion principale de la tumeur. Mais cette portion était liée par une sorte d'isthme à deux autres parties plus petites, dont l'une descendait vers les fosses nasales et l'autre avait enfoncé la paroi interne de l'orbite.

Il y eut quelques difficultés à les dégager, et on trouva dans le fond de la plaie une certaine quantité de matière blanchâtre ayant tout à fait l'aspect de la matière cérébrale. Dolbeau a signalé ce fait qui pourrait donner le change; il ne s'agit que de la matière accumulée dans les sinus.

Il y eut un écoulement de sang assez abondant qui fut arrêté par un tamponnement passager. La cavité laissée par l'opération était énorme, mais paraît devoir se combler rapidement. Toutefois, on n'a pu empêcher un peu de suppuration attribuable à l'indocilité du malade. La tumeur enlevée est très dure, sauf au niveau de son isthme central, et il eût été très difficile de l'enlever en la morcelant par le ciseau. Le volume total dépasse celui d'un œuf de poule.

— La commission nommée pour l'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire se compose de MM. Périer, Larger et Peyrot. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire. — *Ganglions sus-claviculaires et cancers viscéraux. — Difficultés de diagnostic des kystes hydatiques de la face convexe du foie. — Guérison des kystes hydatiques par la ponction simple. — Monoplégie brachiale d'origine inconnue. — Les abus du régime lacté.*

M. Troisier présente, au nom de M. Raymond et de son interne M. Fiorand, les pièces anatomiques d'une malade dont il avait parlé la dernière fois comme d'un exemple d'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'utérus. L'autopsie a montré, outre le cancer de l'utérus et la dégénérescence des ganglions pelviens, des noyaux cancéreux dans les poumons, quelques ganglions dans le médiastin supérieur et ce ganglion cervical dégénéré qu'on avait remarqué pendant la vie. De plus, un noyau cancéreux se trouvait sur le trajet du canal thoracique et le comprimait. M. Raymond pense que la propagation du néoplasme s'était faite des ganglions lombaires au ganglion cervical par la voie lymphatique du canal thoracique.

M. Troisier se souvient que M. Dreyfous, étant chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, observa un cancer latent de l'utérus avec adénopathie sous-maxillaire, et M. Jaccoud a l'habitude de rechercher toujours les ganglions inguinaux dans le cancer de l'estomac, parce qu'il les a trouvés souvent dégénérés.

— M. Millard relate une observation de kyste hydatique de la face convexe du foie dont le diagnostic a été longtemps masqué par des complications péritonitiques et pleurales. Le docteur Hausmann était appelé, en juin 1886, à soigner une bouchère de 32 ans pour des douleurs de ventre avec irradiations vers l'épaule droite, qu'il considéra d'abord comme des coliques hépatiques. La malade était aménorrhéique et avait vu son ventre grossir depuis deux ans. Son foie avait des dimensions colossales. M. Duguet, consulté, admit une péritonite tuberculeuse et conseilla les toniques. M. Quinquaud, bien qu'il n'y eût pas d'antécédents syphilitiques, prescrivit comme pierre de touche l'iodure de potassium ; puis on revint au traitement de la lithiase biliaire et M. Empis conseilla une saison à Vichy. Cependant la malade était tombée dans un état vraiment

©BIU Santé

cachectique avec ascite et œdème des membres inférieurs. M. Millard appelé constata un point rénitent et même fluctuant à peu de distance de la ligne médiane et fit une ponction qui donna issue à 540 grammes d'un liquide clair, incolore, non albumineux, contenant des crochets et un échinocoque. Après la ponction on observa frisson, vomissements porracés, facies grippé, 39°. Le lendemain une éruption généralisée d'urticaire, puis une congestion de la base du poumon droit. Ces accidents péritonitiques et congestifs cédèrent bientôt ; l'œdème des jambes et l'ascite disparurent, et la malade, revue sept mois après, était bien portante, les règles étaient revenues, le foie avait beaucoup diminué tout en conservant un volume anormal. L'ascite et l'œdème étaient sans doute le résultat de la compression des veines par le foie énorme ; quant à la congestion pulmonaire consécutive à l'évacuation du kyste, elle dépend peut-être de la décompression subite de la base du poumon droit.

En 1879, M. Millard avait déjà obtenu la guérison définitive d'un kyste hydatique du foie à la suite d'une simple ponction. Il s'agissait aussi d'une ancienne bouchère, et M. Millard s'est demandé s'il y avait lieu d'attacher une importance étiologique à la profession (usage peut-être de viande crue ou mal cuite). Au début, chez cette malade qui avait des habitudes alcooliques, on avait pensé à une congestion du foie venue sous l'influence de l'alcool. M. Millard insiste sur la presque impossibilité de diagnostiquer au début les kystes de la face convexe du foie tant qu'ils ne font pas de saillie vers la paroi abdominale. En terminant, il montre à la Société un malade qui est traité depuis quinze mois pour une douleur persistante dans le côté avec irradiations vers l'épaule ; des traces de pointes de feu et de vésicatoires doivent faire penser que le médecin a admis une pleurésie. Cet homme a un goût prononcé pour la viande de bœuf crue. On lui trouve une dilatation et une voussure de la base droite du thorax, un élargissement des espaces intercostaux, une matité hépatique allant du mamelon à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et une saillie de la région épigastrique. M. Piogey (de Bois-Colombe), qui a soigné le malade, a fait une ponction sans résultat, mais M. Millard pense que celle-ci n'a pas porté au niveau du point le plus rénitent ; il va faire une nouvelle ponction dont il donnera le résultat ultérieurement.

M. Cadet de Gassicourt croit que l'erreur inverse pourrait être commise, c'est-à-dire qu'on peut prendre pour un kyste une péritonite périhépatique suppurée enkystée, soit au-dessus, soit au-dessous du foie. Il a dans son service un enfant d'une douzaine d'années qu'il a considéré comme atteint d'un kyste ; or, l'incision large qui a donné issue à 250 grammes de pus a permis de s'assurer qu'il s'agissait d'une collection purulente extra-hépatique.

M. Troisier présente un malade auquel il a retiré, par ponction simple, il y a vingt mois, 150 grammes de liquide contenant des crochets ; la guérison est complète.

M. Moutard-Martin a observé, il y a sept ans, une petite fille chez laquelle on trouvait un foie gros, et à la surface deux saillies ayant l'étendue et le relief de verres de montre et rénitentes ; après en avoir suivi l'évolution pendant quelques mois, il fit une ponction dans chacune d'elles, et en retira 40 et 60 grammes d'un liquide caractéristique contenant des hydatides visibles à l'œil nu ; quelques accidents très passagers de péritonite survinrent. La malade, revue l'année dernière, est restée guérie, son foie est demeuré plus gros qu'à l'état normal.

M. Moutard-Martin ajoute que l'ascite et la cachexie, quand on les rencontre, ne doivent pas faire écarter l'idée d'un kyste, pas plus que l'ictère.

En 1876, il a vu dans le service de M. Chauffard, un malade atteint d'ictère et d'une tumeur hépatique que la ponction démontra un kyste hydatique. Depuis qu'il a son service à l'hôpital Tenon, il a reçu un jour, venant d'un service de chirurgie, une femme dans un état de cachexie et d'infiltration, tel qu'il y avait lieu de songer à un cancer abdominal. Cependant un examen minutieux le conduit à admettre un kyste suppuré. M. Danlos ayant partagé son avis, il retira par ponction 750 grammes de pus ; quelques jours après, la paroi abdominale s'enflammait et menaçait de se rompre ; une large incision donna issue à un flot de pus contenant des hydatides. La malade s'est à peu près complètement guérie ; elle conserve seulement une petite fistule au fond de

laquelle le stylet bute sur une incrustation calcaire, qui explique l'insuccès des injections modificatrices faites pour amener la cicatrisation.

M. Blachez fit, chez un malade cachectisé par un kyste d'un volume énorme, une ponction qui donna issue à cinq litres d'un liquide transparent, non albumineux, où des examens réitérés n'ont pas fait constater de crochets. Cet homme a dû être traité en chirurgie depuis lors pour une périostite suppurée de la jambe, mais M. Blachez s'est assuré que le liquide ne se reproduisait que très lentement dans le kyste du foie, malgré ses dimensions tout à fait insolites. Il pense que, bien souvent, les kystes guérissent après une seule ponction; mais il se demande pourquoi il n'en est pas toujours ainsi, et ne sait si cette différence dans l'évolution tient à la nature du liquide ou à d'autres conditions inhérentes au malade.

M. Féréol présente un homme de 32 ans, maçon, qui sans cause appréciable s'est réveillé il y a trois semaines avec une monoplégie brachiale gauche. La sensibilité était abolie dans tout le membre supérieur jusqu'à la racine du cou et, au bout de quinze jours, on constatait déjà un peu d'atrophie musculaire. Depuis huit jours qu'on a soumis le malade à l'électricité, l'atrophie diminue, la zone d'anesthésie est également moins étendue. Cet homme est très bien portant; on ne relève chez lui aucun des signes considérés comme stigmates de l'hystérie. Les seuls troubles de santé qu'on ait pu trouver chez lui sont une certaine faiblesse intermittente et fugace du bras gauche, quelquefois la sensation de doigt mort à la main gauche, avec flexion passagère des doigts en griffe; les orteils des deux pieds ont une disposition très manifeste en marteau, avec contracture des extenseurs. M. Boudet (de Paris) a constaté chez lui une hyperexcitabilité musculaire galvanique et faradique du membre paralysé sans réaction de dégénérescence. M. Féréol ne sait à quel genre de paralysie rattacher ce fait; en l'absence de tout signe de névrose, il répugne à en faire une paralysie hystérique, car on abuse, d'après lui, un peu trop du terme d'hystérie depuis quelque temps. S'agit-il d'une paralysie d'origine médullaire, cérébrale ou radiculaire? L'habitude qu'a le malade de porter des fardeaux sur la tête et la nuque a-t-elle joué un rôle dans la production de la monoplégie? M. Féréol se déclare incapable de trancher ces questions.

— M. Debove présente un malade qui est un exemple de l'abus du régime lacté institué sans ménagement dans les affections de l'estomac. C'est un alcoolique avéré qui a été pris il y a deux ans d'une gastrite; bientôt se montraient des signes de gastrite ulcéreuse pour laquelle on lui prescrivit le régime lacté; il en prit d'abord deux litres par jour; mais, dans un hospice de province, on lui fit continuer son régime d'une manière désordonnée; il arriva à prendre huit litres par jour et, loin de s'améliorer, dépérissait tellement qu'il perdit 30 livres de son poids; ramené à Paris dans un état de cachexie tel qu'il ne pouvait plus se tenir debout, il est soigné par M. Debove, qui constate chez lui une dilatation énorme de l'estomac tombant jusqu'au pubis. Alors qu'il se considérait comme à jeun, on lui retira de l'estomac près de trois litres de liquide, puis on le soumit à un régime composé seulement d'un litre et demi de lait, de viande et de poudre de viande en petite quantité; on fit chaque jour le lavage de l'estomac. Depuis cette époque, l'état général s'est tellement amendé que le malade a récupéré trente-six livres. Son estomac clapote à peine à l'épigastre après les repas.

M. Debove a observé déjà plusieurs faits analogues prouvant que le régime lacté mal institué, sans ménagement, peut amener la dilatation de l'estomac et aggraver une affection de cet organe. — P. L. G.

NÉCROLOGIE

MORT DE PAUL BERT.

Nos lecteurs connaissent déjà par les journaux politiques les circonstances de ce triste événement; tous les partis se sont accordés pour déplorer la perte que font la science et le pays. Ce n'est pas ici le lieu d'étudier le rôle politique du député de l'Yonne; nous

©BIU Santé

n'avons à parler que du médecin. Médecin, à vrai dire, Paul Bert ne l'était guère, bien qu'il fît partie de la section de médecine à l'Institut.

On peut être un physiologiste hors pair et un médecin éminent, l'exemple de M. Vulpian est là pour le prouver; mais il faut avoir fréquenté l'hôpital en même temps que le laboratoire. Tel ne fut pas le cas de Paul Bert. Rompu aux recherches du laboratoire, sous la direction du maître de génie, Cl. Bernard, dont il recueillit en partie l'héritage officiel, il s'affirma de bonne heure comme un expérimentateur du plus grand mérite; ses études sur la respiration, sur les mélanges anesthésiques sont pleines d'intérêt. Mais, toutes les fois qu'il eut à émettre une opinion sur des questions purement médicales, il nous étonna quelque peu par son engouement pour des nouveautés de médiocre aloi : la dosimétrie, le burkisme et l'hémo-pulvine reçurent de lui des encouragements qui firent sourire le monde médical autorisé.

Cette réserve faite, nous admirons la variété de ses connaissances, sa puissance de travail, la droiture et l'enjouement de son caractère, et la fermeté inébranlable de ses convictions.

On peut dire que Paul Bert s'intéressait à tout et s'assimilait rapidement tout ce qu'il était appelé à étudier. Il offrait l'exemple de plus en plus rare à notre époque de la multiplicité des aptitudes. Comme orateur et comme écrivain, il eut deux qualités précieuses : la clarté de l'argumentation et l'abondance des images naturelles et justes.

Son patriotisme était ardent et sans emphase. Il y a quelques années, il entendit un jeune homme faire une conférence sur la vie d'un conventionnel alors peu connu, Lakanal: aussitôt il le félicite aver indulgence, l'encourage à écrire cette histoire d'un professeur devenu par patriotisme délégué aux armées et organisateur de provinces conquises, et affirme dans une préface chaleureuse son admiration pour Lakanal, dont dont il se dit le disciple. Peut-être est-ce le souvenir du bien fait à son pays en des circonstances analogues par le héros modeste que nous aimions tous deux qui le décida à briguer le dangereux honneur d'aller à son tour pacifier une lointaine conquête de la République. S'il n'eut pas, comme Lakanal, le bonheur d'accomplir jusqu'au bout sa noble mission et de revenir dans sa patrie finir au sein de l'étude une vie comblée de jours, il n'en a que plus de droits à notre admiration et à nos regrets.

P. Le Gendre.

FORMULAIRE

Pommade contre l'odontalgie.

Extrait alcoolique d'opium sec	ââ 0 gr. 50 centigr.
Camphre	
Baume du Pérou	
Mastic	1 gramme.
Chloroforme	10 grammes.

Faites dissoudre. — On introduit dans la dent douloureuse une boulette de coton imbibée de cette solution. — N. G.

COURRIER

Ecole pratique. — *Introduction physique à l'électricité médicale avec ses applications thérapeutiques gynécologiques.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours, le 17 novembre, à quatre heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Lancereaux : Les cirrhoses secondaires. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Bibliothèque : Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. — IV. Revue des Journaux : De l'hémiatrophie de la langue. — V. Thérapeutique. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — VII. Coupe-fil Deroubaix, modifié par Clasen. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les cirrhoses secondaires (1).

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

Les cirrhoses ou hépatites prolifératives constituent un genre, qui comprend trois espèces particulières, ayant chacune sa personnalité. L'histoire de ces cirrhoses primitives est définitivement fixée; elles forment trois types morbides absolument distincts. C'est seulement par un abus de langage que l'on peut décrire, à côté de ces types pathologiques, des états anatomiques divers, résultant de causes variées, et ne se montrant qu'à titre de complication ou de lésion accessoire. On les appelle *cirrhoses secondaires*. Un kyste hydatique, un angiome, un nodule tuberculeux, un abcès, siègent dans le foie; le tissu conjonctif réagit alentour, comme s'il s'agissait d'un corps étranger; il se créé ainsi une sclérose partielle qui enkyste plus ou moins exactement la production primitive. C'est là une altération banale, sans importance, évidemment subordonnée; c'est une conséquence de l'affection, ce n'est pas l'affection elle-même. La sclérose secondaire peut cependant s'étendre à tout l'organe. Elle est alors sous la dépendance de la stase veineuse ou de la stase biliaire. Je dois vous indiquer les principaux caractères de ces deux ordres de lésions consécutives. Je m'expliquerai ensuite sur ce qu'il convient de penser de la cirrhose qui accompagne certaines formes de cancer primitif du foie.

Dans le rétrécissement mitral, l'emphysème et la bronchite chronique, les déviations de la colonne vertébrale, etc., toutes les fois, en un mot, que le cœur droit est forcé, survient immédiatement une stase sanguine dans le foie. Cette hyperhémie passive se traduit cliniquement par une tuméfaction de l'organe, qui déborde les fausses côtes, et devient sensible à la palpation et à la percussion. La main appliquée à plat sur la région de l'hypochondre droit perçoit quelquefois des battements, analogues à ceux du pouls veineux des jugulaires. Un tel ensemble de signes est de la plus haute valeur pour apprécier l'état fonctionnel du cœur. Cette stase hépatique atteste l'insuffisance cardiaque et son importance diagnostique et pronostique est bien autrement grande que la constatation des bruits de souffle au niveau des orifices du cœur. Si, sous l'influence du repos ou du traitement, l'équilibre circulatoire se rétablit, on assiste à la disparition de ces phénomènes. Le foie reprend son volume habituel; il cesse d'être douloureux à la percussion. Mais, quand l'état asystolique s'est reproduit plusieurs fois, le foie reste volumineux dans l'intervalle des accès, il ne rentre plus sous les fausses côtes, et conserve définitivement sa sensibilité à la

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 avril, 3, 10 juin, 6 juillet, 31 août, 2 septembre, 2 et 5 octobre 1886.

©BIU Santé

pression. On le voit alors descendre quelquefois jusqu'à l'ombilic; mais, en même temps, il s'indure, et on dit qu'il y a *foie cardiaque* ou *cirrhose cardiaque*. Cette dernière expression est mauvaise. Le phénomène initial, en effet, n'est pas ici la production d'éléments jeunes, tendant ultérieurement à s'organiser en tissu fibreux. Ce qui inaugure le processus anatomique, c'est la congestion passive, c'est la dilatation mécanique des veines sus-hépatiques et des capillaires centraux du lobule. Le foie, sur une coupe, prend alors une physionomie spéciale; le centre des lobules est rouge sombre, la périphérie a gardé sa coloration normale; c'est cet aspect qui est désigné sous le nom de *foie muscade*.

Au microscope, on constate l'ectasie de la veine centrale de l'îlot et des premiers capillaires qui en partent. Les cellules glandulaires avoisinantes sont tassées, comprimées; quelques-unes ont perdu leur protoplasma. Les cellules de la périphérie, au contraire, sont intactes ou légèrement pigmentées; souvent elles se chargent de graisse. Voilà toute la lésion. Les mêmes altérations d'hyperhémie passive se retrouvent dans l'estomac, l'intestin, la rate et les reins. Que si la congestion stasique du foie est de plus vieille date, on peut constater autour de la veine centrale une petite zone circulaire se colorant en rose vif par le picrocarminate. La paroi veineuse est épaissie, et au pourtour sont semés quelques noyaux du tissu conjonctif. Les cellules du centre de l'îlot ont alors presque entièrement disparu, et les parois des capillaires dilatés viennent au contact de manière à simuler, au premier abord, la coupe d'un angiome. Quant à la cirrhose péri-lobulaire des espaces-portes, admise par Wickham Legg et Talamon, et pouvant aboutir à des formations de granulations identiques à celles du foie des buveurs, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Si l'affection cardiaque dont dépend la stase hépatique est d'origine artérielle, qu'il y ait insuffisance des sigmoïdes ou myocardite scléreuse, le foie lui-même peut être touché. Il existe alors, au niveau des espaces de Kiernan, un épaississement connectif dû à l'altération des artérioles hépatiques. Mais cette altération est assez rare et toujours peu importante. En réalité, le foie échappe le plus souvent à l'athérome, qui détermine dans le rein des désordres si communs et si profonds. Il n'y a pas à s'étonner d'une telle différence; il suffit de comparer la richesse du réseau artériel du rein à l'exiguïté des artères hépatiques.

La stase biliaire a été incriminée, de même que la stase veineuse sus-hépatique, comme la raison d'être d'une forme de cirrhose du foie. Les expériences de Wickham Legg, de MM. Charcot et Gombault ont montré que la ligature du canal cholédoque provoquait, à très brève échéance, chez les cobayes, uue cirrhose péri-lobulaire, s'accompagnant de modifications profondes des conduits biliaires, et proportionnelle à l'altération des îlots hépatiques. Les faits cliniques et anatomiques observés chez l'homme prouvent que les choses peuvent se passer de la même façon quand l'altération ne porte pas sur toute l'étendue du foie; mais alors la cirrhose est un fait accessoire. Autrement, la mort survient ou bien par le fait d'une angiocholite, ou par suite d'une altération avec ou sans destruction des cellules hépatiques, amenant les phénomènes de l'ictère grave; mais alors la lésion conjonctive se borne à un épaississement limité au pourtour des canaux biliaires distendus.

Il est une dernière affection à laquelle on a donné le nom de cirrhose ou de cirrhose compliquée d'adénome et que des observateurs récents consi-

dèrent comme pouvant aboutir au cancer véritable ; il s'agit de foies indurés et granulés, rappelant assez exactement sur quelques parties la physionomie de la cirrhose vulgaire, avec des lobulations jaunâtres, entourées de tractus fibreux. Mais la presque totalité du parenchyme est farcie de tumeurs arrondies, les unes petites et sèches, d'autres volumineuses, molles et comme encéphaloïdes, ou même envahies par le sang et offrant l'aspect de ce que les anciens auteurs appelaient *fongus hématode*. Andral avait déjà observé quelque chose de semblable ; il y voyait la troisième période de la cirrhose. De tels faits ont été décrits en Allemage, avec plus de précision, en particulier par Griesinger. En 1867, j'ai consacré un mémoire à l'étude de cette lésion, que je désignai sous le nom d'adénome (1). Mais depuis, j'ai pris à tâche de me réfuter moi-même, et je considèreaujourd'hui ces foies comme atteints d'une variété de cancer primitif. La preuve qu'il s'agit bien là de cancer, c'est-à-dire d'une végétation épithéliale indéfinie, c'est que la paroi des vaisseaux est envahie et que la production morbide va former des thrombus dans les grosses veines. J'ai vu la veine-porte obstruée par ces bouchons épithéliaux, et la végétation s'étendre par les veines sus-hépatiques jusque dans l'oreillette gauche. Le microscope y montrait de grosses cellules, chargées de pigment biliaire, et analogues du reste à celles qui constituaient les tumeurs incluses dans le foie. Les ganglions retro-sternaux participaient à l'altération.

Dire, comme on le fait communément aujourd'hui, qu'une telle lésion est une complication de la cirrhose, c'est comme si l'on prétendait que dans le cancer fibreux du sein, la néoformation épithéliale est consécutive à la sclérose de la glande. Il ne s'agit là en aucune façon d'une cirrhose primitive qui se compliquerait d'adénome et qui pourrait aboutir au vrai cancer infectant par des transitions graduelles. La néoformation conjonctive marche de front avec la néoformation épithéliale ; ce sont deux lésions connexes et contemporaines caractérisant un même processus anatomique. Cette forme de cancer parenchymateux du foie ne se comporte pas autrement que bien d'autres cancers épithéliaux, en particulier ceux de la mamelle. A mesure que se développe la végétation épithéliale, le tissu conjonctif réagit alentour, et prolifère parallèlement. Le cancer se produit sous le type physiologique du développement d'une glande, dont le stroma se constitue en même temps que les acini se développent.

Comme conclusion, vous voyez donc qu'il n'existe que trois espèces fondamentales de cirrhoses, bien définies par leurs causes : l'alcool, les microphytes de l'impaludisme, le virus syphilitique. Les autres variétés d'indurations scléreuses du foie ne peuvent en être rapprochées qu'artificiellement. La lésion primitive, en effet, y est autre que celle du tissu conjonctif ; c'est, notamment, l'hyperhémie passive, la stase biliaire, l'épithéliome des cellules propres du foie.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Communications diverses sur les organes génito-urinaires par MM. Le Dentu, Horteloup, Reclus, Tédenat, Gross, Poncet, Bazy, Guyon, Desnos, et sur la chirurgie oculaire par MM. Rohmer, Abadie, Galezowski et Dianoux.

M. Le Dentu passe en revue le procédé de traitement chirurgical du varicocèle d'après

(1) Lancereaux. Contribution à l'étude de l'adénome du foie ou hépato-adénome, *Mém. Soc. biologie*, 1867.

©BIU Santé

son expérience personnelle. Depuis 1885, il a pratiqué 8 opérations, 1 par les ligatures multiples, 1 par la ligature simple, 6 par le procédé d'Horteloup. Ce procédé consiste à enserrer le scrotum dans un clamp, en comprenant dans la striction les veines postérieures ; puis on place des sutures profondes, on lève le clamp et pose des sutures superficielles.

M. Le Dentu fait à ce procédé deux objections ; la première est la difficulté qu'il y a à saisir le faisceau des veines postérieures et à éviter de saisir le canal déférent ; la seconde, la difficulté de pratiquer les sutures superficielles, à cause des sutures profondes qui font hernie à travers la plaie. Il pense donc que dans les varicocèles douloureux, sans développement considérable des veines, les méthodes ordinaires sont suffisantes : telles sont les ligatures simples ou doubles, avec ou sans résection, ou encore même l'excision pure et simple du scrotum. Au lieu de clamp, on peut se servir des simples pinces courbes à ovariotomie, à l'aide desquelles on pincera la peau du scrotum et sur lesquelles on l'incisera. Au besoin, ces excisions seront multipliées.

Dans les cas graves, on peut employer les méthodes combinées, comme celle de Guyon : pratiquer la ligature double des veines et la résection d'un pli horizontal de la peau du scrotum au niveau de la ligature.

M. Horteloup rappelle les résultats satisfaisants qu'il a obtenus dans le traitement des varicocèles graves et insiste sur ce point qu'il faut à tout prix sectionner les veines postérieures sous peine de réduire l'opération à la confection d'un simple suspensoir cutané. Dans ce cas, un suspensoir élastique eût agi de même. Le choix des veines postérieures pour la section est justifié par le danger d'aborder les veines antérieures, à cause du volume des veines et de la présence du canal déférent.

M. Paul Reclus (Paris) s'attache à démontrer que le fongus bénin du testicule est la conséquence de la tuberculose primitive des bourses, suivie de la hernie du testicule à travers la perte de substance cutanée ; ce fongus n'a donc pas pour origine une tuberculose de l'épididyme comme le croyaient Lawrence, Deville et Jarjavay, mais la fonte de un ou de plusieurs noyaux caséeux déposés primitivement dans les tuniques scrotales.

M. Reclus a recueilli deux cas dans lesquels il a pu assister à l'évolution du fongus ; des gommes tuberculeuses de la peau se sont ramollies, ulcérées, vidées, et à travers l'ulcération cutanée, le testicule sain dans un cas, offrant des tubercules crus dans l'autre, est venu faire saillie.

Cette affection, dans laquelle le fongus est simplement dû à la hernie du testicule, doit donc être très nettement distinguée de la tuberculose testiculaire. Le testicule tuberculeux donne lieu à des fistules qui s'ouvrent en arrière et en dedans, où il est le plus près de la peau ; la hernie simple se fait plutôt en avant et en dehors. Dans le fongus du testicule, il est ordinaire de voir saine la glande de l'autre côté ; la tuberculose testiculaire est au contraire habituellement double.

On s'expliquerait encore difficilement, avec la théorie des lésions glandulaires tuberculeuses, les succès obtenus par l'opération de Syme (d'Edimbourg), qui débride l'orifice scrotal, résèque les parties malades, puis, sans enlever le testicule, pratique la suture.

M. Tédenat (de Montpellier) fait un parallèle entre l'injection iodique et l'incision aseptique des bourses dans le traitement de l'hydrocèle. Il a pratiqué 150 fois la première opération et a suivi presque tous ces malades pendant assez longtemps pour constater les cas de récidive. Celle-ci ne s'est montrée que dans 12 p. 100 environ.

Le succès des injections iodiques serait encore plus grand si l'on injectait seulement de petites quantités de liquide, mais de teinture d'iode pure, et si on laissait celui-ci dans la tunique vaginale.

L'incision aseptique ne paraît pas d'ailleurs mettre à l'abri des récidives, puisqu'on voit Bergmann abandonner l'incision simple de Volkmann et en venir à l'excision d'une partie de la peau des bourses.

Les accidents sont rares dans la cure de l'hydrocèle par l'injection iodique ; à peine voit-on parfois un phlegmon survenir à la suite de la pénétration de ce liquide dans le

tissu cellulaire : et même il ne surviendrait jamais avec l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode pure.

M. Tédenat en conclut que pour les cas simples, on peut se servir de l'injection iodique pure en petite quantité et abandonnée dans la tunique vaginale, et réserver l'incision aseptique pour les cas graves, alors que la vaginale est enflammée, recouverte de fausses membranes, qu'on peut craindre une recrudescence inflammatoire capable d'entraîner le développement d'une pachyvaginalite hémorrhagique.

M. le professeur Gross (de Nancy) a relevé 307 cas de taille sus-pubienne chez l'enfant, qui fournit seul une mortalité de 21,62 p. 100, et étudié 2 dispositions qui favorisent cette opération chez les jeunes sujets ; la forme allongée de la vessie et la situation élevée du cul-de-sac péritonéal. La première de ces dispositions persiste assez longtemps jusqu'à l'âge de 12 à 14 ans, et même plus tard ; la seconde permet de ne pas se servir du ballon de Petersen, le cul-de-sac péritonéal ne descendant pas à moins de 2 centimètres et demi à 3 centimètres au-dessus de la symphyse, et le fond de celle-ci, quand on la remplit, remontant à 35 ou 40 millimètres au-dessus du pubis.

Ces deux dispositions permettent donc d'éviter la blessure du péritoine, premier écueil qu'on doit craindre ; il en est un autre, c'est l'infiltration d'urine. Or, la sonde à demeure, la sonde de Périer et le décubitus horizontal sont mal supportés par les enfants, il faut donc avoir recours à la suture vésicale ; mais les chirurgiens français se sont montrés peu disposés jusqu'à présent à l'accepter, contrairement à un bon nombre de chirurgiens anglais, allemands et américains.

Sur les 307 cas de cystotomie sus-pubienne qui ont été pratiqués chez les enfants, on a fait 78 fois la suture, et 15 fois la vessie a été suturée seule. La mortalité n'a été guère que de 5 pour 100. D'ailleurs, la plaie vésico-abdominale offre les qualités propres à la réunion par première intention chez les jeunes sujets, dont l'urine n'est pas très altérée, dont l'appareil urinaire est encore sain et surtout si le corps étranger ou le calcul n'est pas depuis longtemps dans la vessie. On devra rejeter le catgut pour suturer la vessie, prendre dans la suture toute la paroi vésicale, moins la muqueuse, et faire la suture à points passés ; l'avivement oblique est inutile.

Pour éviter les changements de capacité de la vessie qui compromettent la solidité de la suture, on ne laissera pas de sonde à demeure, mais il faudra répéter le cathétérisme.

M. Poncet (de Lyon) a vu, dans bien des cas de taille, l'urine suinter par la plaie, et croit que le meilleur moyen est de placer, suivant le conseil de M. Demons (de Bordeaux), un long drain uréthro-abdominal, ainsi qu'il a pu s'en assurer chez un enfant récemment taillé.

M. Bazy (de Paris) expose les avantages de la *litholapaxie* de Bigelow, qui permet de débarrasser la vessie, en une séance, de calculs volumineux broyés et aspirés ensuite ; le résultat est donc aussi avantageux que dans la taille, avec le traumatisme vésical en moins. Cette méthode n'a pas de limites fixes ; la limite, c'est l'habileté de l'opérateur.

M. Bazy a pu broyer en une séance de une heure et quart, chloroformisation comprise, un calcul d'acide urique pesant plus de 100 grammes et mesurant plus de 6 centimètres dans un de ses diamètres. C'est jusqu'ici le calcul le plus volumineux qui ait été opéré par la lithotritie. Le malade s'est levé le quatrième jour, et est parti absolument guéri le huitième.

M. le professeur Guyon donne les règles suivantes pour le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie :

Une hématurie abondante et surtout persistante est un signe pathognomonique d'un néoplasme du rein ou de la vessie. Celui du rein présente une augmentation de volume qui se traduit extérieurement par un signe clinique d'une grande importance, *le ballottement ;* le rein, en grossissant, devient mobilisable ; en outre, les veines scrotales se gonflent par compression de la veine émulgente et forment un varicocèle ; enfin, le caillot cylindrique affirme le siège de la tumeur.

L'exploration de la vessie par le rectum et le palper abdominal, le malade étant couché sur le dos et la vessie vidée, font reconnaître l'infiltration des parois vésicales

©BIU Santé

et l'augmentation du volume de la vessie. Le cathétérisme vésical et l'examen microscopique de l'urine sont trompeurs.

On a proposé le toucher vésical, à la faveur d'une taille sus-pubienne, mais il ne saurait renseigner sur la nature de la tumeur et ne vaut donc pas la peine de pratiquer une opération préalable aussi sérieuse.

En présence d'une tumeur vésicale dont il ignore la nature, le chirurgien interviendra lorsqu'il constatera des troubles vésicaux assez grands pour mettre en péril le fonctionnement de l'appareil urinaire. Il opérera sans s'inquiéter de savoir si la tumeur est bénigne ou maligne, mais s'il tombe sur une tumeur bénigne, il aura la chance de voir son malade guérir; s'il s'agit d'un cancer, la récidive s'ensuivra fatalement.

L'extirpation de la vessie se fait préférablement par la voie hypogastrique. Une fois la vessie ouverte, on fait l'abrasion de la tumeur et la cautérisation au fer rouge du point d'implantation. Cette méthode d'exérèse, très suffisante et très bonne pour les tumeurs bénignes, n'empêche nullement la reproduction des tumeurs de mauvaise nature.

M. le docteur Desnos (de Paris), mettant ces préceptes à exécution, a fait la taille hypogastrique chez un malade présentant des hématuries répétées, de la cystite, et une masse mollasse constatée par le cathétérisme; cette masse fut détruite par la curette tranchante et l'hémorrhagie arrêtée par le thermo-cautère. C'était un papillome, avec des points rappelant l'épithélioma vers son point d'implantation. Après l'opération, les urines s'écoulèrent assez longtemps par la plaie; il survint une épididymite qui entrava la guérison. Celle-ci fut enfin obtenue, mais on peut déjà sentir un épaississement assez marqué, indice d'une récidive probable.

M. Rohmer (de Nancy) résume ainsi qu'il suit la question de la greffe oculaire: Cette question peut être jugée définitivement par deux ordres de faits : 1° les faits cliniques, qui contre-indiquent la transplantation oculaire en raison de l'ophthalmie sympathique possible et d'ailleurs nettement observée dans un cas; 2° les faits expérimentaux, qui montrent que l'atrophie du globe est une conséquence inévitable de la transplantation, même si le sphacèle a pu être évité, si la greffe oculaire a réussi en totalité.

On peut donc en conclure : 1° que la greffe oculaire ne peut réussir actuellement et que la tenter est une illusion qui fait courir au-devant d'un échec à peu près certain; 2° que, la greffe de la totalité de l'œil fût-elle même possible, comme on l'a prétendu, l'observation clinique, montrant l'ophthalmie sympathique à chaque instant menaçante, serait là pour détruire l'illusion d'un succès tant soit peu durable.

M. Abadie étudie les conditions qui ont permis de revenir au procédé de Daviel pour l'opération de la cataracte, en évitant les principales complications jadis inhérentes à ce procédé.

Les lavages antiseptiques permettent d'éviter la suppuration du lambeau; l'anesthésie par la cocaïne facilite les manœuvres d'expulsion du cristallin et de réduction de l'iris; enfin l'ésérine, sous forme de pommade ou d'injections intra-oculaires, maintient l'iris réduit et s'oppose au prolapsus. Dès lors, dans les cataractes simples, il y a tout avantage à ne pas mutiler l'iris et à conserver une pupille intacte. L'extraction avec iridectomie sera réservée pour les cataractes compliquées.

M. Galezowski pose les indications de l'ophthalmotomie postérieure, qui est praticable dans les hémorrhagies du corps vitré, le décollement rétinien, l'irido-choroïdite, les corps étrangers ayant traversé tout le globe de l'œil pour s'implanter sur sa face postérieure; enfin, dans certaines tumeurs mélano sarcomateuses, il a pratiqué 14 fois cette opération et n'a eu que deux échecs. Il y a trois points qu'il faut avoir soin de ménager dans cette opération : le nerf optique, la région de la macula, dans la crainte des scotomes, et le cercle ciliaire, dont l'atteinte causerait des irido-choroïdes redoutables. Dans un cas de kyste hydatique, il survint un phlegmon de l'œil après l'opération.

M. Dianoux (de Nantes) a pratiqué avec succès l'ophthalmotomie postérieure dans 5 cas de glaucome traités vainement par l'iridectomie.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES FOSSES NASALES ET DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE, par M. le docteur J. MOURE, avec 53 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Octave Doin, éditeur.

Ce petit volume, qui mérite bien le nom de Manuel *pratique*, s'ouvre par un chapitre consacré à l'anatomie et à la physiologie des fosses nasales, suivi d'un autre intitulé : *Rhinoscopie*, dans lequel l'auteur indique de quelle manière il convient de pratiquer l'examen des fosses nasales : rhinoscopie antérieure et rhinoscopie postérieure, décrit et figure les instruments à employer pour ce double examen.

Après ces considérations préliminaires indispensables pour l'intelligence du sujet, l'auteur entre dans la description des diverses maladies dont les fosses nasales peuvent être le siège : coryza aigu, coryza aigu infantile, maladie peu grave en apparence, mais qui peut amener la mort en empêchant l'enfant de prendre le sein et de se nourrir; coryza aigu périodique, ou fièvre des foins, ainsi nommé parce qu'il survient périodiquement aux époques de la fenaison, soit en automne, soit au printemps; coryza purulent, ou catarrhe purulent des fosses nasales; coryza chronique simple; coryza hypertrophique; rhinite atrophique; ozène; punaisie, maladie grave en ce qu'elle est difficilement curable et qu'elle empoisonne la vie des pauvres malades en faisant d'eux des objets de répulsion et de dégoût pour ceux qui les entourent; coryza professionnel (rhinite traumatique), inflammation spéciale de la muqueuse pituitaire due à la pénétration dans les fosses nasales de vapeurs ou poussières délétères ou caustiques; — abcès des fosses nasales; syphilis du nez et des fosses nasales, résultat fréquent de pratiques obcènes, amenant trop souvent, par l'altération de la charpente du nez tout entière, et la chute de cet organe, d'horribles mutilations de la face; — coryza syphilitique infantile, symptôme presque obligé des manifestations de la syphilis chez le nouveau-né; tuberculose des fosses nasales, caractérisée par le dépôt des tubercules dans l'épaisseur de la muqueuse pituitaire, le ramollissement et l'ulcération de cette membrane; dermatoses du nez et des fosses nasales (impétigo sycosiforme, — ulcères herpétiques, — eczéma); corps étrangers et calculs; parasites; tumeurs bénignes : polypes muqueux, ostéomes, enchondromes, kystes osseux, papillomes, tumeurs érectiles ou angiomes, adénomes; — tumeurs malignes : sarcomes, carcinomes, épithéliomas; — rhinoscléromes; — déformations du squelette : étroitesse congénitale, déviations de la cloison; — épistaxis traumatiques, spontanées ou idiopathiques, symptomatiques, supplémentaires; — troubles de la sensibilité : anosmie (perte), parosmie (perversion) du sens de l'odorat; — névroses réflexes d'origine nasale. — Maladies de la cavité naso-pharyngienne : catarrhe naso-pharyngien, végétations adénoïdes, polypes naso-pharyngiens, catarrhe et kystes de la bourse pharyngienne.

Telle est dans son ensemble la série nombreuse des maladies dont il est question dans ce volume de trois cents pages qui forme un véritable petit traité sur la matière. Traité essentiellement pratique d'où sont bannies avec soin toutes les discussions oiseuses, où l'on trouve des descriptions claires et succinctes des diverses maladies dont es fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne peuvent être le siège, ainsi que l'indication des moyens de traitement qu'il convient de leur appliquer. La partie thérapeutique de cet excellent ouvrage se recommande surtout par la clarté et la précision des détails, et l'on y sent à chaque page la main du praticien expérimenté qui a vu et fait par lui-même.

L'ouvrage se termine par d'excellents préceptes sur l'application de la douche ou irrigation nasale (douche de Weber), que nous demandons la permission de reproduire à cause de leur utilité pratique :

« La douche nasale, ou irrigation, est un moyen thérapeutique employé si fréquemment dans les maladies des fosses nasales que nous croyons utile de donner quelques indications sur la manière de pratiquer ce mode de lavage du nez. En effet, autant la douche bien employée peut être fructueuse pour le malade, autant elle devient nuisible lorsqu'elle est faite sans méthode, sans discernement et sans indications bien nettes.

©BIU Santé

« Tous les praticiens comprendront l'utilité de ces sortes d'injections dont le but est non seulement de balayer les mucosités purulentes ou autres qui se trouvent accumulées dans les cavités du nez, mais qui agissent aussi par les principes médicamenteux qu'elles contiennent.

« Ces sortes de douches produisent des effets salutaires sur la plupart des inflammations chroniques de la muqueuse nasale, de même qu'elles peuvent servir pour l'expulsion des corps étrangers des narines.

« Quelle que soit la nature du liquide injecté, ce dernier devra toujours être tiède et osciller entre 25° et 30°, car si le liquide est froid, non seulement il impressionnera désagréablement la muqueuse pituitaire, mais encore il déterminera une irritation plus ou moins grande de cette membrane et parfois une abolition momentanée de l'odorat.

« Le liquide sera injecté dans les fosses nasales avec un injecteur ou siphon, ou mieux encore avec un simple irrigateur dont on pourra modérer ou activer le jet à volonté, suivant les besoins du moment. En général, il suffit d'une pression assez faible pour faire passer le liquide d'une narine dans l'autre; quelquefois, cependant, il faudra donner de petites secousses dans le but de détacher certaines sécrétions épaisses ou très adhérentes à la muqueuse.

« Quel que soit le moyen employé pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans le nez, le point capital sera de diriger convenablement l'injecteur de manière à éviter l'introduction du liquide dans les sinus frontaux, ou tout au moins pour empêcher le jet de venir doucher la base du crâne et occasionner ensuite des maux de tête violents qui forcent les malades à renoncer à ce moyen thérapeutique.

« C'est pour avoir oublié ces précautions préliminaires, ou pour avoir poussé leurs injections trop violemment dans les cavités du nez que bien des praticiens n'ont pu employer avec succès la douche de Weber.

« Pour éviter ces inconvénients, il suffira d'avoir présents à la mémoire la disposition des fosses nasales et le trajet que doit suivre le liquide pour faire le tour de la cloison. Si l'on se rappelle que, contrairement à l'opinion admise dans le public, les fosses nasales se dirigent non pas en haut vers la base du crâne, mais directement en arrière vers le pharynx, l'on comprendra facilement combien il est utile, lorsqu'on prescrit la douche de Weber à un malade, de bien lui indiquer, et, au besoin, de lui montrer la manière de l'employer.

« Pour ma part, et pour éviter toute explication anatomique qui risquerait fort d'être mal comprise ou mal interprétée, je me sers non pas d'olives, mais d'une canule coudée à angle droit. De cette manière, il me 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*, pour que le jet se trouve ainsi bien dirigé, c'est-à-dire que l'ouverture dont est percée la canule regarde directement en arrière vers le pharynx suivant le plancher des fosses nasales, dans la direction voulue pour que l'injection soit utile au malade.

« Pendant l'irrigation, la tête doit être légèrement inclinée en avant et la bouche largement ouverte. Au besoin, il pourra même être utile, au début, de faire prononcer la voyelle A, de manière à favoriser le redressement du voile et à empêcher ainsi le liquide de tomber dans l'arrière-gorge.

« J'ai, en outre, l'habitude d'avertir les malades que la douche doit se faire presque d'elle-même sans leur occasionner de maux de tête, et que, si ces derniers apparaissent après l'injection, c'est que celle-ci n'a pas été faite selon les règles.

« Enfin, il peut aussi arriver que le liquide pénètre par les trompes d'Eustache jusque dans l'oreille moyenne; lorsque cet inconvénient, somme toute assez rare, se produit, il convient de ralentir le jet de la douche, et parfois de la supprimer pour la remplacer par la simple aspiration du liquide médicamenteux. »

Nous avons tenu à reproduire ces quelques lignes non seulement à ceux de l'utilité pratique des préceptes qu'elles contiennent, mais encore dans le but de faire connaître la manière simple et claire dans laquelle est écrit cet ouvrage, intéressant et digne de l'attention des jeunes médecins qui ont besoin d'un guide sûr au milieu des difficultés de la pratique journalière. — A. T.

REVUE DES JOURNAUX

De l'hémiatrophie de la langue, par M. Schiffers (de Liège). — Cet accident morbide est rare et ne possède pas une valeur séméiologique bien déterminée. L'observation de notre savant confrère liégeois ne suffira pas pour lever tous les doutes sur la pathogénie de cette manifestation pathologique.

Le malade de M. Schiffers n'était pas un ataxique et l'atrophie de la moitié droite de sa langue ne pouvait être mise sous la dépendance de lésions tabétiques. Elle s'accompagnait d'une paralysie de la corde vocale inférieure droite et d'une toux réflexe rebelle, de sorte qu'on était autorisé à soupçonner l'existence d'une lésion bulbaire dans le noyau de l'hypoglosse droit, lésion destructive des cellules de ce noyau et du centre trophique des muscles de la langue.

Ce cas est donc indépendant du tabès dorsalis. Il établit qu'il ne faut pas exagérer la valeur diagnostique de l'hémiatrophie linguale dans l'ataxie lomotrice et démontre l'utilité d'employer le laryngoscope pour assurer le diagnostic anatomique.

La communication de M. Schiffers n'est sans doute pas décisive. Mais elle établit l'existence de l'hémiatrophie linguale en dehors de toute ataxie locomotrice. (*Revue de médecine, de laryngologie et d'otologie*, avril 1886.) — Ch. Eloy.

THÉRAPEUTIQUE

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilège de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet ont joui d'une faveur méritée; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pas su satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposées : leur usage prolongé amenait presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine, et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont le plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été produites qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème; elles ne méritent pas même d'être citées; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les *desiderata*. L'Académie a nommé une commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris, de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'École de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà

©BIU Santé

connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté, et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswill et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors, en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactate de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie avec une plus grande certitude de succès.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre. — Présidence de M. Thélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Blache, Corlieu, Galezowski, Péligot et Worms pour la classe des associés libres ; de M. Marty, pour la section de pharmacie ;

2° Une lettre de M. le docteur Henrot (de Reims) accompagnant l'envoi du rapport annuel du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Reims, par le docteur Hoël, directeur du bureau.

M. Bergeron présente, de la part de M. le docteur Longbois, une brochure intitulée : *Des conditions typhogènes d'un groupe de maisons à Joigny*. (Comm. des épidémies.)

M. Théophile Roussel dépose deux volumes contenant les documents relatifs à la législation française et aux législations étrangères sur les aliénés.

— M. le Président dit que la liste des membres de la commission des associés libres se compose des noms suivants :

MM. Lacaze-Duthiers, Pasteur, Gavarret, Planchon, Guyon, Le Fort, Gueneau de Mussy, Bourdon.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Carlet (de Grenoble); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Picot (de Bordeaux) et Tillot (de Luxeuil); en troisième ligne, MM. Marquez (d'Hyères), Mauricet (de Vannes) et Riembaud (de Saint-Étienne).

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36, M. Tillot obtient 37 suffrages; M. Carlet, 30; M. Picot, 2, M. Mauricet, 1.

En conséquence, M. Tillot, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu correspondant.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage.

M. Vallin passe en revue les conclusions de la commission; après avoir critiqué quelques-uns des termes de ces conclusions et proposé diverses modifications de détail, il termine par les conclusions suivantes :

« La discussion qui se poursuit a mis en évidence l'insuffisance de nos connaissances sur deux points principaux : 1° quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butyrique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés, et quelle est leur action spéciale sur l'organisme? Les recherches de M. Magnan mériteraient d'être continuées sur un grand nombre de liqueurs et de boissons spiritueuses. 2° Comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liquides complexes? Le jour où ces deux questions seront résolues, un grand pas sera fait dans le sens de la prévention et de la répression de l'alcoolisme. Il appartiendrait à l'Académie de hâter cette solution en provoquant et en facilitant de telles recherches par des subventions et des prix; on compterait ainsi les beaux travaux dont M. Dujardin-Beaumetz présentait naguère ici les résultats, et l'on aurait une base positive pour imposer des mesures de police sanitaire dont l'application nous paraît aujourd'hui d'une difficulté extrême. »

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture de sept rapports de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 8 novembre 1886.

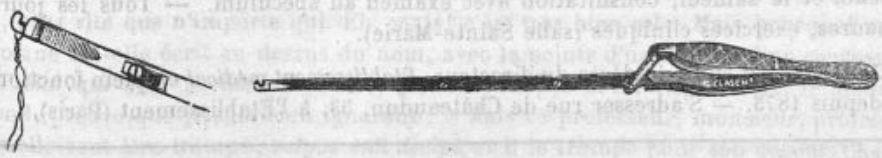
M. Peyrot communique deux cas de transplantation de tendons de l'animal à l'homme; il s'agit dans les deux observations des tendons fléchisseurs de la main. Dans la première, la blessure du médius remontait à six mois, le doigt était raide et gênait considérablement les fonctions du membre supérieur. Le chirurgien fit une longue incision allant depuis la première phalange jusqu'à la paume, aviva les deux bouts du tendon et les réunit à l'aide d'un morceau de tendon d'Achille de chien. La guérison fut rapide, sans accidents, et le résultat fonctionnel parfait. Dans la seconde observation, pratiquée sur un enfant, la recherche du bout central fut très laborieuse et on employa pour faire la suture un tendon de chat; l'insuccès fut complet.

— M. Berne prend ensuite alors la parole pour conseiller le massage abdominal dans la constipation. Dans un cas où la maladie avait résisté à tous les médicaments, elle disparut au bout de quelques séances de massage du gros intestin; la guérison se maintient parfaite depuis cinq mois. A une observation de M. Roux qui fait remarquer le danger possible de péritonites ou d'inflammations circum-intestinales, M. Huchard répond, en confirmant catégoriquement la pratique de M. Berne, qui est pour lui un excellent moyen.

— A la fin de la séance, M. Philbert lit une courte note dans laquelle il témoigne des bons effets du santal citrin dans les coliques néphrétiques d'après l'expérience qu'il en a faite sur lui-même à deux reprises différentes. — P. C.

Coupe-fil Deroubaix, modifié par Clasen.

Présenté par M. le docteur Horteloup à la Société de chirurgie, cet instrument est destiné à faciliter la section des fils après la suture métallique, lorsqu'il s'agit de les enlever. Sa disposition permet de pratiquer cette section sans risquer d'érailler les tissus,



comme cela peut arriver lorsqu'on se sert à cet effet de ciseaux pointus ou mousses. La partie manuelle de cet instrument affecte la forme d'une pince à ressorts, l'une des

©BIU Santé

branches de celle-ci se termine par une longue tige surmontée d'un petit crochet mousse, laquelle sert à accrocher l'anse du fil à sectionner. L'autre branche commande au moyen d'un levier une seconde tige mobile sur la première, dans le sens de sa longueur, et se termine en biseau tranchant. Le rapprochement des branches de la pince suffit pour amener la rencontre du crochet et du tranchant et produira la section du fil. Cet instrument se fait de différentes longueurs, à extrémité agissante droit ou coudé suivant les cas.

Il se trouve chez les fabricants Clasen, Gudendag et Cie.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE. — Hecht.

Contre l'accumulation des mucosités bronchiques, on prescrit les expectorants : le kermès minéral, le soufre doré d'antimoine, la scille, l'ipéca, l'émétique; ou les dissolvants : iodure de potassium, chlorydrate d'ammoniaque; ou les stimulants, tels que la liqueur ammoniacale anisée et l'éther sulfurique; ou enfin les balsamiques et les eaux sulfureuses. — Dans le cas d'ascite ou d'épanchement thoracique, ponction abdominale ou thoracique. — Contre la dyspnée due à une pneumatose intestinale, on a recours aux carminatifs, au cathétérisme rectal, à l'électricité. A la dyspnée cardiaque, on oppose, selon les cas, la digitale, le café, les stimulants, les diurétiques, les inhalations d'oxygène, la plébotomie, les ventouses scarifiées ou sèches, les révulsifs, les pointes de feu. La dyspnée nerveuse est combattue par les antispasmodiques, et par les sédatifs : bromure de potassium, chloral, opium. — N. G.

COURRIER

M. le professeur Béclard, professeur de physiologie, est nommé doyen de la Faculté pour une nouvelle période de trois années, à dater du 18 novembre 1886.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Albert Delaine, interne de deuxième année à l'hôpital de la Charité.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 19 novembre, à neuf heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commmencera, le mardi 23 novembre, à cinq heures, son cours sur les maladies des voies urinaires à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 2), et le continuera les mardis et samedis suivants. — Il traitera cette année des *affections de la prostate et de la vessie.*

— Le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 2), le samedi 20 novembre, à six heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes, le mardi 23 novembre 1886, et le continuera les mardis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie.

Le jeudi et le samedi, consultation avec examen au spéculum. — Tous les jours, à neuf heures, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

A CÉDER, par suite de décès du directeur, *Établissement médical* en plein fonctionnement depuis 1875. — S'adresser rue de Châteaudun, 53, à l'Établissement (Paris).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Coignard : A propos du pain de gluten dans le régime alimentaire des malades que l'on nomme diabétiques. — II. Bibliothèque : Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants. — III. Thérapeutique : Contribution à l'étude de la peptone. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

A propos du pain de gluten dans le régime alimentaire des malades que l'on nomme diabétiques.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 octobre 1886

Par M. le docteur Coignard.

Messieurs,

Je ne conseille jamais l'usage du pain de gluten. J'engage les diabétiques à remplacer cet aliment par des pommes de terre bouillies ou en purée.

Lorsque j'ai pris cette coutume il y a six ans, après cinq années d'observation, j'ignorais complètement que la pomme de terre bouillie ou en purée renfermait moins de matière saccharigène que le pain de gluten du commerce. C'était la répugnance des malades pour le gluten, et l'inappétence consécutive à ce régime qui m'avait fait prendre cette détermination. Je pensais que, en recommandant les pommes de terre, et en engageant les malades à en manger le moins possible, on devrait obtenir des résultats aussi favorables que ceux que peut donner le pain de gluten; et que, en outre, en aurait l'immense avantage de conserver l'appétence.

C'est, en effet, ce qui a lieu, et je n'aurais pas eu l'idée d'attirer l'attention de la Société sur ce *modus faciendi*, que je considérais comme sans importance, si cette année je n'avais été témoin du fait suivant :

En juillet, je fus appelé dans un pauvre hôtel pour y voir un malade.

L'homme, qui pouvait avoir 55 ans, était assis dans un fauteuil la jambe étendue sur une chaise et le dos protégé par un oreiller.

FEUILLETON

CAUSERIE

Charlatans et charlatanisme.

On ne peut plus faire un pas dans la rue sans entendre dire : « Un tel! c'est un charlatan! » Vous ne pouvez plus, messieurs, entrer dans un de ces endroits cylindro-coniques, qui vous sont spécialement réservés sur les grandes voies de communication, sans y voir des affiches multicolores barrées de ce mot cabalistique : « *Charlatan!* »

Qu'est-ce donc que tous ces gens-là? Et qu'ont-ils fait pour qu'on les traite ainsi? Car enfin je vois dans ces endroits solitaires de belles plaques recouvertes d'affiches émaillées indiquant que M. le professeur X..., docteur-médecin de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, guérit les maladies secrètes, par un moyen secret, bien entendu, plus vite que n'importe qui. Eh, mais! c'est très bien cela. Mais pourquoi une main profane a-t-elle écrit au-dessus du nom, avec la pointe d'un clou ou d'un couteau : *Menteur!* Moi qui suis la naïveté même, je m'étonne, je m'informe, et tout le monde me répond, preuve que je suis bien ignorant : « Mais ce professeur, monsieur, professe que le public veut être trompé, *vulgus vult decipi*, et il le trompe pour son argent. Cherchez dans la liste des docteurs de Paris, et le diable m'emporte (révérence parler) si vous y trouvez son nom. Il est docteur d'Iéna, ou de Salt Lake City, ou de Baltimore Square,

©BIU Santé

Ce malheureux était haletant. Ses narines étaient sèches; ses gencives saignantes; la peau et les sclérotiques tout à fait jaunes. On m'apprit que, depuis deux ou trois jours, il avait dix à douze selles dysentériques en vingt-quatre heures.

La deuxième phalange du gros orteil droit était détachée et la plaie saignante. L'odeur de l'appartement était insupportable.

Au premier abord, on aurait pu croire qu'il s'agissait de l'état auquel on a donné le nom d'ictère grave. Mais ce malade n'avait pas de fièvre, et l'on me montra des analyses d'urine indiquant 47 grammes de sucre par litre. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures égalait 4 litres environ. Je dis environ 4 litres, car ce n'est que par comparaison que j'ai pu en rendre compte.

Depuis deux ans, cet homme venait à Vichy où il suivait le traitement qui lui avait été indiqué par un des médecins de son pays. Ce médecin jouit, à juste titre, d'un très grand crédit dans tout le département.

Le traitement était celui-ci : le classique pain de gluten, viandes rôties, pas de fruits, pas de féculents, quatre verres d'eau de la Grande-Grille par jour, un bain d'eau minérale tous les deux jours.

Je fis remplacer le pain de gluten par des pommes de terre bouillies, et je conseillai l'usage des fruits de la saison (fraises et pêches). Je fis continuer, bien entendu, l'eau de Vichy.

Après douze jours, l'ictère avait disparu ainsi que la diarrhée dysentériforme et le saignement des gencives. La plaie de l'orteil, pansée à l'iodoforme, bourgeonnait.

Ce malade est resté encore huit jours; je n'ai pu le garder davantage, ni obtenir de lui une analyse d'urine.

Cette observation m'a fait penser que, remplacer le pain de gluten par la pomme de terre bouillie était autre chose qu'un simple *modus faciendi*.

J'ai fait quelques recherches à ce propos : en 1871, Mayet, dans les *Annales d'hydrologie*, avait donné l'analyse de différents aliments au point de vue de leur contenance en matière sacchariгène. Il présentait la pomme de terre bouillie et surtout en purée comme la plus pauvre, à poids égal bien entendu.

C'est une question d'hydratation. 100 grammes de pommes de terre

---

que sais-je, et officier de santé de la Faculté de Paris. La tromperie consiste à faire croire au public qu'il est docteur de ladite Faculté.

Mais on m'avait dit que les anciens internes des hôpitaux étaient tous docteurs; ce monsieur, qui est professeur, ou plutôt qui ne l'est pas, est du moins docteur, puisqu'il a été interne. — Voilà bien votre simplesse, naïf que vous êtes! C'est encore une tromperie; il a été interne, c'est vrai, mais on peut être interne de mille façons; il y a les internes en pharmacie, ce que ce monsieur était peut-être, et les internés à Mazas, ce qu'il sera plus sûrement. Moi qui vous parle, j'ai entendu un guérisseur de place publique se vanter d'avoir été honoré de trois décisions de la Préfecture. Et voici lesquelles : la première, interdiction de l'art de guérir; la seconde, interdiction de séjour dans le département de la Seine; la troisième, après condamnation à je ne sais combien de mois de prison, interdiction d'approcher de Paris à moins de 20 lieues. — N'avons-nous pas tous entendu, au Congrès de Grenoble, un autre guérisseur de place publique déclarer qu'il avait été honoré..... d'une condamnation par la cour d'assises. Vous le voyez, Simplissime mon ami, on peut se trouver honorer de bien des façons.

***

Ce charlatan qui s'affiche dans une colonne creuse n'est pas le seul à s'intituler docteur X..., médecin de la Faculté de Paris. J'en connais encore un autre, au sujet duquel notre cher collaborateur Paul Le Gendre nous a édifiés il y a quelques semaines. — Mais

cuites à l'eau contiennent moins d'amidon que 100 grammes de pain, parce qu'elles contiennent plus d'eau.

100 grammes de pain grillé contiennent *plus* de matière saccharifiable que 100 grammes de pain frais parce qu'ils contiennent *moins* d'eau.

Boussingault, Barral (amidon, 62,58 dans la croute et 43,55 dans la mie). Moleschott, Lecorché, et cette année Esbach, sont arrivés aux mêmes conclusions.

Je désirais revoir ces expériences, et surtout savoir ce que donnait en matière saccharigène la croûte de pain grillée (ce que je n'ai trouvé nulle part).

Il n'est pas un diabétique qui ne vous dise : « Oh ! du pain ! j'en mange si peu ! je ne mange que la croûte, et encore je la fais griller. »

J'ai prié M. Bretet (de Vichy) de vouloir bien faire ce long et minutieux travail que voici :

Vous m'avez demandé de déterminer la quantité de matière saccharifiable que peuvent fournir quelques-uns des aliments qui sont permis aux diabétiques ou dont on les prive dans le but de combattre la glycosurie.

De nombreuses analyses de ces substances ont été faites au même point de vue, vous ne l'ignorez point, particulièrement en France, par MM. Mayet et Boussingault ; mais quelques chiffres de plus peuvent ne pas être inutiles ; en outre, j'ai vainement cherché parmi les substances déjà analysées quelques aliments comme la croûte de pain grillée et le petit pain recuit que bien des diabétiques croient pouvoir manger impunément.

Il est bon d'être édifié sur leur valeur, voici donc ce que j'ai fait :

La saccharification a été effectuée sur 50 grammes de chaque substance que j'ai fait bouillir, aussi divisée que possible, dans 1,200 grammes d'eau additionnée de 50 grammes d'acide sulfurique ; le liquide réduit à un litre, j'entretenais l'ébullition jusqu'à ce que deux dosages successifs donnassent le même résultat, ce qui n'arriva quelquefois qu'après six ou sept heures.

Les dosages ont été effectués par la liqueur de Fehling ; le polarimètre, que j'ai employé tout le temps concurremment avec le procédé chimique, donne des résultats qui ne peuvent servir à un dosage, parce que, d'un côté, l'ébullition ne ramène pas, aussi régulièrement que s'il s'agissait d'une solution de glucose pure, le pouvoir rota-

---

de quoi vous plaignez-vous encore? Est-ce que ce directeur d'Institut orthopédique n'a pas vos bonnes grâces non plus? — Pas trop. Ainsi, tenez, par exemple :

Un de mes clients, atteint de la goutte, s'impatiente de mes soins qui ne le guérissent pas assez vite, pauvre homme! Il reçoit, comme les 499,999 autres infortunés inscrits dans le *Bottin*, une circulaire de cet Institut charlatanesque qui lui promet monts et merveilles, à tout le moins guérison radicale de sa goutte. Sans me rien dire, le sournois, et sans me faire assister à la consultation, ce qui est bien indélicat de sa part, il se rend à l'Institut orthopédique, où on lui tient à peu près ce langage :

— Eh bonjour, Monsieur du Corbeau, que vous êtes goutteux, que vos tophus sont beaux! Qu'est-ce que vous donneriez bien pour en être débarrassé, mais, là, tout à fait, pour marcher comme moi, comme tout le monde? — ?... — Mais encore? N'est-il pas vrai que vous donneriez bien la moitié de votre fortune pour marcher comme tout le monde? Sans douleur! — (Avec explosion) — Oh! certainement! — Eh bien, moi, Monsieur, je me fais fort, je m'engage sur l'honneur (!) pour la moitié de votre fortune..... A propos, savez-vous quelle est à peu près votre fortune? — Mais, Monsieur, qu'est-ce que cela peut faire? Jamais un médecin ne m'a demandé cela, et cependant, ce que j'en ai vu!..... — Mais, Monsieur, il faut que je le sache pour pouvoir vous guérir, puisque vous en donneriez bien la moitié. — Monsieur, j'ai 800,000 (huit cent mille) francs de fortune, mais ma famille, mes enfants.... — Monsieur! je vais vous signer un engagement d'honneur de vous guérir en trois mois; signez-vous avec moi? Ah! Monsieur, doucement. Je réfléchirai.

©BIU Santé

toire de ce sucre au chiffre définitif ; et, d'autre part, il se forme certainement dans quelques échantillons, en proportions variables, du sucre interverti qui change le pouvoir rotatoire du mélange au point, dans certains cas, de le rendre lévogyre.

Je donne toutefois, dans mon tableau, à titre de document analytique, les chiffres obtenus par cette méthode, ils ont été déterminés en prenant le degré = 2 gr. 25.

Quantité de matière sucrée fournie par 100 grammes de chacune des substances suivantes,

	Mayet	Boussingault	Moleschott	Lecorché	Esbach	Bretet Liqueur de Fehling	Bretet Polarimètre
Pommes de terre cuites à l'eau.	16.60	25.16	»	18.60	17 »	28.40	29.24
Purée de pommes de terre	8.30	»	»	»	»	»	»
Pommes de terre frites.....	»	»	»	»	»	52.60	54 »
Pain de Gluten.....	27.70	17 à 48	»	»	18 »	48 »	8.10
—	31.15	»	»	»	»	35.60	—12.15 (lévogyre)
—	32 »	»	»	»	»	»	»
—	62.50	»	»	»	»	»	»
Pain ordinaire { sec.....	60 »		43 à 78				
Pain ordinaire { frais.....	50 »						
Mie de pain.....	»	»	»	»	»	60.80	47.24
—	»	»	»	»	52 »	58.14	54 »
Croûte du même	»	»	»	»	76 »	76.32	83.24
— — grillée	»	»	»	»	»	96.14	104.84
Petit pain dit de gruau	»	»	»	»	»	71.94	67.50
Le même fortement recuit	»	»	»	»	»	88.89	98.96
Un autre un peu moins recuit..	»	»	»	»	»	81.30	94.50

Le tableau dans lequel je réunis les résultats de mon travail contient non seulement les poids de sucre que j'ai obtenus, mais aussi ceux que j'ai pu me procurer relatifs aux substances dont je me suis occupé.

Il montre : 1° que les aliments qui, à poids égal, fournissent le plus de sucre, sont précisément du nombre de ceux que les malades substituent volontiers au pain ordinaire ; ce sont la croûte de pain grillée et le pain recuit ;

2° Que la pomme de terre fournit en général moins de sucre que le pain de gluten.

Il vint réfléchir avec moi. Nous conclûmes à un refus pur et simple. L'Institut riposta par une offre de 50,000 francs. Mon client par une offre de 5,000 francs, que refusa l'Institut, lequel ajouta en *post-scriptum :* « Je ferai présenter la note de la consultation. »

C'est épique, n'est-ce pas !

C'est vrai, j'avoue que je n'aurais jamais cru cela.

Voici, d'ailleurs, une autre institution qui fait une belle concurrence à l'Institut orthopédique.

La *Croix* donne le relevé général de tous les miracles accomplis pendant la durée du dernier pèlerinage à Lourdes :

Les guérisons à opposer aux médecins qui cherchent à mettre les miracles sur le compte de l'hystérie sont nombreuses. Notre dépêche d'hier signale la guérison immédiate d'un cancer extérieur inopérable, d'ulcères, de varices graves ; une autre dépêche, arrivée trop tard pour être insérée, nous signalait une tumeur blanche au genou disparue tout de suite et une large plaie purulente qui s'est transformée subitement en une belle cicatrice blanche, bien nette et qui semble remonter à plusieurs années.

« Puisque l'eau de Lourdes opère tant de miracles au profit des croyants, s'écrie le journal voltairien auquel nous empruntons cette nouvelle, comment se fait-il qu'on voie tant de prêtres et de religieuses à Vichy, à Contrexéville, à Vals, à Cauterets et autres stations thermales qui n'ont aucune prétention au miracle?

Il est à noter que, dans l'expérience sur le pain recuit, ce pain a perdu, dans la seconde cuisson, 24 p. 100 de son poids, les 76 p. 100 restant ne m'ont fourni que 67 grammes 56 de sucre, c'est-à-dire un peu moins que les 100 grammes de pain frais correspondant.

Au point de vue chimique, je crois devoir signaler l'action bien évidente du gluten sur la matière sucrée. Il est bien connu que le gluten transforme, avec ou sans addition d'acide, l'amidon en glucose, mais la transformation en *sucre interverti* n'a pas, que je sache, été signalée; elle est cependant rendue évidente par la comparaison des chiffres que m'a fournis le polarimètre avec ceux que donne la liqueur de Fehling. Ainsi le premier échantillon de pain de gluten, riche en amidon, m'a donné une très faible déviation à droite + 3°6; avec le second, plus riche en gluten, j'ai obtenu — 5°4: ces chiffres se passent de commentaires. Je me propose, d'ailleurs, de continuer mes recherches sur ce sujet.

Il résulte des chiffres que, à poids égal, c'est la croûte de pain et la croûte grillée qui donnent la plus grande quantité de matière saccharifiable; et, en réalité, la purée de pommes de terre et la pomme de terre à l'étouffée, la moindre.

Un autre résultat qui m'a paru intéressant, c'est la grande quantité de matière saccharifiable donnée par la pomme de terre frite.

D'où il est, je pense, permis de conclure que l'usage du pain de gluten, comme adjuvant dans le traitement diététique du diabète, est d'une utilité fort contestable, et que quelquefois il peut être nuisible.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX CHEZ LES ENFANTS, par MM. DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, et E. VALUDE, chef de clinique ophthalmologique de la Faculté. — Préface par M. le professeur PANAS. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 1887.

Une des salles du service de M. Saint-Germain, est consacrée exclusivement aux maladies des yeux, et celui-ci s'est toujours occupé avec sollicitude de chercher les moyens

« Si nous sommes trop indiscrets, la *Croix* a le droit de ne pas nous répondre. Nous sommes fixés. »

Hélas! moi aussi, car je n'ai jamais vu de large plaie, purulente ou non, disparaître subitement, et se transformer en une belle cicatrice blanche. Pensez donc, quelle affaire, si c'eût été chez un nègre!

***

Ecouter ces plaisanteries sur les médecins et la médecine ne sont pas sans inconvénients. Il n'y a pas d'à-propos qu'on ne saisisse pour les dauber. Tenez, par exemple encore, voici une circulaire que je reçois tous les ans aux alentours du 14 Juillet et au jour de l'An. Malheureusement, cette année je ne l'ai reçue que le 15 juillet, c'est pourquoi je n'ai pu en profiter, car je n'y avais plus pensé. Ce sera pour l'année prochaine :

« Monsieur, il se pourrait que, vu la position sociale que vous occupez ou l'industrie que vous exercez, vous ayez quelques droits à une distinction honorifique ou à une décoration d'un gourvernement quelconque et qu'il vous fût agréable *et utile* de l'obtenir. Je viens donc me mettre à votre disposition à cet effet. *Ces décorations ne se vendent pas*, il faut y avoir des droits et vous payez ceux qui vous les font obtenir, en faisant valoir ces droits, au même titre que vous payez votre avocat ou votre médecin, avec la seule différence que vous payez votre avocat, bien que vous ayez perdu votre procès, et votre médecin malgré qu'il ne vous guérisse pas, tandis *que, dans le cas présent, vous ne payez que si on réussit*. Inutile de vous ajouter que, si vous entrez en relations avec moi, les

©BIU Santé

les plus convenables pour guérir rapidement ses petits malades et leur conserver la vue. Son expérience était donc très étendue sur cette partie de la chirurgie infantile, lorsqu'il eut pour interne notre ami Valude, qui, élève du professeur Panas, devait se vouer à l'ophthalmologie. C'est de cette conjonction de circonstances, qu'est né le Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants, que vient de publier, avec son goût habituel, l'aimable et intelligent éditeur Steinheil.

L'entrée en matière de ce livre n'est point banale; c'est une lettre humoristique, adressée à M. Panas, par M. de Saint-Germain : « Je vous adresse un enfant que mon ancien interne Valude et moi venons de mettre au monde. Ainsi que vous pourrez le constater, il est de constitution moyenne, ni trop gros ni trop petit, et ne demande qu'à vivre. En ma qualité de père, je puis revendiquer, ce qui n'est pas déjà si commun, l'intention bien arrêtée de le procréer. Quant à Valude, à qui le rôle maternel incombait, il l'a nourri du plus pur de sa sève, et peut l'appeler à juste titre le fruit de ses entrailles. Pourquoi faut-il que durant cette gestation, votre image ait toujours été présente à ses yeux, et que le chef de clinique ait souvent été le reflet du Maître ? Vous pourrez vous convaincre du fait en examinant notre produit. La couverture qui l'enveloppe porte bien mon chiffre; mais vous reconnaîtrez à chaque instant dans les traits de l'enfant des réminiscences qui vous sont propres. Comme dans la « Dame Blanche », *nous vous prions d'en être le parrain.* Vous aurez ainsi dénoué une situation délicate... » Si la réputation d'homme d'esprit de M. de Saint-Germain n'était faite depuis longtemps, ces quelques lignes y suffiraient, n'est-ce pas?

Quand on vous offre aussi galamment un parrainage, il faudrait avoir le cœur bien dur pour décliner un honneur qui, dans l'espèce, n'est pas doublé d'une charge, et en guise de dragées, le parrain a offert aux parents un bon brevet d'orthodoxie ophthalmologique, qui leur permettra de lancer avantageusement leur enfant dans le monde.

M. Panas loue, en effet, dans le traité nouveau les qualités de clarté et de concision qui conviennnent à un livre d'enseignement pratique, s'adressant aux élèves et surtout aux praticiens; en quelques phrases il retrace le grand dommage que cause à la Société l'ignorance trop générale des médecins en ophthalmologie, ignorance qui leur fait méconnaître les granulations palpébrales, prendre les affections graves de la cornée et des membranes profondes de l'œil pour de simples conjonctivites et les traiter maladroitement, abandonner le glaucôme à lui-même, jusqu'à ce qu'il en résulte une cécité incurable, et peupler les hospices d'aveugles, faute de connaître exactement la prophylaxie et le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Le livre de MM. de Saint-

---

nombreux résultats que j'ai obtenus me permettent de vous donner sur ma personne toutes les références que vous êtes en droit d'exiger.

« Dans cette attente, recevez, Monsieur, mes civilités empressées. »

Ainsi, vous voyez, voilà un monsieur charlatanesque qui se met au-dessus des avocats et des médecins! Oh! le fat! le vaniteux! N'importe, comme je connais de fort honnêtes gens qui ne seraient pas fâchés, que dis-je, qui seraient enchantés d'obtenir une distinction honorifique, voire même une décoration d'un gouvernement quelconque, fut-il même républicain, je serai heureux de leur donner l'adresse du monsieur, s'ils me la demandent; mais à condition, toutefois, qu'ils me feront une belle remise. — Oh! — Tiens, pourquoi pas?

Nos administrations parisiennes, au sujet desquelles on fait autant de gorges chaudes que sur les médecins, ont cependant du bon. Je lis par exemple dans les journaux, ce qui est rare, des éloges à l'adresse du laboratoire municipal, et, ce qui est bien plus rare, de la préfecture de police. Les uns nous disent :

La commission spéciale du contrôle du laboratoire municipal, qui a été récemment instituée par le conseil municipal, a visité le laboratoire, et, dans cette première visite, s'est rendu compte des procédés d'analyse employés pour les laits, les beurres, les huiles, les cafés et les poivres.

M. Girard a montré à la commission un petit appareil qui, légèrement modifié, permettra bientôt aux débitants de lait de contrôler les fournitures qui leur sont faites.

La commission a étudié la falsification des huiles d'olives par les huiles de coton

Germain et Valude doit combler une lacune qui existe dans les études médicales, et M. Panas promet aux auteurs l'accueil empressé du public.

Après ce satisfecit du professeur d'ophthalmologie, que signifierait notre modeste approbation? Nous venons de lire sans fatigue aucune les principaux chapitres du livre et nous en avons tiré grand profit; tous les lecteurs éprouveront sans doute ce sentiment.

A la fin du volume, se trouve un formulaire bien commode et qui, s'il en était fait un tirage à part, serait bientôt dans toutes les mains, comme y est déjà le Manuel de thérapeutique oculaire usuelle d'Armand Trousseau; tous deux réunis se compléteraient admirablement à la grande commodité du praticien. — P. Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude de la peptone.

Par M. le docteur S. Labastide.

Je viens présenter quelques courtes observations sur la peptone envisagée comme agent alimentaire et réparateur. J'ai été amené à prescrire son emploi par la nécessité de nourrir et de fortifier les malades dont je vais exposer les cas ainsi que les résultats obtenus dans les observations suivantes :

Observation Ire. — Mme M. Antonia G..., veuve, âgée de plus de 80 ans, robuste et bien constituée, de tempérament sanguin, — hémiplégie du côté droit, — aphasie partielle, à la suite d'un épanchement au cerveau, qui remontait à plus de trente ans; toutes les fonctions d'ailleurs s'accomplissaient parfaitement bien.

Au printemps de 1884, sans cause bien déterminée, car elle menait une vie régulière et très sobre, une nouvelle attaque cérébrale la frappa. Les symptômes se dissipèrent sous l'influence des dérivatifs à l'intérieur et à l'extérieur; les accidents extérieurs seuls persistèrent.

En 1885, elle eut une troisième attaque : celle-ci dura plus longtemps que la précédente; la paralysie devint plus prononcée, l'aphasie, qui existait déjà, plus complète, et la déglutition plus pénible, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune altération locale de la gorge.

---

d'Amérique, dont l'importation a pris une si grande importance depuis trois ans, au préjudice de l'octroi de Paris, la différence des droits d'octroi entre les deux huiles étant de 20 francs par 100 kilos; cette fraude, en dépréciant l'huile d'olive au point de faire abandonner en partie la culture de l'olivier, porte d'ailleurs le plus grave préjudice à l'une des branches les plus intéressantes de l'agriculture de notre pays.

Le mouillage des cafés torréfiés et le traitement frauduleux auxquels sont soumis les cafés avariés qui sont travaillés et teints en Hollande, la falsification des poivres par les noyaux d'olives pulvérisés, qui fait perdre environ 5 millions par an au Trésor ont également éveillé l'attention des conseillers.

Ils ont encore examiné une fécule de pomme de terre qui, sous le nom trompeur de « tapioca indigène », cherche à se substituer au véritable tapioca au plus grand détriment de la santé des enfants qui la digèrent mal et qu'elle ne nourrit pas.

La commission inspectera, dans sa prochaine visite, la partie du laboratoire qui concerne les vins, les liqueurs et les eaux.

Elle a pu déjà se rendre compte, en dépit des protestations de certains négociants que le laboratoire gêne dans leur commerce indélicat, que cette institution, qui fonctionne seulement depuis quelques années, est des plus utiles à l'hygiène et à la santé publique.

Décidément, nous apprennent les autres, il n'y a plus la moindre sécurité pour messieurs les voleurs avec le nouveau système de mesures anthropométriques imaginé par M. Bertillon.

©BIU Santé

La malade commença alors à refuser tout aliment. Quand on réussissait à lui en faire prendre quelque peu, elle le rendait aussitôt, plus ou moins altéré, et cela sans accuser la moindre souffrance du côté de l'estomac; les remèdes les mieux indiqués ne purent modifier cet état, car, non seulement la malade refusait les aliments, mais elle ne supportait même pas les liquides les mieux appropriés, et l'eau pure, sucrée ou gazeuse, était rejetée comme le reste; l'intolérance de l'estomac était complète.

Mme G... tomba très bas; elle maigrit considérablement; six mois après cette dernière attaque, la faiblesse était extrême. Dans ces circonstances, je pensai que la peptone liquide, administrée en lavements, pourrait être assimilée et soutenir la malade. Ma confiance dans une issue favorable était bien faible; d'une part, la position de la patiente était bien grave; de l'autre, je n'osais croire à l'action réparatrice et à la facile assimilation qu'on attribuait à cette substance : c'était plutôt sur une spéculation que sur des faits bien établis que je m'appuyais, nonobstant les faits cliniques qui avaient été observés. On commença, le 22 septembre 1885, à donner, trois fois par jour, un lavement composé de 20 grammes de peptone Defresne, mêlé à 60 grammes de lait bouilli; le lait était souvent remplacé par du bouillon ordinaire. Après vingt jours de ce régime, la malade était sortie de son état de prostration et ses forces se relevaient un peu. Déjà l'estomac ne rejetait plus l'eau ni même le lait, pourvu qu'on les lui présentât à petites doses et à longs intervalles. En conséquence, on lui fit absorber 20 grammes de peptone, trois fois par jour, dans un peu de tapioca.

Le 12 novembre, c'est-à-dire après cinquante jours de ce seul traitement, Mme G..., quoique toujours paralysée, était non seulement revenue à son état primitif, mais commençait à prendre de l'embonpoint. Sans suspendre l'usage de la peptone, elle prenait sans répugnance et supportait quelques petites quantités d'aliments, tels que pâtes, soupes et jus de viande. Dans le mois de janvier de la présente année, la paralytique avait recouvré ses forces; elle cessa l'usage de la peptone Defresne et continua ses repas variés, parfois même assez abondants, jusqu'au 24 mars; à cette époque, elle succomba à une nouvelle congestion cérébrale.

Obs. II. — La jeune R..., âgée de 9 mois, débile et faiblement constituée, était née un mois avant terme, à la suite de chagrins que sa mère avait éprouvés de la maladie et de la mort d'un premier enfant. Dans les premiers temps de l'allaitement, le nouveau-né ne profitait pas, car la mère, déjà très éprouvée, s'affectait encore de voir l'enfant s'étioler faute de nourriture et refuser obstinément un sein étranger et toute autre alimentation.

Il y a quelques jours, M. Creneau, commissaire de police, faisait arrêter un jeune homme de grande allure se faisant appeler vicomte Maurice de Talhouet. Ce prétendu vicomte qui avait commis un nombre considérable d'escroqueries, fut interrogé et affirma de la façon la plus catégorique sa noble origine.

Mais au dépôt, il dut subir l'examen anthropométrique, et les mesures concordèrent exactement avec celles d'un filou qui avait déjà subi plusieurs condamnations pour vol.

Devant ces preuves mathématiques, le vicomte Maurice de Talhouet fut obligé d'avouer qu'il était tout simplement un nommé Giraud, ancien employé de commerce, ayant déjà habité Mazas, dont il a repris d'ailleurs le chemin.

Le jour où M. Bertillon ou un autre savant quelconque aura inventé un instrument capable de faire reconnaître à première vue un charlatan d'un praticien honnête, *ad usum populi*, ce jour-là, il aura rendu un bien grand service à l'humanité et je le porterai aux nues... dans ma causerie.

SIMPLISSIME.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le ministre de l'instruction publique de Berlin vient de prendre une décision en vertu de laquelle les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes ni comme auditrices dans aucune des Facultés prussiennes.

(*Lyon médical.*)

A l'apparition de la première dent, comme il arrive souvent, les symptômes d'inflammation firent explosion du côté de l'intestin et la consomption marcha rapidement; à cet état déjà bien grave vinrent s'ajouter des aphtes dans la bouche, qui empêchaient le bébé de prendre le sein; l'enfant ainsi privée de toute alimentation et complètement exténuée paraissait vouée à une mort certaine. J'eus alors recours à la peptone.

J'ordonnai, toutes les quatre heures, un lavement composé de 20 grammes de lait et de 10 grammes de peptone Defresne. J'ajoutai parfois une ou deux gouttes de laudanum; ce seul nutriment, continué pendant près de deux mois, maintint la petite malade, et, par degré, améliora complètement son état; quand on put, après ce temps, lui administrer par la bouche quelques doses de 10 gouttes de peptone dans le lait faible et rare de la mère ou dans du tapioca, la guérison fut complète. Les symptômes de cette cachexie profonde étant disparus, l'enfant prit des forces, et elle se trouve aujourd'hui dans un état vraiment satisfaisant, après avoir usé pendant cinq mois seulement de la peptone Defresne, suivant la manière et dans les conditions que nous avons relatées.

Obs. III. — Philippe R..., âgé de 9 ans, assez bien constitué, tempérament nerveux et lymphatique, a eu la rougeole, la scarlatine, ainsi que de légers accès de fièvre intermittente, et enfin une fièvre typhoïde fruste. Il présentait, vers la fin de 1885, tous les caractères de l'anémie : pâleur, palpitations, maux de tête, glandes au cou et sur d'autres points, exostoses sur les crêtes des tibias.

Cependant son alimentation était succulente; il faisait usage du vin de Bordeaux et il avait été soumis tour à tour aux ferrugineux, à l'huile de foie de morue, aux préparations de phosphate de chaux. Les soins hygiéniques, exercices variés, hydrothérapie, marchaient de pair avec le traitement. En dépit de tous ces efforts, son état ne s'améliora pas et il se maintint mauvais toute l'année dernière.

C'est alors qu'au mois de janvier 1886, on commença à lui donner le vin de peptone Defresne à la dose d'une cuillerée à bouche, dose que l'on éleva bientôt à deux cuillerées; au bout de quelques jours, les tumeurs des jambes allaient en disparaissant, l'engorgement des glandes diminua, le petit malade reprit des forces, le teint se colora, les membres se mouvaient sans effort, l'appétit revint; par contre, les maux de tête disparurent, ainsi que les palpitations; l'état général s'améliora à vue d'œil. L'enfant n'a pas cessé de faire usage du vin de peptone, et aujourd'hui il est complètement rétabli; à peine perçoit-on quelques traces des glandes si volumineuses autrefois.

Je m'abstiens de tirer aucune déduction des cas énumérés ci-dessus ; ils appellent de nouvelles études qui permettront d'apprécier l'assimilation complète, l'action réparatrice des peptones. Mais il est de mon devoir d'appeler l'attention sur les deux points suivants qui ressortent des observations précédentes :

1° Mme Antonia G... et la jeune R... se sont alimentées et nourries avec avantage pendant des jours nombreux en faisant exclusivement usage de la peptone ;

2° Elles ont reçu cette alimentation par les intestins seulement, car pendant longtemps ni l'une ni l'autre n'ont rien pu absorber par l'estomac, et cependant elles ont recouvré la santé et retrouvé leur vigueur primitive. Ces faits ne peuvent être illusoires, et, pour les corroborer, je soigne d'autres malades dont j'attends la guérison.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian communique une note *Sur l'origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien :*

« Les expériences que j'ai faites sur l'origine des nerfs sécréteurs des glandes salivaires et sur l'origine de la corde du tympan m'ont amené à étudier, sur le chien, l'influence des nerfs crâniens sur les muscles du voile du palais.

« Notre confrère M. Chauveau avait déjà donné des indications très précises sur cette question, dans le mémoire qu'il a publié en 1862 sur le nerf pneumo-gastrique. Ses

©BIU Santé

expériences avaient porté sur le cheval et sur l'âne. D'une façon générale, je suis arrivé à des résultats qui confirment ceux qu'il avait obtenus. Je puis donc me contenter d'exposer ces résultats d'une façon très succincte.

« M. Chauveau, dans une expérience faite sur un cheval (expérience IX), s'exprime ainsi : « Au moment de l'excitation du glosso-pharyngien, contraction de la partie « antéro-supérieure du constricteur supérieur et probablement du voile du palais,... »

« L'expérience X est faite sur un âne. Le pincement du facial donne lieu à une contraction énergique des muscles de la face et de l'oreille, ainsi que du digastrique ; rien dans le voile du palais.... Mêmes observations en employant l'électricité ; résultats plus accentués et plus facilement observés.

« La conclusion III de la première partie du mémoire de M. Chauveau établit que « l'excitation des racines du facial n'agit ni sur les muscles staphylins, ni sur les muscles « pharyngiens, ni sur l'œsophage, ni sur l'estomac. »

« Dans la conclusion IV, on lit : « L'excitation des racines du glosso-pharyngien fait « contracter la partie antéro-supérieure du constricteur pharyngien supérieur et, pro- « bablement, une partie des muscles staphylins.... »

« Enfin, M. Chauveau dit, dans une note : « Je crois pouvoir affirmer, d'après mes « souvenirs, que les muscles du voile, et particulièrement le pharyngo-staphylin, se « sont montrés, dans mes expériences, sous la dépendance des racines les plus infé- « rieures du pneumo-gastrique. »

« Sur des chiens, soit pendant un sommeil chloralique profond, soit immédiatement après la mort, j'ai mis à découvert, dans le crâne, les racines du trijumeau, du facial et de l'auditif, du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique et du spinal. Puis j'ai excité successivement ces diverses racines à l'aide d'un courant faradique, pendant qu'un aide examinait attentivement le voile du palais, en maintenant la cavité buccale ouverte et en tirant la langue hors de cette cavité ; ou bien je faisais l'examen du voile et mon aide électrisait les racines nerveuses, en se conformant à mes indications. Il est indispensable que le courant faradique employé soit très faible : autrement l'excitation électrique atteint, par dérivation ou par diffusion, les nerfs les plus voisins de celui qui est soumis directement au courant, et l'on peut ainsi être induit en erreur. Pour confiner l'excitation dans chaque racine nerveuse électrisée, j'ai été obligé le plus souvent de me servir du courant faradique que j'obtenais en poussant, sur la coulisse de l'appareil à chariot, la bobine au fil induit jusqu'à une distance de $0^m,35$ et même de $0^m,40$ du point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur. (Appareil actionné par une pile de Grenet de moyen modèle.)

« J'ai étudié sur cinq chiens l'action des nerfs protubérantiels et bulbaires sur le voile du palais. Sur aucun de ces animaux, la faradisation de la racine motrice du nerf trijumeau n'a déterminé la moindre contraction des muscles du voile du palais.

« Sur aucun de ces animaux, il n'y a eu non plus le moindre mouvement de ce voile musculo-membraneux, lorsqu'on électrisait l'ensemble du facial et de l'auditif entre le bulbe rachidien et le trou auditif interne. C'est là ce que M. Chauveau avait bien vu.

« La faradisation de la racine du nerf glosso-pharyngien n'a provoqué un mouvement bien net du voile du palais que sur un des chiens mis en expérience. Ce mouvement était borné à la moitié correspondante de ce voile qui se fronçait un peu en travers, pendant que son bord libre, inférieur, abandonnait la base de la langue sur laquelle il reposait et qu'il se formait ainsi entre ce bord et la surface de la langue une ouverture de forme ogivale. Ce mouvement se reproduisait chaque fois que l'on recommençait l'excitation. C'est d'ailleurs sous ces apparences que s'est montré le mouvement du voile du palais dans toutes les expériences où j'ai constaté une action motrice des nerfs sur ce voile.

« Les filets radiculaires supérieurs du nerf pneumo-gastrique n'exercent aucune influence motrice sur le voile du palais. Il n'en est pas de même des filets inférieurs, de ceux qui se rapprochent des racines du nerf spinal : sur ce point encore, je suis pleinement d'accord avec M. Chauveau. L'électrisation de ces filets inférieurs a fait naître, sur tous les chiens, un mouvement du voile du palais, mouvement énergique et offrant la forme que je viens d'indiquer.

« Enfin, sur un chien, j'ai vu, avec la plus grande netteté, la faradisation du filet radiculaire supérieur du nerf spinal déterminer la même contraction des muscles du voile du palais (je parle des filets relativement assez gros que l'on voit manifestement se joindre au cordon de la racine du nerf spinal). Le filet situé au-dessous de celui-ci était sans la moindre action sur les muscles staphylins. Sur ce chien, l'électrisation des radicules inférieures paraissant appartenir au nerf pneumo-gastrique provoquait aussi un mouvement du voile du palais; mais ce mouvement était moins prononcé que celui qui se manifestait au moment où l'excitateur était posé sur le filet radiculaire supérieur du nerf spinal (1).

« Les filets inférieurs de la série des radicules qui semblent constituer la racine du nerf pneumo-gastrique appartiennent-ils réellement à ce nerf? Doivent-ils être, au contraire, considérés comme faisant partie des racines du nerf spinal? C'est un problème que je ne suis pas en mesure de résoudre aujourd'hui.

« Toujours est-il que chez le chien comme chez le cheval, aucune fibre des nerfs moteurs du voile du palais ne provient du nerf facial.

« Le nerf masticateur ne contribue pas non plus à l'innervation des muscles de ce voile.

« Le glosso-pharyngien fournit peut-être des fibres motrices aux muscles staphylins : il m'est impossible d'être plus affirmatif, parce que je n'ai vu l'électrisation de ce nerf produire des mouvements du voile du palais que sur un seul des cinq chiens sur lesquels j'ai fait cette recherche.

« L'origine principale des fibres nerveuses motrices destinées au voile du palais chez le chien, est dans les filets radiculaires inférieurs du nerf pneumo-gastrique et dans le filet radiculaire supérieur des nerfs spinaux. Peut-être ces divers filets radiculaires appartiennent-ils tous aux nerfs spinaux ou accessoires de Willis (2). »

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs a émis un vote favorable : 1° à la demande de M. Peter d'échanger sa chaire de pathologie interne contre celle de clinique médicale, devenue vacante par suite de la mise à la retraite pour limite d'âge de M. le professeur Hardy; 2° à la déclaration de vacance des chaires d'anatomie et de physique, dont les titulaires ont été mis récemment à la retraite pour limite d'âge, et de pathologie interne, par suite de la permutation de M. le professeur Peter.

Enfin, par suite de la retraite de M. Hardy, M. le professeur Potain passe de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité.

Muséum. — L'assemblée des professeurs a dressé ainsi qu'il suit la liste des candidats à la chaire de pathologie comparée laissée vacante depuis le mois de décembre 1885, par la mort de Henri Bouley : en première ligne, M. Chauveau; en deuxième ligne, M. P. Gréhant.

Faculté des sciences de Paris. — Les professeurs viennent de procéder à la formation de la liste des candidats à présenter au ministère de l'instruction publique pour la chaire de zoologie, en remplacement de M. le professeur H. Milne-Edwards, décédé au

(1) Dans toutes mes expériences, un des excitateurs était introduit au-dessous de la peau d'un des membres postérieurs; l'autre excitateur, muni d'une tige métallique ténue, était placé, par sa pointe, sur les filets nerveux dont on voulait étudier l'aetion.

(2) Chez le chien, la partie des racines du spinal formant la branche externe de ce nerf conserve sa motricité, après la mort, un peu plus longtemps que les fibres radiculaires motrices du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien et de la branche interne de ce même nerf spinal, qui se rendent à des muscles à faisceaux primitifs striés. La motricité des fibres radiculaires du nerf pneumo-gastrique et du nerf spinal, destinées aux muscles du palais, persistait encore, dans une expérience, vingt-cinq minutes après la mort. Un moment plus tard, elle avait disparu.

©BIU Santé

mois de juillet 1885. Cette liste, votée à l'unanimité, est ainsi dressée : en première ligne, M. Yves Delage; en deuxième ligne, M. Jourdain.

Société médicale du Panthéon. — La Société médicale du Panthéon, d'après les expériences microbicides qui ont été faites devant elle, aussi bien que d'après les observations cliniques qui lui ont été présentées, estime que la guérison de la phthisie pulmonaire peut être obtenue par les inhalations balsamiques, calmantes, cicatrisantes et microbicides faites convenablement; mais afin d'arriver à une certitude absolue, elle propose comme sujet de prix à décerner en 1887 la question suivante :

Démontrer expérimentalement que les microbes ou bacilles de la phthisie pulmonaire sont détruits, tués, incapables de vivre et de reproduire,

1° Dans les essences hydrocaburées et les substances médicamenteuses ci-après désignées ;

2° Dans l'air atmosphérique saturé de ces mêmes substances à la température de 37 degrés, c'est-à-dire à la température du corps humain ;

3° Dans le tissu du poumon imprégné de ces mêmes substances;

1° Térébenthine de Venise; — 2° Essences de Térébenthine; — 3° de Citron; 4° de Menthe; — 5° d'Anis; — 6° d'Eucalyptus; — 7° Goudron de Norwège; — 8° Coaltar; — 9° Benzine; — 10° Pétrole; — 11° Acide phénique; — 12° Thymol; — 13° Créosote; — 14° Pyridine; — 15° Terpine; — 16° Iodoforme; — 17° Iode; — 18° Ether; — 19° Chloroforme; — 20° Teintures d'iode; — 21° de Benjoin; — 22° de Tolu; — 23° Baume du Commandeur; — 24° Alcool camphré; — 25° Soufre et préparations sulfureuses ou tout autre substance qui aurait été employée en inhalations avec succès.

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

N. B. Les mémoires écrits lisiblement en français, ainsi que toutes les communications relatives à la phthisie, devront être adressés *franco* avant le 31 octobre 1887, soit au siège de la Société médicale du Panthéon, soit au secrétaire général, M. le docteur Saudras, rue Rambuteau, 24, à Paris.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de premier interne s'est terminé jeudi 4 novembre par la nomination de M. Chevalier.

Société médico-pratique. — Séance du 22 novembre. — *Ordre du jour* : 1. M. Lelu : Rapport sur la candidature de M. Gros. — 2. M. Roeser : Rapport sur la candidature de M. Caire. — 3. M. Paulin : De l'emploi de la cocaïne dans les opérations dentaires. — 4. M. Bottey : Cas de contracture de la jambe droite, d'origine paludéenne, guérie par l'hydrothérapie et la gymnastique suédoise. — 5. M. P. Blocq : Note sur un cas de cancer primitif de la colonne vertébrale (travail de candidature). — 6. M. Valude : Des asthénopies. — 7. M. H. Huchard : La lésion des artères coronaires, étudiée dans ses rapports avec la mort subite (observation nouvelle avec pièces). — 8. Discussion sur l'utilité pour la Société à être reconnue d'utilité publique. — La commission du prix se réunira après la séance.

Le duel devant l'association des étudiants allemands. — Le Congrès de l'Association des étudiants Allemands, tenu ces jours derniers à Leipsig, a adopté les propositions du groupe de Berlin, relatives à un tribunal d'arbitres, et au duel entre étudiants. D'après ces propositions, il serait institué, dans chaque Université, un tribunal d'arbitres composé d'étudiants, qui interviendrait dans les querelles pour tâcher de concilier les adversaires. Les membres du tribunal promettraient, sur l'honneur, de garder le silence le plus absolu sur ce qui se passerait au cours des débats devant le tribunal, qui ne pourrait jamais décider qu'il y a lieu à un duel. Le duel serait au contraire soumis aux dispositions pénales générales, et la peine serait doublée dans le cas où il y aurait eu provocation sans aucun motif. Par contre, la peine serait réduite au quart pour celui qui aurait été forcé de se battre. Ces propositions seront soumises au Reichstag.

(*Lyon médical*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chanchat.

Sommaire

I. Hortelour : Rapport sur quatre observations d'albuminurie survenue chez les syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires. — II. Bibliothèque : Dictionnaire de chimie pure et appliquée, etc. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Rapport sur quatre observations d'albuminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires

Communiquées par le docteur Edm. Wickham à la Société de médecine de Paris

Par le docteur Horteloup.

M. le docteur Edmond Wickham a lu, à la Société de médecine de Paris, quatre observations d'albuminurie chez les syphilitiques; trois ont été recueillies dans mon service de l'hôpital du Midi, la quatrième dans le service de clinique chirurgicale de la Charité, par M. le docteur Marchant, alors chef de clinique.

La première a trait à un palefrenier, Émile C..., 42 ans, entré dans le service le 27 septembre 1884, pour des accidents secondaires compliqués d'œdème considérable des membres inférieurs. Le début de la syphilis remonte à trois mois; depuis six semaines il présente des syphilides papulo-squammeuses et, il y a quinze jours, il a vu survenir de l'œdème du scrotum, puis des jambes. A son entrée, on constata un épanchement pleural double, pas d'œdème de la face, des troubles digestifs; le malade urine, dans les 24 premières heures, 300 grammes d'urine qui contiennent 6 grammes d'albumine.

Le malade est mis au régime lacté, mais, n'obtenant aucune sédation dans les symptômes, je supprime le lait le 1er octobre, et je lui prescris par jour deux pilules de protoiodure de 5 centigrammes et quatre degrés.

Le 24 octobre, le malade quittait l'hôpital sans albumine; l'œdème sous-cutané et l'épanchement pleural avaient disparu. Quelques syphilides persistent encore.

L'observation recueillie à la Charité est celle d'une femme de 21 ans, qui entre pour un œdème des membres inférieurs. Elle a contracté la syphilis il y a huit mois. A son entrée, on constate 12 grammes d'albumine dans ses urines de vingt-quatre heures.

Elle est mise au traitement antisyphilitique et, lorsqu'elle quitte l'hôpital un mois plus tard, l'œdème a disparu et la quantité d'albumine est tombée à 1,50.

La troisième observation est celle d'un Italien, A..., ouvrier ébéniste, âgé de 21 ans, qui entra dans mon service le 2 mai 1877.

Il y a six mois, cet homme a contracté deux chancres syphilitiques, et, à son entrée dans mon service, il a une syphilide papuleuse confluente, ainsi qu'un œdème généralisé.

Le 26 avril, six jours avant son entrée, cet homme, sortant en sueur de son atelier, a été surpris par une averse qui a transpercé ses vêtements. Il a éprouvé un refroidissement très sensible, mais cet homme n'y avait pas attaché grande importance, et quarante-huit heures plus tard, il s'aperçut que la face était bouffie. Il n'avait cependant ni frissons, ni douleurs lombaires, et il put continuer son travail jusqu'à son entrée, le 2 mai.

On constate alors un œdème généralisé, un épanchement pleural et abdominal; les urines sont foncées et déposent, elles contiennent de l'albumine dans une proportion de 40 grammes pour un litre, mais cet homme n'a uriné que 360 grammes dans les premières vingt-quatre heures.

Ce malade est resté huit mois, dans mon service, en passant par toutes les phases graves de l'albuminurie. Céphalalgie, cécité, épanchement considérable dans l'abdomen qui a nécessité plusieurs ponctions ayant donné 14 litres et 6 litres de liquide. Cet homme finit par guérir et le 30 décembre 1877 il sortait de l'hôpital, urinant 2,800 grammes par jour, contenant 1 gramme d'albumine par litre.

J'ai revu cet homme pour la dernière fois en 1883. Sa guérison paraissait complète; il avait repris tous ses travaux, et n'avait jamais vu survenir de nouveaux accidents.

La dernière observation est celle d'un gamin de 17 ans, Georges S..., qui entra dans mon service le 27 septembre 1884.

©BIU Santé

Cet enfant a eu, en 1881, une légère uréthrite ; il y a trois mois en juillet, un chancre syphilitique et, depuis cinq semaines, il est porteur de syphilides papulo-squammeuses ; chute de cheveux, plaques anales.

Il y a quinze jours, il a vu survenir de l'œdème de la face et des membres inférieurs qui était plus accentué le matin au réveil.

Il était dans cet état depuis une dizaine de jours, lorsque, à la suite d'excès, il a passé trois heures de nuit endormi sur le bitume, et, lorsqu'il s'est réveillé, il était glacé.

A son entrée à l'hôpital, on constata un œdème généralisé, sauf aux membres supérieurs et au cou, mais la verge et le scrotum sont excessivement envahis.

Pas de céphalalgie, pas d'amblyopie, mais assoupissement continuel. Vomissements intermittents ; palpitations sans lésions d'orifices du cœur.

Urines sanguinolentes, pas de douleurs provoquées par la pression de la région lombaire. Il rend 900 grammes d'urine contenant 8 grammes d'albumine. Quoique, d'après le début et la marche des accidents, je ne fusse pas disposé à admettre que les accidents d'albuminurie fussent sous la dépendance de la syphilis, je soumets cependant ce malade au traitement antisyphilitique, mais, après dix jours n'obtenant aucune amélioration, ce qui nous confirmait dans notre diagnostic, cet enfant est mis au régime lacté.

Le lait est mal supporté, les accidents cérébraux augmentent et, après trois semaines de lutte, cet enfant succombe le 4 novembre.

L'examen microscopique des reins démontra une double altération ; une sclérose péritubulaire et périglomérulaire, néphrite interstitielle déjà ancienne, et une altération des cellules des tubes contournés, caractérisés par un état granuleux, parfois vésiculeux, mais sans fusion des cellules, avec léger exsudat.

L'interprétation de cette double lésion est excessivement délicate. Si on admet, d'après M. Bouchard, que la syphilis rénale est une néphrite infectieuse, produite par une infiltration des cellules épithéliales par les bactéridies de la syphilis, on serait porté à admettre une néphrite interstitielle ancienne de cause inconnue et compliquée d'une néphrite infectieuse syphilitique de date récente.

Mais, M. Wickham serait plutôt disposé à admettre que ce jeune garçon avait une néphrite interstitielle causée par sa syphilis et que les altérations épithéliales sont dues au refroidissement. Nous aurons à revenir sur cette interprétation.

L'histoire de la syphilis rénale est toute moderne, car quoique Rayer, il y a près d'un demi-siècle, ait démontré que, contrairement à l'opinion courante à cette époque, la syphilis pouvait agir sur le rein, il faut reconnaître que, si on ne pouvait nier les gommes des reins, on n'admettait pas d'albuminurie au début de la syphilis et, lorsque les premières observations furent publiées, elles ne furent acceptées qu'avec beaucoup de méfiance. Des cliniciens de grande valeur, des syphiligraphes rompus à toutes les difficultés du diagnostic, ne voulurent voir là qu'une simple coïncidence, mais aujourd'hui l'hésitation n'est plus possible, et je crois que tout médecin qui voudra étudier les observations qui ont été publiées ne pourra plus mettre en doute cet accident de la syphilis, accident rare, je le reconnais, mais qui n'est pas douteux. Deux thèses en 1882 ont été publiées sur ce sujet et dans la seconde en date, celle de M. Nœgel, on trouvera un historique très complet.

Comme toujours, dans une question aussi neuve et aussi difficile, il y a eu forcément quelques confusions, et je ne serais pas étonné que dans quelques observations publiées sous le nom d'Albuminuries syphilitiques, la syphilis n'ait joué aucun rôle. Ces erreurs sont inévitables, mais, d'ici peu, le diagnostic sera plus précis.

En conseillant à mon ami le docteur Wickham de vous communiquer ses intéressantes observations dont vous avez bien voulu me nommer rapporteur, j'avais l'intention de vous présenter quelques réflexions, en me demandant s'il ne serait pas nécessaire de faire dans ces albuminuries, survenant dans les premières années de la syphilis, une distinction entre celles qui se produisent dans les premiers mois, et celles qui se produisent après deux où trois ans de syphilis ; ces dernières n'étant pas encore les albuminuries de la période tertiaire.

Cette distinction me paraît très importante, car elle a permis à M. Wickham de for-

muler aussi la première conclusion de son travail : l'albuminurie syphilitique de la période secondaire est généralement bénigne, tandis que M. Nœgel termine son important travail par des conclusions dont la troisième commence ainsi : « Les néphrites syphilitiques survenues à la période secondaire sont toujours des accidents graves, toutefois elles peuvent être curables... »

Je crois que ce pronostic plus sombre tient à ce qu'il a réuni dans la même étude clinique les faits observés dans les premiers mois de la syphilis et ceux observés plus tard vers la fin de la seconde où de la troisième année.

Rappelez-vous la première observation : début de la syphilis, trois mois auparavant; en vingt-quatre jours de traitement, l'œdème et l'épanchement pleural sont résorbés, toute trace d'albumine a disparu. Dans la seconde observation, celle de M. Marchant, syphilis de huit mois, et lorsque la malade quitte l'hôpital, après un mois de traitement, l'albumine de 12 grammes était tombée à un chiffre insignifiant.

Les observations analogues sont nombreuses, et, si quelquefois l'albumine a persisté deux mois, dans un cas sept mois, on peut conclure que la guérison de ces albuminuries précoces est la règle, et que de plus elle est rapide.

Il y a bien cependant une observation publiée par M. Perroud, en 1867, dans laquelle un homme de 22 ans, ayant eu un chancre induré deux mois auparavant, et chez lequel on constata, en même temps qu'une éruption syphilitique des plus confluentes, de l'anasarque des membres et des parois abdominales, une quantité considérable d'albumine. Cet homme entre le 2 janvier, meurt le 6 février avec une dyspnée très intense. Mais, dans cette observation qui est une des premières publiées sur l'albuminurie syphilitique, on peut se demander, lorsqu'on lit la description microscopique, si on n'a pas eu simplement affaire à une albuminurie *a frigore* chez un syphilitique.

Sauf ce fait qui est sujet à discussion, les autres observations indiquent une guérison assez rapide, et, lorsqu'on a pu suivre quelques malades, on garde l'impression qu'ils ont été atteints d'un accident léger et qui ne laissera pas de traces. En effet, on ne revoit pas ces malades, et, quoique à l'hôpital il ne soit pas toujours facile de pouvoir suivre longtemps les malades, il suffit d'être resté pendant plusieurs années au Midi pour savoir avec quelle persévérance les individus atteints de syphilis viennent vous retrouver dès qu'ils savent qu'il peut y avoir un rapport avec leur ancienne syphilis, et cela aurait bien été le cas pour deux autres albuminuriques observés dans mon service, en 1875 et 1877. Ils étaient prévenus, et je ne les ai jamais revus. Mais le docteur Burkmann, cité par Nœgel, a publié l'observation d'un individu devenant syphilitique en août 1866; le 4 décembre 1866 accidents généraux graves, on reconnait de l'albumine qui persista pendant deux mois, puis tout disparait avec un traitement antisyphilitique, et, lorsque le docteur Burkmann publia l'observation en 1880, son malade avait un aspect florissant et n'avait jamais eu de rechute.

Ce qui donne à cette albuminurie précoce le cachet syphilitique, c'est qu'on trouve presque toujours de nombreuses manifestations d'une origine spécifique non douteuse. Dans la première observation de M. Wickham, on constata une éruption abondante de syphilides papulo-squammeuses; chez mon malade de 1877, il y avait une roséole ortiée des plus confluentes; chez un malade de M. Descouts, roséole intense, syphilides papulo-squammeuses; chez un malade de M. Barthélemy, syphilides papuleuses, céphalalgie, chez un autre vous voyez indiquer beaucoup d'accidents syphilitiques. Chez plusieurs on retrouva encore la pléïade inguinale caractéristique et l'induration chancreuse.

Dans les affections rénales qui surviennent plus tard, vers la troisième année de la syphilis, il n'en est plus de même; on se trouve en présence d'une néphrite albumineuse et, si le malade ne vous raconte pas qu'il a eu la syphilis, le diagnostic étiologique ne peut arriver à se faire que par élimination.

Relisez une observation publiée dans la thèse de M. Cohadon, recueillie dans le service dans le service de M. Rigal, et vous verrez combien il fut difficile d'arriver à établir ce diagnostic. La marche de la maladie ne ressemble plus à celle des premières poussées, elle est plus lourde, on sent qu'on a à faire à une maladie plus grave. Il est plus que probable que c'est lorsque la syphilis frappe le rein à cette période, qu'elle peut devenir le point de départ de néphrite qu'on observe plus tard. Le docteur Drysdale, dans un

©BIU Santé

travail publié en 1871, dans le *British médical journal*, dit qu'il est persuadé qu'on a souvent attribué à des causes non suspectes, des albuminuries syphilitiques dont la terminaison fatale est survenue ordinairement loin dans le cours de la maladie (Nœgel).

Dans le travail de Wagner publié en 1882 et cité en grande partie par Nœgel, il y a un cas qui me semble bien venir à l'appui de la thèse que je soutiens.

Un homme de 23 ans gagne la syphilis en mars 1876; en 1878 il a de l'œdème des pieds qui le force à rester au lit pendant quatorze jours. En décembre 1880, nouvelle éruption syphilitique, et, en février 1881, trois ans après le premier œdème, il voit survenir un œdème généralisé, de l'hydrothorax. On constate une quantité considérable d'albumine et, malgré le traitement très bien établi, les accidents marchent, et la mort arrive le 3 juin 1881. A l'autopsie, on trouve un gros rein blanc.

Il me semble que voici un fait qui prouve bien la gravité des accidents rénaux survenant dans le cours de la troisième année; cet homme syphilitique en mars 1876, a dans le cours de 1878 de l'œdème qui a dû tenir à une poussée syphilitique rénale et, en 1881, il succombe avec des lésions rénales qui demandent un temps assez long pour se produire, et dont le début remonte, certainement, à la troisième année de la syphilis, époque à laquelle il a vu survenir, pour la première fois, de l'œdème.

Je crois donc qu'il faut bien nettement séparer les accidents rénaux survenant dans les premiers mois de la syphilis, de ceux qui arrivent dans la syphilis plus ancienne; les premiers sont, pour moi, comparables à la première poussée cutanée, à la roséole, éruption qui ne laisse pas de traces, et qui est presque toujours unique dans le cours d'une syphilis, tandis que les autres accidents rénaux se rapprocheraient des éruptions cutanées plus tardives qui longtemps laissent des traces indélébiles.

On retrouverait ainsi, du côté des reins, un accident comparable à ces ictères qui surviennent au début de la syphilis, dont on ne connaît nullement la cause, et que l'on explique tout aussi facilement, mais sans plus de raisons, par une roséole des conduits biliaires que par l'ennui que les malades éprouvent d'avoir la syphilis.

Les albuminuries précoces sont très rapidement influencées par le traitement antisyphilitique; la première observation de M. Wickham le démontre très nettement, et je crois qu'il est indispensable de l'instituer sévèrement.

Maintenant à quelles lésions a-t-on à faire? Je crois qu'il est impossible de le savoir. M. Bouchard s'est demandé s'il n'y avait pas là une poussée de bactéridies sur le rein; c'est possible, mais nous ne connaissons pas encore le microbe de la syphilis. On pourrait se demander si la néphrite ne dépend pas des modifications non douteuses du sang chez les syphilitiques? Tout cela doit être réservé; des recherches nouvelles nous l'apprendront peut-être.

Je ne me suis encore occupé que des deux premières observations de M. Wickham, les deux dernières m'arrêteront moins longtemps, mais elles n'en sont pas moins fort intéressantes

Dans la troisième, il s'agit d'un syphilitique qui, sous l'influence d'un violent refroidissement, fut atteint d'albuminurie *a frigore* qui le mit à deux doigts de la mort.

On trouve plusieurs observations analogues dans lesquelles un refroidissement a développé une néphrite des plus intenses; mon malade a manqué de mourir et, comme je vous le disais plus haut, dans l'observation publiée en 1867 par M. Perroud (de Lyon), en me basant sur les lésions trouvées après la mort, je ne serais pas étonné qu'on pût rapporter la terminaison fatale à une néphrite *a frigore* survenue chez un syphilitique.

Dans mon observation, la syphilis a continué à évoluer et, pendant les sept mois que cet homme est resté dans mon service, nous avons vu survenir plusieurs poussées syphilitiques auxquelles l'œdème cutané donnait des aspects extraordinaires.

On se trouve, en effet, dans un grand embarras, car l'état des reins ne permet pas de recourir à l'administration des préparations mercurielles, et il faut presque abandonner la syphilis à sa marche naturelle.

D'après les détails que me donna ce malade sur son existence, je crus pouvoir conclure que ce n'était pas la première fois qu'il avait été soumis à des refroidissements, et je me suis demandé si la facilité avec laquelle il a été atteint de néphrite *a frigore* ne tenait pas beaucoup à la syphilis.

Dans une clinique publiée en 1879, M. Hardy parle d'un jeune ouvrier charcutier se présentant à l'hôpital pour de l'enflure des membres inférieurs et des bourses et sur lequel on constatait une roséole syphilitique avec la pléïade inguinale caractéristique. Notre savant maître n'admit pas que la syphilis pût être la cause de l'albuminurie que l'examen des urines fit reconnaître et il ne voulut voir là qu'une simple coïncidence, mais il se demandait si un individu syphilitique, étant moins fort, n'était pas dans une disposition morbide le rendant plus apte que tout autre à subir l'action des influences pathologiques. L'état de son malade le forçait à travailler dans une cave, où il prend froid et gagne un rhume; à cette époque, il contracte la syphilis et continue son travail dans sa cave et quelques semaines plus tard on constatait de l'albumine dans ses urines.

Comme toujours, lorsqu'on s'occupe d'une question nouvelle, on englobe très facilement dans son sujet tous les faits qui semblent s'en rapprocher; aussi M. Nœgel n'a-t-il pas hésité à repousser l'opinion du professeur de la Charité et à admettre une néphrite syphilitique. Je suis plus disposé à me ranger à l'avis de M. Hardy, et à ne voir dans la syphilis, chez ce malade, qu'une cause prédisposante. C'est à cette circonstance que j'attribue la terminaison du jeune vaurien qui fait l'objet de la dernière observation de M. Wickham.

Cet enfant, lorsqu'il entra dans mon service, avait l'air d'un petit vieux usé; vivant dans la rue, couchant sous les ponts ou à la belle étoile, buvant de l'alcool; à 14 ans il gagne la chaude pisse et à 17 la syphilis. Quoique, dans mon premier examen, je n'aie pas été disposé à considérer la syphilis comme cause de l'albuminurie, je le mis cependant au traitement, que je fus bientôt forcé d'abandonner, et cet enfant est enlevé en quelques semaines.

A l'autopsie, on trouve les lésions d'une néphrite interstitielle ancienne, et les lésions d'une néphrite épithéliale d'origine toute nouvelle et reproduisant les altérations que l'on trouve dans l'albuminurie *a frigore*. M. Wickham, comme je vous l'ai dit, serait assez disposé à considérer la néphrite interstitielle comme causée par la syphilis. Je ne puisadmettre cette interprétation, car dans les autopsies où la syphilis a été cause d'altérations rénales on a trouvé plutôt des lésions épithéliales, mais ce qui la fait encore repousser, c'est que les altérations étaient d'origine trop ancienne pour être produites par la syphilis ne datant que de quelques semaines. Je crois que la néphrite interstitielle provenait de l'hygiène déplorable suivie par ce petit vagabond, et que, sous l'influence de la syphilis qu'il venait de contracter, un refroidissement lui occasionna une nouvelle altération rénale, frappant d'autres éléments anatomiques, qui entraîna rapidement la mort.

L'albuminurie *a frigore* qui est survenue chez cet enfant, n'a fait que hâter sa fin, car des faits bien observés ont bien mis en évidence la gravité de la syphilis contractée par un albuminurique.

Des faits que je viens de passer en revue, je crois que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La syphilis dans les premiers mois de son apparition, peut occasionner de l'albuminurie;

2° Cette albuminurie, facilement curable par le traitement antisyphilitique, ne laisse pas de trace;

3° Cette albuminurie doit être distinguée de celle qui survient dans la deuxième et la troisième année de la syphilis, dont le pronostic est beaucoup plus grave, car elle peut être considérée comme le point de départ d'une néphrite chronique, reconnue longtemps après;

4° Un syphilitique, par la dépression que produit toujours la syphilis, devient plus susceptible au refroidissement, et plus prédisposé à présenter de la néphrite *a frigore*.

En terminant ce rapport bien long, dont je vous remercie d'avoir suivi la lecture, je vous proposerai les conclusions suivantes :

1° De publier les travaux de M. le docteur Ed. Wickham. Les observations bien prises seront des matériaux importants, apportés à l'histoire à peine ébauchée de la syphilis rénale.

2° D'admettre comme membre titulaire de la Société de médecine de Paris, M. le doc-

©BIU Santé

teur Wickham. M. le docteur Wickham a été interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté; j'ai eu l'avantage de l'avoir deux années interne dans mon service, j'ai pu apprécier son savoir, sa distinction, qui nous donneront un précieux et charmant collègue.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE CHIMIE PURE ET APPLIQUÉE, ETC., par Ad. WURTZ, etc.; supplément, 11e et dernier fascicule. — Paris, librairie Hachette et Cie.

L'œuvre de M. Wurtz est terminée. Si l'on réunit cette grande publication et son supplément avec le remarquable *Traité de chimie générale* de Schützenberger, on possède un inventaire complet de l'état de la chimie à la fin du XIXe siècle. Dans aucun pays, dans aucune langue, il n'existe rien de supérieur, j'ose dire même rien d'égal.

Les études, les recherches, les travaux de la chimie sont inépuisables, sans cesse renaissants. A peine le dictionnaire était-il achevé que le besoin s'est fait sentir d'un *supplément*. Aujourd'hui, tout ce que nous savons de cette science féconde se trouve complété; et le travailleur qui a placé sur ses rayons cette triple publication de la maison Hachette peut se flatter de posséder une *vraie bibliothèque de chimie*, c'est-à-dire la source de tous les enseignements relatifs à cette science, de toutes les vues qui peuvent ouvrir des horizons nouveaux.

La chimie touche à des intérêts innombrables, dans l'industrie, dans les arts, et, ce qui nous importe ici, dans l'art de guérir; c'est donc à des milliers de personnes, presque à tout le monde, que s'adressent ses écrits. Or, lorsqu'une œuvre se présente, qui forme un tout, et peut suppléer toutes les autres, les remplacer, on se demande naturellement quelle est sa valeur. Dans l'espèce, le jugement est facile. Il repose sur le mérite incontestable et incontesté du regretté Wurtz, qui a créé le *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, et lui a donné l'impulsion et la vie en harmonie avec son génie personnel. Il repose aussi sur le mérite non moins incontestable de ses collaborateurs, qui forment un groupe composé des savants les plus compétents dans la matière et les plus connus dans la science. C'est donc avec une entière confiance qu'on peut accepter, comme base des études chimiques, la grande publication que la maison Hachette vient de nous donner.

Le dernier fascicule est terminé par un appendice où l'on trouve des renseignements utiles : des considérations sur la règle glissante (*Hiding rule*) de Wollaston, destinée à faciliter des calculs nombreux et absorbants, — l'usage des formules atomiques pour la détermination en poids des parties intégrantes des corps et de leurs combinaisons, — les tableaux résumés des formules atomiques des principaux corps inorganiques et organiques, — la table alphabétique des noms des corps dont la composition est donnée dans ces tableaux, — la description de l'*abaque* ou *compteur universel* et son application aux calculs des combinaisons chimiques.

On sait que le dictionnaire de Wurtz, indépendamment de son texte, possède de nombreuses gravures, d'une grande netteté, qui éclairent les descriptions et augmentent l'utilité pratique de cette importante publication. — Dr G. RICHELOT père.

CORRESPONDANCE

Mareuil-sur-Arnon (Cher), 14 nov. 1880

Très honoré confrère,

Je viens de lire dans votre numéro du 7 novembre la nouvelle méthode de tamponnement de l'arrière cavité des fosses nasales du docteur Francis Haynes; elle m'a remis en mémoire le fait suivant que je vous transmets :

Un jour de chasse, dans un village, je fus arrêté pour voir un enfant de 8 ans qu

avait une épistaxis depuis plusieurs heures. Je n'avais sur moi aucun instrument à mettre en œuvre, et après avoir tenté tous les moyens dont je pouvais disposer, je ne savais à quel saint me vouer, lorsque le petit frère du patient entra en soufflant dans un de ces jouets en caoutchouc très mince qui se gonflent facilement et rendent des sons plus ou moins harmonieux quand ils sont retirés de la bouche. L'idée me vint de l'utiliser. Après avoir coupé le point d'attache du sifflet, j'introduisis un brin de fagot légèrement recourbé dans l'ampoule en caoutchouc et fis pénétrer le tout dans la fosse nasale; la manœuvre fut des plus simples. Quand je crus avoir franchi l'ouverture postérieure, je retirai mon mandrin de fagot, je le remplaçai par une plume d'oie, je plaçai une anse de fil près de la narine embrassant le caoutchouc, et j'insufflai la bourse. Elle se moula sur la cavité nasale, débordant en arrière et en avant sous forme d'ampoule, puis je serrai l'anse du fil. L'opération était terminée et j'avais pu la faire seul. L'hémorrhagie s'arrêta, et, le soir, un coup d'épingle livra passage à l'air et me permit de retirer mon tamponnement *bizarre*.

Je n'ai pas eu, depuis, l'occasion de renouveler cette manœuvre opératoire, mais je la recommande à mes confrères.

Veuillez agréer, etc. Dr E. de Grandmaison.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Rapports : De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal dans le traitement du torticolis spasmodique. — De l'influence réciproque du traumatisme sur les cardiopathies et des cardiopathies sur le traumatisme. — De l'atrophie des fragments à la période de croissance dans les pseudarthroses des jambes.

M. Tillaux fait un rapport sur un travail de M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux, intitulé : *De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique*. Il s'agit d'une femme de 26 ans, hystérique, qui fut prise de contracture violente et douloureuse des muscles du cou à la suite d'une vive émotion. La tête était inclinée sur l'épaule gauche et le menton dirigé à droite. La contracture, d'abord intermittente, devint permanente. Cependant, il était toujours possible de redresser la tête, quoique péniblement, pendant les moments de rémission.

Tous les moyens ordinaires de traitement ayant été employés inutilement, M. Schwartz proposa à sa malade une opération sanglante qui fut acceptée avec empressement. Le nerf spinal ayant été mis à découvert suivant le procédé indiqué par M. Tillaux en 1882, fut élongé d'abord avec une force de 2 kilogrammes, puis réséqué dans la longueur de 2 centimètres.

L'opération amena un soulagement considérable, mais non la guérison complète.

M. le rapporteur, à l'occasion du cas de M. Schwartz, rappelle un fait semblable qu'il a observé chez une malade dont l'affection s'était également développée à la suite d'une émotion violente. Il n'existait ni rétraction, ni contracture soit permanente, soit temporaire. La tête abandonnée à elle-même était entraînée tout doucement sur l'épaule droite et le menton dirigé à gauche. Il était très facile de remettre la tête en position et le point d'appui sur les oreillers était même suffisant pour s'opposer à la déviation. Il y avait donc chez cette femme un défaut de synergie musculaire; les muscles du côté droit l'emportaient en puissance sur ceux du côté gauche. M. Vulpian, qui avait donné ses soins à la malade, désignait ce cas sous le nom de torticolis *fonctionnel*. Il semblait, *à priori*, que c'était bien à un cas de ce genre que convenait la résection du nerf spinal, puisque le sterno-mastoïdien et le trapèze paraissaient les deux muscles principalement atteints, et cependant M. Tillaux n'a pu obtenir, par cette opération, la guérison de sa malade. Elle fut améliorée surtout dans les premiers mois; mais, trois ans après, la situation était à peu près la même qu'au début; cette femme ne pouvait se livrer à aucun travail; M. Tillaux dut renoncer à l'espoir de la guérir.

©BIU Santé

M. Tillaux préfère la résection seule à la résection après élongation; il craint qu'en tirant fortement sur le nerf, on n'ébranle le bulbe, et il n'oserait pas se livrer à cette manœuvre sur l'homme vivant, surtout dans l'état d'anesthésie.

M. le rapporteur termine en proposant la publication du travail de M. Schwartz dans les *Bulletins*. (Adopté.)

— M. Humbert fait un rapport sur une observation de M. Schwartz, intitulée : *Anévrysme fusiforme de l'artère poplitée; athérome généralisé; ligature de la fémorale; mort avec accidents cardiaques et cérébraux.*

Le malade était un cocher âgé de 30 ans; depuis quelque temps, il éprouvait de la gêne dans la marche, le membre inférieur droit devenait lourd, les mouvements du genou, bien que libres, étaient douloureux. L'examen de la région poplitée révélait l'existence d'une tumeur anévrysmale, de moyen volume; la jambe était le siège d'un œdème assez considérable, mais qui se dissipa rapidement avec le repos au lit. On constatait en même temps des lésions étendues du système vasculaire; athérome artériel généralisé, insuffisance aortique avec dilatation de l'aorte et hypertrophie du cœur Toutefois, et c'est là un point important, le malade n'avait jusqu'alors ressenti aucun trouble qu'on pût rattacher à cet état du cœur et des vaisseaux. Jamais de dyspnée ni de palpitations. L'état général était bon. Rien n'indiquait d'autres lésions viscérales; pas d'albumine dans les urines.

L'anévrysme se développant, M. Schwartz crut devoir intervenir. Compression digitale, bande d'Esmarch, compresseurs de Broca et de Larrey, tels furent les moyens qu'il employa successivement pendant six semaines, mais sans résultat. Les battements étaient à peine moins forts qu'au début, et la tumeur avait encore augmenté de volume.

C'est alors qu'il se décida à lier la fémorale, sans se dissimuler la gravité du pronostic, mais avec l'espoir que la compression préalable aurait préparé l'établissement de la circulation collatérale.

Ligature à l'anneau du troisième adducteur. L'artère est épaissie, mais non calcaire; elle est étreinte avec un fort catgut, qui est serré progressivement sans force, de manière à éviter la section immédiate du vaisseau dans toute son épaisseur.

Du côté de la plaie, tout marcha régulièrement; les battements avaient cessé dans l'anévrysme; la circulation de la jambe n'avait pas été entravée; mais, dès le lendemain de l'opération, le malade était oppressé, le pouls irrégulier. Les jours suivants, les phénomènes d'asystolie s'accentuent; la respiration devient plus difficile, l'irrégularité et l'inégalité du pouls augmentent. Puis des troubles cérébraux se manifestent : agitation, délire, embarras de la parole; enfin, mort subite le dix-huitième jour après l'opération.

L'autopsie confirme le diagnostic des lésions cardio-vasculaires. Du côté des autres viscères, congestion cérébrale, néphrite interstitielle au début, foie gras, un peu d'œdème pulmonaire.

Le sac anévrysmal est tapissé de caillots stratifiés; caillots cruoriques au centre. L'artère est remplie par un caillot qui remonte jusqu'à l'orifice de la fémorale profonde; le catgut l'a sectionnée dans les trois quarts de son épaisseur. Thrombose de la veine fémorale au-dessous du niveau de la ligature dans l'étendue de 8 centimètres environ.

M. Schwartz a joint à cette observation quelques remarques destinées à en faire ressortir les particularités les plus intéressantes : Rapport du traumatisme avec l'aggravation de l'affection cardiaque; efficacité de la compression préalable au point de vue du développement de la circulation collatérale; établissement de l'hémostase malgré le mauvais état de l'artère et la section presque totale par le fil constricteur.

Sur ce dernier point, M. Humbert croit devoir faire quelques réserves. Sans doute, l'hémostase eût pu devenir définitive, mais on ne saurait affirmer que le malade, s'il avait survécu, eût été à l'abri de tout accident ultérieur. En effet, les hémorrhagies secondaires ne sont pas rares chez les cardiaques, hémorrhagies souvent tardives, survenant à une époque où l'on pourrait croire l'hémostase assurée. M. Humbert rappelle, à ce propos, le cas d'une malade à laquelle il fit l'amputation de la cuisse pour un

sarcome de la jambe; elle était atteinte d'insuffisance aortique. Plus de trois semaines après l'opération, la plaie presque entièrement cicatrisée, elle fut emportée par une hémorrhagie de la fémorale.

Ce qui ressort bien nettement de l'observation de M. Schwartz, c'est l'influence du traumatisme sur la maladie du cœur. Sans doute, la situation était grave; mais il n'y avait jamais eu de troubles fonctionnels. Pendant six semaines, le malade reste en observation, il est soumis à la compression de la fémorale; rien encore. On l'opère, et le lendemain l'asystolie éclate; l'affection cardiaque jusqu'alors latente, entre dans la phase dynamique.

M. Humbert insiste sur ce fait que les accidents ont suivi de très près le traumatisme. Ce qu'il faut considérer, en effet, ce n'est ni la durée de ces accidents, ni leur intensité, ni leur terminaison heureuse ou fatale, mais la date de leur apparition. Tardifs, ils peuvent être mis sur le compte d'une simple coïncidence, quand on ne peut les attribuer à quelque complication. Plus ils se rapprochent du traumatisme, au contraire, plus il est légitime d'admettre qu'ils ont éclaté sous son influence.

Ce ne sont pas seulement les grands traumatismes qui retentissent ainsi sur le cœur. Le fait de M. Schwartz en est une nouvelle preuve. Ici, en effet, on ne peut invoquer ni le choc, comme après les mutilations étendues, ni l'anémie traumatique qui suit les hémorrhagies abondantes. On ne peut même accuser ce trouble circulatoire produit par la suspension brusque du cours du sang dans un grand département vasculaire, puisque la circulation collatérale était déjà préparée au moment où la ligature a été faite.

Il faut donc admettre qu'une blessure quelconque, même légère, peut avoir une fâcheuse influence sur un cœur malade. Cependant, à côté des sujets qui succombent, d'autres se relèvent, il en est même qui n'éprouvent aucune espèce d'accidents; mais il serait difficile de dire dans quelle proportion. On ne pourra se faire une idée à cet égard que lorsqu'on possédera un nombre considérable d'observations de traumatismes chez des cardiaques.

La partie scientifique du rapport de M. Humbert donne lieu à la discussion suivante :

M. Verneuil rappelle que c'est lui qui, en 1877, mit à l'ordre du jour la question de l'influence réciproque des propathies cardiaques sur le traumatisme et du traumatisme sur les cardiopathies. La rareté des documents sur la matière, dont se plaint M. Humbert, lui semble tenir à l'insouciance des chirurgiens qui, avant de procéder à l'opération, ne se préoccupent pas de rechercher les lésions viscérales qui peuvent exister chez leurs malades. Ces lésions ne sont pas rares, mais elles sont souvent ignorées et ne se révèlent parfois qu'à l'occasion d'un traumatisme, soit accidentel, soit opératoire. Il est arrivé plus d'une fois à M. Verneuil d'avoir à arrêter des hémorrhagies chez des opérés atteints d'affections cardiaques. Chez une femme opérée d'un épithélioma de la langue et chez une autre à laquelle il avait enlevé un épithélioma de la lèvre, des hémorrhagies sont survenues avec persistance après l'opération et n'ont pu être arrêtées que par l'administration de la digitale. Instruit par l'expérience, M. Verneuil n'aborde plus une opération chez les cardiaques sans leur faire subir un traitement préalable par la digitale et les ferrugineux pendant un ou deux mois.

M. Trélat fait remarquer qu'il n'est pas toujours possible avant l'opération d'apprécier la gravité d'une cardiopathie. Il se rappelle quelques faits de sa pratique dans lesquels la mort de ses opérés est survenue dans des circonstances qui l'ont beaucoup frappé. Dans l'un, il s'agit d'une femme de 64 à 65 ans, qu'il avait opérée d'une tumeur du sein. Cette femme avait eu des rhumatismes. En recherchant avec soin, avant l'opération, l'état des viscères et du cœur en particulier, M. Trélat avait constaté un léger bruit de souffle au premier temps qui ne lui parut pas être l'indice d'une lésion organique sérieuse. Quelques jours après l'opération, la malade éprouve tout à coup un état de malaise indéfinissable caractérisé par une sensation de gêne de la respiration, des bâillements, des pandiculations, du malaise épigastrique, de la pâleur de la face, etc., ensemble qui fut attribué à des troubles digestifs, et qui, d'ailleurs, se dissipa assez rapidement. Au douzième jour de l'opération, alors que la guérison parais-

©BIU Santé

sait achevée, un nouvel accès se produit qui se termina par la mort au bout de cinq heures.

Il y a dix mois environ, M. Trélat opère d'un épithélioma de la langue un homme de 47 à 49 ans, robuste, quelque peu alcoolique, chez lequel l'examen le plus attentif n'avait rien révélé ni du côté du cœur, ni du côté des poumons. Après l'opération qui, grâce à la ligature préalable de l'artère linguale, n'avait presque pas donné de sang, le malade éprouva, pendant le pansement, un état syncopal d'ailleurs très léger et très court et qui n'eut pas de suites fâcheuses. Pendant trois jours, il se sentit très bien, n'ayant aucun accident, ni hémorrhagique, ni autre. Le quatrième jour, le matin, en s'asseyant sur son lit, il fait une grande inspiration, pâlit et retombe; il était mort.

Comme M. Verneuil, M. Trélat est d'avis qu'il importe grandement de dresser, avant toute opération, le bilan de l'état pathologique du malade et surtout des grands viscères de l'organisme; il convient que cet examen n'est pas toujours fait par le chirurgien avec un soin convenable; mais il faut dire aussi que, parfois, malgré l'exploration la plus attentive, il survient, à la suite d'une opération, des accidents mortels que rien ne pouvait faire prévoir et dont le chirurgien ne saurait être déclaré responsable. M. Trélat appelle surtout l'attention sur cet état syncopal qui, lorsqu'il ne peut être expliqué par les circonstances de l'opération, par une hémorrhagie, par exemple, doit être considéré comme un phénomène prémonitoire annonçant l'imminence d'accidents ultérieurs plus graves dont l'origine cardiaque n'a pu être découverte à temps. Il a été très frappé de ce phénomène et il se déclare disposé désormais à avoir le plus grand respect et la plus grande considération pour un état semblable.

M. Vernkuil ne considère pas toute lésion viscérale comme une contre-indication opératoire: il veut dire seulement que lorsque l'on observe, chez un malade auquel une opération doit être pratiquée, un état cardiopathique non douteux, il convient d'attendre et de commencer par traiter la cardiopathie avant de procéder à l'opération.

M. Bouilly a eu à traiter un malade atteint de fissure à l'anus des plus douloureuses et ayant des accès d'angine de poitrine très graves, traités d'ailleurs avec succès par un médecin des hôpitaux. Il y avait lésion du cœur et de l'aorte. Sollicité de pratiquer à ce malade la dilatation de l'anus, M. Bouilly a refusé de l'endormir avec le chloroforme et s'est contenté de lui faire la dilatation forcée rapide sans anesthésie.

M. Monod a opéré d'une fistule à l'anus un malade atteint d'une cardiopathie évidente caractérisée par une dilatation des cavités et un souffle intense à la base. Ce malade était d'une pusillanimité extrême et il n'était pas possible de l'examiner, encore moins de l'opérer sans chloroforme. Ayant eu à opérer quelque temps auparavant, après chloroformisation et sans accident, un malade également atteint d'une affection cardiaque très prononcée, M. Monod, enhardi par ce premier succès, pratiqua l'opération de la fistule après anesthésie préalable de son malade, et aucun accident ne survint cette fois encore ni pendant, ni après l'opération.

M. Championnière a eu assez souvent l'occasion d'opérer des cardiaques et il n'a jamais eu d'accidents à déplorer. Dernièrement encore il a enlevé le sein à une femme atteinte d'angine de poitrine. L'opération fut extrêmement laborieuse et cependant il n'y eut ni pendant l'opération, ni après, aucun accident imputable à l'opération elle-même, car ce ne fut qu'au dix-huitième jour, alors que la plaie était complètement cicatrisée et que la malade allait sortir de l'hôpital, qu'elle mourut brusquement dans un accès d'angine de poitrine.

M. Championnière a pu suivre pendant très longtemps une dame atteinte d'affection du cœur d'origine congénitale, avec souffle râpeux à la base. Elle avait eu un accouchement prématuré suivi de quatre fausses couches ayant déterminé des hémorrhagies terribles. Dans une dernière grossesse, M. Championnière, appelé à lui donner des soins, lui a fait garder le lit, en lui prescrivant des lavements de chloral dès qu'elle éprouvait les moindres contractions utérines. Elle a mené sa grossesse à bon terme. Pendant son accouchement, comme, arrivée à la période d'expulsion, elle ne pouvait pousser, à cause du mauvais état de son cœur, M. Championnière lui a administré le chloroforme qu'elle

©BIU Santé

a supporté admirablement, et lui a fait une application de forceps qui a extrait un enfant bien vivant et pesant neuf livres. En somme, l'état du cœur, si mauvais fût-il, n'a jamais paru à M. Championnière contre-indiquer ni l'opération ni l'anesthésie par le chloroforme.

M. Guéniot a observé que les femmes atteintes d'affections cardiaques avaient, après l'accouchement, une grande tendance aux hémorrhagies internes ; il en est d'elles comme des cardiaques qui ont des hémorrhagies graves à la suite d'un traumatisme accidentel ou opératoire.

M. Guéniot se rappelle en outre un cas de mort subite chez une jeune femme qui était accouchée normalement depuis trois jours et chez laquelle il n'était rien survenu jusqu'à ce moment. Il crut à une embolie, mais, en pratiquant l'autopsie, il constata un rétrécissement extrême de l'orifice aortique.

M. Verneuil déclare qu'il n'est pas possible, quoi qu'en dise M. Championnière, de contester l'influence du trauma sur les propathies cardiaques ; les faits qui démontrent cette influence sont trop nombreux, pour qu'on puisse les révoquer en doute. Seulement cette action du trauma n'est pas toujours immédiate, et l'aggravation de la maladie cardiaque, à la suite du trauma, se produit parfois avec une certaine lenteur. Elle a mis douze jours à se faire chez une des opérées de M. Trélat ; elle en a mis dix-huit chez l'opérée de M. Championnière ; mais toutes les deux sont mortes après l'opération et du coup de fouet imprimé à l'affection cardiaque par l'acte opératoire.

— M. Nepveu communique un travail intitulé : *De l'atrophie des fragments à la période de croissance dans les pseudarthroses de jambe*. Suivant l'auteur, les pseudarthroses de la jambe qui, chez l'adolescent ou l'adulte, datent de la première enfance, ont une physionomie particulière et forment en réalité une variété à part. Une observation qu'il a recueillie dans le service de M. Verneuil à la Pitié, et un certain nombre de faits qu'il a pu rassembler dans les auteurs confirment cette manière de voir. Après avoir donné avec détails l'observation de la malade de M. Verneuil et analysé les cas analogues qu'il a trouvés dans la littérature médicale, M. Nepveu conclut que les pseudarthroses datant de l'enfance et qui se prolongent un certain temps, présentent, en même temps qu'une atrophie générale de tous les tissus, une diminution de longueur du membre et une atrophie des extrémités osseuses qui en font une catégorie à part.

Les pseudarthroses prolongées de la période de croissance sont traitées sans succès par la plupart des méthodes usuelles ; la résection a échoué dans tous les cas où elle a été tentée. La méthode de choix paraît être, dans les cas bien prononcés, l'amputation non pas dans la pseudarthrose, mais en lieu utile, au-dessus de la fausse articulation.

En terminant sa lecture, M. Nepveu met sous les yeux de ses collègues la pièce anatomo-pathologique, recherchée chez la jeune malade amputée par M. Verneuil et qui montre de la manière la plus évidente cette atrophie des extrémités osseuses.

Quant à la jeune opérée, elle peut être considérée dès maintenant comme étant complètement guérie ; la guérison n'a été traversée par aucun incident ; jamais la température de la malade n'a dépassé 38°. — A. T.

FORMULAIRE

Traitement du tabes dorsalis. — F. Raymond.

Pour calmer les douleurs fulgurantes, on a recours aux injections hypodermiques de morphine. On peut essayer aussi d'associer l'atropine à la morphine, ce qui permet d'obtenir des effets analgésiants avec des doses de morphine et d'atropine beaucoup plus faibles que si chacun des alcaloïdes était employé isolément. — En cas d'insuffisance des injections sous-cutanées, on administre momentanément le chloral, puis les bromures de potassium, de sodium, de calcium, le salicylate de soude, le bromhydrate de quinine. Dans ces temps derniers, on a préconisé comme succédanées de la morphine, les préparations de chanvre indien, en particulier, le tannate de cannabine et le pisci-

©BIU Santé

dia erythrina. — L'électricité et le cautère actuel peuvent aussi être essayés, pour atténuer momentanément les douleurs fulgurantes. L'iodure de potassium à l'intérieur, les frictions avec un liniment de chloroforme, les bains sulfureux réussissent quelquefois à produire le même résultat. Enfin on obtient dans certains cas, des effets avantageux de sacs en caoutchouc remplis de glace ou d'une eau à température convenable, qu'on maintient appliqués sur la colonne vertébrale. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté, réunie en conseil conformément à l'article 3 du décret du 30 juillet 1886, et après en avoir délibéré, a décidé que les conférences suivantes, destinées à compléter son enseignement, seront organisées ainsi qu'il suit pendant le semestre d'hiver 1886-1887 :

1° M. Hutinel. — Sur les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire ; le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures, dans l'amphithéâtre Laënnec.

2° M. Richelot. — Sur les maladies chirurgicales des os et des articulations, des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire, des muscles et des tendons, le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre.

3° M. Hanriot. — Sur la chimie minérale, le mardi, le jeudi et le samedi, à huit heures du matin, à l'École pratique, rue Vauquelin.

4° M. Blanchard (Raphaël). — Sur la zoologie médicale; le mardi, le jeudi et le samedi, à deux heures, dans le grand amphithéâtre.

5° M. Richet (Charles). — Sur la digestion, l'absorption, les sécrétions et la nutrition; sur la physiologie des muscles; le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre.

6° M. Budin. — Sur la grossesse normale, l'accouchement naturel et les opérations obstétricales; le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre

— Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, placé sous la direction de M. le docteur Rémy, professeur agrégé, chef des travaux, sera ouvert à partir du mardi 23 novembre 1886, à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de seconde année.

Les inscriptions seront reçues de neuf heures à onze heures du matin, au bureau du surveillant général de l'École pratique, du mercredi 17 au mercredi 24 novembre inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. Passé le 24 novembre, aucune inscription ne sera reçue.

Une carte d'admission sera délivrée. Cette carte indiquera à chaque élève la série qui lui sera assignée et dont il ne pourra changer, sous aucun prétexte.

MM. les étudiants de deuxième 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.

— Nous avons appris avec plaisir que M. le docteur Sichel, qui nous avait quittés depuis cinq ans, est de retour à Paris. L'habile oculiste parcourait l'Amérique du Sud, exerçant son art, se livrant à d'intéressantes recherches, recueillant des documents de toute nature. L'amour du pays natal le ramène en France; nous lui souhaitons la bienvenue.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. P. Bouloumié : Première leçon de clinique médicale à la Pitié. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Bibliothèque : Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux. — IV. Revue des Journaux : Sur la chylurie. — V. Sociétés médicales des départements : Société médicale de Reims (2e trim. 1886). — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Variétés : Un exemple de contagion de la tuberculose par les poules. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale.

Le professeur Jaccoud a inauguré son enseignement clinique de l'année par une de ces remarquables leçons qui lui ont valu sa haute et légitime réputation. Ayant appris, au moment d'en faire paraître un compte rendu, qu'elle allait être publiée, nous avons attendu, afin d'être certain d'en reproduire avec fidélité les traits principaux. Nous venons de la recevoir et de la lire; à la lecture, comme à l'audition, elle nous a pleinement satisfait. Le clinicien s'y montre l'homme de la science appliquée, acceptant et poursuivant le progrès, mais ne lui sacrifiant pas les connaissances acquises par de longs siècles d'une attentive et scrupuleuse observation.

S'étant fait, dit le maître, une loi de n'aborder aucun sujet dont il ne pût mettre l'exemple sous les yeux de ses auditeurs, ayant évité les incursions non justifiées dans le domaine de la pathologie pure, il a étudié les malades et non les maladies; sa « constante préoccupation, dit-il, a été la comparaison des types cliniques individuels avec les types pathologiques abstraits, cette étude comparative étant l'essence même de la clinique ». On voit, par le résumé succinct de son enseignement clinique poursuivi depuis trois ans, qu'il ne s'est pas écarté de ces principes. C'est ce résumé qui constitue la première partie de la leçon d'ouverture de cette année; il faut la lire en entier pour se rendre compte du nombre et de la variété des problèmes que la clinique s'est chargée de poser et que le maître s'est chargé de résoudre. Chacun de ceux qui sont rappelés a fourni son contingent de notions nouvelles et d'acquisitions importantes pour la pathologie, la thérapeutique et la clinique.

Par cet ensemble d'études, dit M. Jaccoud, je me suis efforcé, autant que je l'ai pu, de mériter le témoignage dont j'exprimais le désir en terminant ma première leçon de 1883. « Si l'on peut dire de moi, quelque jour : « Il enseignait fructueusement à connaître et à traiter les malades », ma plus haute ambition sera satisfaite ».

Puis il ajoute : « En même temps que je servais et faisais ainsi progresser de mon mieux la médecine pratique, étroite et constante obligation de l'enseignement dont j'ai l'honneur d'être chargé, je saisissais avec empressement toutes les occasions d'étudier et d'exposer les questions soulevées par les étonnantes et multiples découvertes qui, depuis quelques années, semblent devoir bouleverser jusque dans ses assises l'édifice séculaire de la médecine; je veux parler des questions relatives à la *pathologie microbienne*, cette nouvelle branche de la science médicale qui est issue des admirables travaux de M. Pasteur.

« Les recherches techniques nécessaires ont été faites par mon chef de clinique, M. Netter, qui a été pour moi un collaborateur aussi dévoué que compétent. »

Les résultats des recherches et des découvertes microbiologiques faites

©BIU Santé

au laboratoire de la Pitié sont ensuite relatés avec une saisissante précision et toujours présentés dans leurs rapports avec la clinique. Présence d'un microbe dans le sang au cours des *oreillons* graves ou bénins; importance du bacille tuberculeux dans le diagnostic de la *tuberculose urinaire;* rôle des microbes dans les accidents à distance de la *blennorrhagie;* origine microbienne d'une *pleurésie* développée au cours d'un cancer de l'estomac; constatation des pneumocoques dans toutes les *pneumonies* fibrineuses, quelle qu'en soit d'ailleurs l'évolution clinique (d'où constance du microbe dans la pneumonie et dissemblance clinique uniquement due au malade); constatation du pneumocoque dans le cas de broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique (coexistant avec le bacille tuberculeux dans le cas où celle-ci se développe chez un phthisique); formes diverses de microbes dans l'*endocardite infectieuse;* démonstration de *pyohémie par migration microbienne* dans le cas d'*infection purulente* à la suite de pneumonie, etc., etc., tels sont en quelques mots, et seulement indiqués, les importants résultats des recherches faites à la clinique médicale de la Pitié depuis trois ans.

Un certain nombre de points de pathologie microbienne sont particulièment signalés dans cette partie de la leçon qui, sous forme d'une étude rétrospective, constitue un enseignement de haute valeur.

De la constatation de la pluralité des microbes dans la même maladie et de la présence du même microbe dans des maladies différentes, M. Jaccoud conclut qu'il y a lieu d'admettre deux classes de microbes, les uns *pathogènes spécifiques*, les autres *pathogènes indifférents*, dont les dénominations indiquent suffisamment les rôles.

De la constatation faite par Fraenkel et par M. Netter de la présence éventuelle de pneumocoques dans la salive normale, il conclut que, chez l'individu sain, qui subit un *refroidissement* et contracte une *pneumonie*, les microbes, préexistant dans la salive, où ils restaientcantonnés et innocents, sont devenus diffusibles et nuisibles, par suite de la perturbation organique résultant du refroidissement. C'est là l'explication que donne M. Jaccoud des *infections intrinsèques* en général.

De l'observation prolongée des malades, des recherches micro-biologiques longuement et attentivement poursuivies, et des examens *post mortem*, il conclut que l'altération du sang par les microbes survit à la défervescence fébrile, qui est le signal de la guérison, et que les microbes deviennent innocents par le fait de la *capacité modificatrice de l'organisme*. « A elles deux, dit M. Jaccoud, ces notions médicales (capacité modificatrice de l'organisme et infection intrinsèque) suffisent pour maintenir en face des découvertes microbiennes la suprématie de l'organisme vivant : l'une en démontre le rôle prépondérant dans l'étiologie des maladies infectieuses; l'autre en démontre l'importance comme source fondamentale des indications thérapeutiques : le malade les fournit et non point le microbe. »

Expliquant ensuite le rôle des microbes dans l'infection purulente consécutive à la pneumonie, et dans la production de la tuberculose après une pneumonie à résolution incomplète, il arrive, à propos d'un cas d'érysipèle atténué, à l'exposition d'une séduisante théorie de l'immunité symptomatique conférée par les attaques successives de la maladie chez le même individu. M. Pasteur, dans sa création générale, ajoute-t-il, procède par l'atténuation des agents infectants; mon observation enseigne que la nature procède ici par l'atténuation de la réceptivité.

© BIU Santé

M. Jaccoud se défend ensuite du reproche qui lui a été adressé d'être l'adversaire des microbes. Il ne l'est pas et il ne saurait l'être, parce qu'on ne saurait nier un fait et que « la présence et le rôle des microbes dans un grand nombre de maladies sont un fait des mieux établis ». Mais, dit-il, j'ai été, je suis et je serai toujours l'adversaire des théories anti-médicales qui tendent à supprimer le malade au profit des microbes et qui, pour tout dire en un mot, prétendent transformer la médecine humaine en médecine microbienne.

Tout autre est ma visée : je repousse les théories, je m'incline devant les faits ; je les recherche, je m'efforce d'en augmenter le nombre, je les étudie et les interprète avec le triple secours de la pathologie générale, de la clinique et du laboratoire ; je suis certain, je vous en ai donné des preuves dans mon exposé, je suis certain que par l'accumulation même des faits ainsi étudiés, la vérité se fera jour telle que je l'entrevois, telle que je l'enseigne, dans le sens d'une étroite et parfaite conciliation entre la médecine traditionnelle et les découvertes contemporaines.

On ne saurait mieux dire ni mieux faire apprécier l'éclectisme scientifique et raisonné qui doit être la base de l'enseignement clinique actuel.

Dr P. Bouloumié.

Congrès français de chirurgie.

SECONDE SESSION, DU 18 AU 23 OCTOBRE 1886.

Communications sur la chirurgie abdominale par MM. Terrillon, Richelot, Vulliet, Marchand, Apostoli, Routier, et sur divers sujets, par MM. Poncet, Pamard, Vincent, Dally, Redard, Magitot, Comte, Redon et Aubert.

M. Terrillon étudie la torsion des kystes de l'ovaire autour de leur pédicule et les conséquences qui peuvent en résulter. Si la torsion est modérée, on n'observe rien d'anormal ; mais, si elle vient à gêner la circulation, il survient des accidents dus à la rupture des vaisseaux du kyste et même de ses parois, ou encore à la gangrène de celles-ci : hémorrhagies intra-kystiques et intra-abdominales ; péritonite ; mort par collapsus. Le pédicule peut encore se rompre entièrement et le kyste se greffer sur les parties voisines et contracter avec elles des adhérences très étendues et très gênantes lorsqu'on en pratique l'ablation. Celle-ci doit donc être faite le plus tôt possible ; la péritonite la plus aiguë ne doit pas être une contre-indication, car on sait maintenant que le traitement indiqué en pareil cas est justement la gastrotomie suivie du nettoyage de la cavité abdominale. A plus forte raison, doit-on intervenir de suite s'il y a rupture du kyste dans la séreuse. A tout prix, il faut éviter de laisser se former les adhérences dures qui sont un obstacle si grand à la réussite de l'opération.

M. L.-G. Richelot expose les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, qu'il a déjà pratiquée dix fois. Cette opération compte trois actes principaux : l'isolement de l'utérus, le traitement du ligament large et le traitement de la plaie. L'isolement de l'utérus se fait par la dissection en arrière et en avant, et la section successive des deux ligaments larges. Comme l'application des ligatures sur ces ligaments est extrêmement difficile, M. Richelot a préconisé la forcipressure, qui supprime à la fois les ligatures et le drainage après l'opération, puisque les liquides peuvent s'écouler le long des pinces laissées à demeure. Le pansement se fait au moyen de bourdonnets de gaze ou de coton iodoformé dont on remplit le vagin en entourant les pinces. L'hystérectomie ainsi faite est très facile ; on doit donc la préférer à l'amputation sus-vaginale, qui n'est que partielle, et à l'amputation sous-vaginale, qui n'est que palliative. M. Richelot la considère comme tellement bénigne qu'il la conseille non seulement dans les carcinomes utérins, mais même dans les fibromes douloureux, mul-

©BIU Santé

tiples, ou hémorrhagipares, dans les prolapsus et les rétroversions rebelles, l'inversion utérine et la névralgie utéro-ovarienne.

M. le docteur Duplouy (de Rochefort) a pu très facilement faire l'hystérectomie dans un cas difficile, grâce à l'emploi des pinces recommandé par M. Richelot; mais il ne pense pas qu'elles puissent remplacer le drainage, et elles ont eu, chez sa malade, l'inconvénient de déterminer le sphacèle de la paroi rectale. Il est donc d'avis, dans les cas simples, quand l'utérus peut être abaissé, de faire la ligature des artères du ligament large, puis la suture de la paroi vaginale; dans les cas complexes, de laisser les pinces en place, et, pour éviter le sphacèle, de les enlever au bout de trente-six heures.

M. Péan réclame pour lui la priorité de l'application de la forcipressure en chirurgie; mais M. Verneuil rappelle qu'elle a été mise en pratique bien des fois au siècle dernier et avant M. Péan.

M. J. Bœckel a perdu d'hémorrhagie une malade qui n'aurait pas succombé s'il avait employé les pinces comme M. Richelot. Il vient de pratiquer l'hystérectomie pour un prolapsus utérin rebelle.

M. Tédenat (de Montpellier) dit avoir pratiqué deux fois l'hystérectomie pour cancer limité et avoir eu deux récidives, tandis que l'amputation sus-vaginale lui a donné un succès.

M. Vulliet (de Genève) dilate l'utérus jusqu'à pouvoir en examiner la cavité *de visu*. Il peut ainsi constater le début du cancer, et, s'il peut tout enlever, il abrase le mal avec ses ongles, la curette, des ciseaux, jusqu'à ce qu'il arrive sur des fibres musculaires normales. Il termine l'opération en touchant la surface avivée au chlorure de zinc et en bourrant la cavité de tampons d'iodoforme et de térébène, ce qui est encore facilité par la dilatation de l'utérus.

M. Marchand (de Paris) pratique la colpo-périnéorrhaphie postérieure pour remédier aux prolapsus utérins rebelles. Dans les cas où il y a en même temps hypertrophie du col, on peut d'abord la corriger; puis on s'attachera à remédier au relâchement des ligaments antérieurs en réduisant la cystocèle; enfin, on pratiquera la colpo-périnéorrhaphie postérieure en excisant un lambeau vulvo-vaginal de huit centimètres de hauteur sur deux de base. L'effet de cette opération est encore accentué lorsqu'on y joint l'épisiorrhaphie ou rétrécissement opératoire de la vulve.

Notons la déclaration de M. Marchand, concernant le peu d'efficacité du raccourcissement des ligaments ronds ou opération d'Alexander.

M. Apostoli a ensuite renouvelé ses propositions faites au Congrès de Nancy, et relatives au traitement électrique des fibromes utérins.

M. Routier (de Paris) signale un inconvénient très grave de l'emploi des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'étranglement herniaire; ce moyen, très vanté dans ces dernières années par Walker, Philippe (de Saint-Mandé), etc., fait disparaître momentanément les symptômes alarmants, vomissements, angoisses, douleurs, etc. Mais, alors qu'on croit à une amélioration, la lésion s'aggrave parce que l'étranglement persiste, et, quand on intervient, on trouve l'intestin gangrené.

M. Poncet (de Lyon) a fait avec succès des greffes osseuses dans des cas où, après l'extirpation de séquestres, la réparation du tissu osseux manque ou ne se fait que très lentement. Il a employé ce moyen, en particulier, dans un cas d'ablation du tibia; après guérison, le tibia nouveau avait 30 centimètres de long et celui du côté opposé 35 centimètres.

Les greffes doivent être petites et ne pas dépasser 7 à 8 millimètres de long et 3 à 4 millimètres de large; comprendre le périoste et être extraites des points où l'ossification est la plus active, vers les régions juxta-épiphysaires, de préférence sur de jeunes enfants morts accidentellement et sains ou sur de jeunes animaux; il ne faut pas les détacher avec la scie. Le moment opportun pour leur application est la période de réparation, alors que les accidents inflammatoires ont disparu; on fixe les fragments

osseux sur les bourgeons au fond de la plaie ; on panse et on immobilise étroitement le membre.

M. Alfred Pamard (d'Avignon) présente un cas remarquable de reproduction osseuse après une résection sous-périostée d'un tibia atteint d'ostéomyélite aiguë. L'interne de M. Pamard trouva, à cette époque (1883), les microbes caractéristiques de l'affection, mais son travail est resté inédit. L'enfant mourut quatre mois après, et on peut voir, par la comparaison des deux tibias, que la restauration était presque complète.

M. Ollier insiste sur l'intérêt de la pièce anatomique, qui permet de saisir en quelque sorte la prolifération osseuse dans sa marche, et de suivre pas à pas toutes les phases de la nouvelle ossification.

M. Dally a réuni 154 observations de déformation de la colonne vertébrale, d'où il conclut que les corsets orthopédiques sont plus nuisibles qu'utiles, qu'il faut demander la guérison à l'hygiène mieux comprise, à l'hydrothérapie et à la gymnastique, et que les médecins ont tort d'abandonner ce traitement à la seule compétence des orthopédistes.

M. Redard communique plusieurs cas de difformités congénitales très curieuses : une syndactylie de trois orteils et un sillon profond, cicatriciel, au-dessus des malléoles ; — une absence complète des deux rotules ; — une courbure très prononcée du tibia, qui fut traitée par la ténotomie du tendon d'Achille et le massage forcé, qui rendirent au membre sa rectitude et sa longueur normales.

M. Magitot (de Paris) rappelle ses idées sur la pathogénie des kystes des mâchoires, et soutient la théorie *périostique* contre la théorie *épithéliale* de MM. Verneuil, Malassez, etc. Il pense de plus que le traitement de ces kystes par la large ouverture de la poche, la résection de sa paroi antérieure, doit faire place au drainage avec des tubes métalliques perforés de place en place.

M. Combe (de Paris) préconise, dans le traitement du catarrhe du sinus maxillaire, la trépanation de ce sinus suivi d'injections ou de pansements avec l'iodol, de préférence à l'iodoforme, à cause de l'odeur de cette dernière substance.

M. Redon (de Paris) présente des échantillons de tourbe préparée qui, par ses propriétés antiseptiques et absorbantes et son bon marché, doit être d'un précieux secours en chirurgie, et en particulier en chirurgie d'armée ; son pouvoir absorbant est deux fois plus considérable que celui de la charpie de bois ; on peut la préparer avec toutes les solutions antiseptiques habituellement employées, lui donner la forme des feuilles d'ouate, et en faire le même usage que de celle-ci. Les échantillons que M. Redon fait passer sous les yeux du Congrès en donnent une idée fort avantageuse, et il serait à désirer qu'on essayât ce produit dans les services de chirurgie.

M. Aubert (de Lyon) a recherché si la lanoline favorisait l'absorption cutanée, comme Liebreich l'a prétendu ; ses expériences, faites d'après le procédé indiqué par M. Aubert au Congrès de La Rochelle, et que nous ne reproduirons pas ici, ont démontré que cette substance, loin de favoriser l'absorption, la prévient au contraire totalement. Par conséquent, comme la lanoline ne coule pas sur la peau, mais y adhère fortement, comme elle n'est pas absorbée, on pourrait la faire servir de véhicule à quelque substance antiseptique et l'employer en chirurgie.

Ont été nommés membres du bureau pour le prochain Congrès : Président, M. Verneuil ; vice-président, M. le baron Larrey ; secrétaire général, M. Pozzi ; secrétaires, MM. Picqué, L.-H. Petit, Coudray, Castex.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par Ch. Féré, médecin-adjoint de la Salpêtrière, chef des travaux anatomo-pathologiques à la clinique des maladies du système nerveux, etc. Paris, Delahaye et Lacrosnier, 1886.

De toutes les parties de l'anatomie, celle du système nerveux est peut-être celle qu'il

©BIU Santé

importe le plus au médecin de bien connaître ; c'est aussi celle qu'il est le plus difficile d'étudier. Il y a une dizaine d'années que les étudiants se servent avec prédilection pour cette étude de l'Anatomie des centres nerveux de M. Fort ; mais voici un livre qui va certainement obtenir un succès supérieur.

M. Féré nous dit que dans son traité élémentaire il n'a pas eu pour but de présenter une exposition complète des connaissances acquises dans l'anatomie du système nerveux, et que l'étude de l'anatomie fine y tient peu de place, mais qu'il s'est efforcé de rendre aux médecins, en écrivant ce résumé sommaire d'anatomie descriptive et topographique, les mêmes services qu'ont rendus aux chirurgiens les traités d'anatomie topographique chirurgicale. Chaque description est suivie de l'indication des applications médicales les plus importantes et les mieux établies. M. Féré a pleinement atteint le but qu'il se proposait. Outre qu'il écrit très clairement, l'intelligence de ses descriptions est encore facilitée par un grand nombre de figures, dont beaucoup sont originales et ont été dessinées par lui d'après les innombrables autopsies qu'il a pratiquées depuis qu'il est attaché au service de M. Charcot.

Le livre de M. Féré ne pouvait être écrit que par un médecin doublé d'un anatomiste ; il va sans nul doute être dans toutes les bibliothèques, et nous applaudirons pour notre part à ce succès bien mérité. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la chylurie, par le docteur Ludwig Gotze (d'Iena). (*Fortschritte der Medicin*, n° 3; 1886.) — L'auteur annonce que les conclusions de ce travail ont un caractère provisoire ; c'est le fruit de recherches faites sur quelques malades et sur plusieurs animaux affectés de chylurie.

Dans la grande majorité des cas de chylurie, l'auteur pense que le rein est le seul point des voies urinaires sur lequel s'effectue le passage des matières grasses. Les hypothèses des communications existant entre les voies urinaires et les gros chylifères, ou celle d'un mélange antérieur de lymphe et de chyle par suite d'une communication établie entre un vaisseau sanguin et un vaisseau chylifère en amont du rein, doivent particulièrement être abandonnées, suivant l'auteur.

Dans les urines chyleuses, en effet, on ne trouve aucun globule blanc, ce qui exclue la possibilité d'admettre, pour expliquer la présence de la graisse, un mélange quelconque de la lymphe avec les urines. En ce cas, les globules blancs devraient s'y trouver en grand nombre.

Les urines chyleuses contiennent rarement de l'albumine dissoute, celle-ci, quand elle existe, servant à émulsionner les matières grasses.

Les substances salines normales du liquide urinaire subissent, dans la chylurie, une diminution notable dans leurs proportions physiologiques, surtout les éléments minéraux non combustibles : chlorures, phosphates alcalins (potasse et soude), sulfates alcalins.

La quantité journalière des urines ne subit jamais aucune augmentation ; au contraire, elle diminuerait fréquemment.

La proportion des graisses contenue dans les urines totales dépasse très souvent la quantité maxima de la graisse contenue dans toute la lymphe de l'économie, et cela alors même que toute substance grasse a été supprimée de la diète alimentaire.

L'auteur a toujours constaté l'absence, dans les urines chyleuses, de la glycose urinaire et des éléments figurés.

Les substances grasses n'existent pas seulement qu'à l'état libre sous forme de gouttelettes fines, réfringentes sous le microscope ; elles existent aussi quelquefois à l'état d'émulsion, parfaitement dissoutes dans le liquide, de telle sorte que, tel est le cas, les urines peuvent être chyleuses et contenir des substances grasses tout en présentant une apparence parfaitement normale. En pareil cas, il y a absence complète d'albumine, et l'auteur n'a jamais pu savoir quel était l'élément dont la présence

maintenait les graisses en si parfaite dissolution dans ces cas d'urines chyleuses qu'on pourrait appeler chylurie latente.

Quelquefois les gouttelettes de graisse ne se forment que secondairement à l'évacuation des urines hors du réservoir urinaire, par conglomération de molécules graisseuses infimes. Il serait alors possible que, dans ces cas, les sels phosphatiques jouassent un rôle dans l'émulsion de la graisse, l'albumine étant complètement absente.

Ces sels se déposant par le refroidissement ou la fermentation de l'urine, les graisses redeviennent libres et les globules graisseux s'agglomérant donnent aux urines chyleuses leur aspect laiteux caractéristique.

En outre des substances grasses, les urines chyleuses contiennent encore d'une façon constante : 1° de la cholestérine (1); 2° de la lécithine (2); 3° de la leucine; et 4° de la tyrosine (3), du moins elles en contenaient dans les cas observés par l'auteur. Dans un cas, au lieu des substances précédentes, il a trouvé de la cystine.

En comparant les résultats des déterminations quantitatives de l'urée et des substances nitrogènes prises en totalité, l'auteur a trouvé que la moitié des substances azotées étaient excrétées sous formes d'acides amidiques (4).

Une augmentation dans la proportion des substances grasses de l'alimentation ne détermine pas une augmentation parallèle dans la richesse en matières grasses des urines chyleuses. Une diminution dans la quantité totale des aliments, et même une privation absolue de tout aliment pendant deux jours entiers, n'entraîne pas la disparition complète des substances grasses dans les urines.

La privation la plus absolue de toute substance grasse dans l'hygiène alimentaire, si celle-ci est contrebalancée par une augmentation dans la proportion des substances albuminoïdes, détermine un accroissement considérable dans la quantité des substances grasses éliminées par les urines chyleuses.

La sérosité des vésicatoires chez les sujets chyluriques contient fréquemment une certaine quantité de globules graisseux analogues à ceux qu'on trouve dans les urines.

L'examen du sang des malades a permis de constater l'augmentation de la proportion des substances grasses normalement contenues dans ce liquide sans qu'en ait pu toutefois y découvrir la présence d'aucun globule de graisse.

Se fondant sur la présence dans les urines chyleuses de la leucine et de la tyrosine sur l'augmentation de la proportion d'ammoniaque et d'autre part sur une diminution considérable, cliniquement constatée chez les malades, de la zone de matité hépatique, l'auteur pense que la graisse excrétée par les chyluriques tire probablement son origine du foie. La diminution de la zone de matité hépatique semble en effet très probatoire dans le sens d'un état d'atrophie de la glande hépatique.

---

(1) La cholestérine, comme le savent nos lecteurs, constitue la plus grande partie des calculs biliaires, elle se trouve normalement dans la bile, dans le cerveau, dans le sérum et dans les globules du sang. Elle paraît être un produit de désassimilation du tissu nerveux, car le sang de l'artère carotide n'en contient pas, tandis que le sang de la veine jugulaire en contient toujours, et même plus proportionnellement que les autres veines.

(2) La lécithine (λεκιθος, jaune d'œuf) a été extraite par M. Gobley du jaune d'œuf de poule, des œufs et de la laitance de carpe. Elle forme la plus grande partie des substances appelées *protagon* par Liebreich, *myélocome* par Kuhm, et *cérébrote* par Couerbe. C'est une substance visqueuse qui, alliée à la cérébrine (Fremy), forme le *protagon* ou substance grasse des masses cérébrales. — L. D.

(3) La leucine et la tyrosine sont des produits constants de la décomposition des matières animales riches en azote, et de l'action des alcalis et des acides forts sur ces matières; elles coexistent normalement dans le foie, le pancréas et la rate, et passent dans les urines dans les cas de destruction aiguë du foie.

(4) Les amides résultent du remplacement d'un des trois atomes d'hydrogène de l'ammoniaque par un radical acide. Les acides amidiques dont il est parlé résultent donc du remplacement d'un des atomes de l'hydrogène constituant des sous-dérivés de l'urée par un radical acide. — L. D.

©BIU Santé

Chez 15 lapins atteints de chylurie l'auteur a constamment relevé l'existence de lésions du foie, de nature principalement inflammatoire et ayant même, dans certains cas, déterminé la formation de granulations fibreuses jeunes, petites, grisâtres, disséminées dans l'épaisseur du parenchyme. Les granulations n'avaient rien de tuberculeux. En leur absence les éléments nobles du foie ne présentaient aucune altération microscopique notable. *Les reins étaient sains.*

D'après l'auteur, les hématuries si fréquemment observées dans les contrées tropicales en coexistence avec la chylurie ne sont sans doute que des hémoglobinuries. L'auteur se fonde sur la fréquence de l'hémoglobinurie qu'il a vue souvent apparaître après l'ingestion abondante d'albumine.

On verrait en effet le sérum du sang obtenu par l'application de ventouses deux heures après semblable repas amener alors une belle couleur rouge brique. L'absence de tout cylindre rénal ainsi que d'albumine dissoute dans les urines fait regarder comme très probable l'intégrité des reins dans le cours de la chylurie.

Lucien Deniau.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

La dilatation cardiaque n'est pas toujours facile à diagnostiquer, malgré la netteté des bruits morbides à l'auscultation. Le cardiopathe dont M. Langlet entretenait ses collègues possédait une *hypertrophie ventriculaire gauche avec dilatation*, comme l'autopsie le démontra.

Les signes acoustiques consistaient dans un souffle diastolique qu'on pouvait légitimement rapporter à une insuffisance aortique. Puis, on entendit un double bruit de souffle dans la portion ascendante de la crosse aortique, dont la lumière était rétrécie par des plaques athéromateuses. L'autopsie ne confirmait donc pas entièrement le diagnostic.

Dans une lecture motivée par une observation personnelle, M. Decès discute le *traitement des abcès froids par la méthode de Bœckel*. La cavité, largement ouverte, est lavée avec une solution de chlorure de zinc et largement drainée. Le succès obtenu par notre confrère a été confirmé par les faits que signalent ses collègues, MM. Delacroix et Guelliot.

Comme moyen abortif de la variole, M. Colleville propose de substituer les *applications topiques de vaseline iodoformée* au collodion ricinié. Cette pommade, qui contient un vingtième d'iodoforme entiendrait une certaine fraîcheur sur le visage, diminuerait les douleurs, empêcherait la formation de croûtes et agit comme antiseptique. Les pustules s'affaissent et la guérison se produit sans cicatrice ultérieure, M Decès a prescrit les mêmes applications avec un égal succès.

Le *traitement des nævi vasculaires par l'électrolyse* a été employé dans 9 cas par M. Pitoy. Il a constaté que la monopuncture positive peut provoquer la guérison si le manuel opératoire réalise les trois conditions suivantes :

Le courant doit être assez faible pour prévenir la cautérisation rapide des tissus, la formation d'eschares et la production de cicatrices. A cet effet, l'aiguille de platine ou d'or est implantée par transfixion, parallèlement à la surface du nœvus, de façon à ce qu'un espace de 6 à 8 millimètres sépare l'entrée et la sortie de l'aiguille.

On doit laisser l'aiguille dans les tissus tant que la zone blanche entourant les piqûres mesure 3 à 4 millimètres de diamètre. Quand on enlève l'aiguille plus tôt, la piqûre donne lieu à écoulement sanguin, et quand on la laisse trop longtemps, à une cicatrice acnéiforme indélébile. Lorsqu'on pratique la monopuncture des muqueuses, la zone blanche fait défaut et la durée de l'implantation doit se prolonger jusqu'à ce que les tentatives de mobilisation ne laissent plus suinter de sang.

Parmi les présentations, les plus importantes ont été celles de M. Decès soumettant à ses collègues un ptosis consécutif à une *opération de sarcome de la glande lacrymale*; de

©BIU Santé

M. Doyen leur montrant le foie d'un individu sur lequel on avait pratiqué la *laparotomie en vue d'une cystotomie;* enfin, de M. Luton décrivant les altérations de *deux fémurs atteints d'ostéosarcome* et provenant d'un malade qui traversait la période préataxique du tabes. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature : de MM. Magitot, Félix Brémond et Maumené, pour la section des associés libres; — de M. Moissant, pour la section de pharmacie; — de M. le docteur Nicolas, médecin consultant à la Bourboule, pour le titre de correspondant.

2° Une lettre de remerciements de M. Emile Tillot, récemment élu correspondant national.

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Gilles de la Tourette, un ouvrage intitulé : *L'hypnotisme, le somnambulisme et autres états analogues au point de vue de la médecine légale.*

M. Armand Gautier offre en hommage un exemplaire de son *Cours de chimie* en deux volumes. Le premier volume et le premier fascicule du deuxième ont paru, le dernier fascicule suivra prochainement.

M. Lagneau présente, de la part de M. le docteur Aubert, médecin-major de première classe, un travail manuscrit intitulé : *Statistique médicale pour le département de la Seine-Inférieure.*

M. Chauveau présente, de la part de M. Galtier, professeur de police sanitaire à l'Ecole vétérinaire de Lyon, une brochure sur *la rage envisagée chez les animaux et chez l'homme au point de vue de ses caractères et de sa prophylaxie.*

M. Tillaux présente, au nom de M. le docteur de Baker (de Roubaix), un instrument désigné par l'auteur sous le nom de *compresseur fixe*, et une brochure contenant des observations à l'appui de l'efficacité de l'emploi de cet appareil dans le traitement des principaux accidents cconsécutifs à l'accouchement naturel : déformation de la taille, lourdeur du ventre, abaissement de la matrice, procidence du col, etc.

M. P. Budin lit une note sur la *conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement.* Cette question a été très discutée dans ces dernières années. Deux complications principales peuvent survenir dans ces cas : l'hémorrhagie et la septicémie. Contre ces accidents, les interventions manuelles et instrumentales sont-elles rationnelles et nécessaires? Pour les faire accepter de tous, il faudrait démontrer deux choses : 1° que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents; 2° que toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

A la première question, M. Budin répond par des faits qu'il emprunte à son service de la Charité et à la Maternité : sur un total de 210 cas d'avortement (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu 46 fois rétention du placenta, soit 22 p. 100; or, à la Charité, il n'y a pas eu d'hémorrhagie; à la Maternité, il y a eu deux fois une légère hémorrhagie au moment de la délivrance tardive. Les accidents septiques ont été presque nuls. Il n'y a eu qu'un seul décès, celui d'une femme entrée à la Maternité avec de la bronchite et de la fièvre, qui a expulsé son placenta au bout de soixante heures, et qui est morte quinze jours après son avortement.

Donc, sur 210 avortements s'accompagnant 46 fois de rétention du placenta, il n'y a eu qu'un seul décès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement.

Quand aux manœuvres digitales, instrumentales, etc., elles sont ou inefficaces ou

©BIU Santé

dangereuses. Différents opérateurs ont constaté des hémorrhagies graves, de l'endométrite, des phlegmons pelviens et même des cas de mort à la suite d'interventions de ce genre.

Le traitement suivi à la Maternité et à la Charité se résume ainsi : Dans les cas simples, toilettes et injections vaginales antiseptiquès, et l'arrière-faix s'élimine en général spontanément. S'il survient des complications graves : contre l'hémorrhagie, on emploiera le tamponnement exécuté avec toutes les précautions antiseptiques; contre la septicémie au début, les injections vaginales antiseptiques faites toutes les deux heures et même toutes les heures; si les symptômes d'infection sont graves, on fera des injections intra-utérines antiseptiques (sublimé 1 p. 2,000 ou 3,000, acide phénique à 3 p. 100). Les lavages intra-utérins doivent être pratiqués avec une sonde qui assure le retour du liquide, par exemple, avec la sonde à canal en forme de fer à cheval. L'état général ne sera pas négligé et on administrera le sulfate des quinine. C'est cette méthode — expectation et antisepsie — qui a donné les résultats énoncés ci-dessus; il semble difficile d'en obtenir de meilleurs. Elle a, en outre, l'avantage de pouvoir être mise facilement en pratique par tous les médecins et par les sages-femmes. (Comm. MM. Polaillon, Blot, Tarnier.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage.

M. Javal dit qu'il ne saurait trop engager l'Académie à hâter la terminaison de cette discussion, sous peine de voir la question tranchée par les pouvoirs publics avant que les différents orateurs inscrits aient terminé leurs discours.

M. Léon Le Fort passe en revue les diverses conclusions de la commission, puis il termine de la manière suivante :

« Deux faits importants, dit il, ressortent de cette discussion. L'un, signalé par M. Dujardin-Beaumetz, et qui, énoncé sous la forme employée par notre collègue, frappera vivement l'attention des législateurs, c'est que l'*alcoolisme* est surtout le résultat de l'abus et même de l'emploi quelque peu exagéré d'alcools de mauvaise nature, sous quelque forme qu'ils soient ingérés.

« L'autre, c'est que si la science constate difficilement l'impureté de l'alcool mélangé au vin, il est au contraire facile de reconnaître si l'alcool en nature n'est pas absolument pur. C'est donc surtout du côté de l'alcool en nature que nous devons porter toute notre attention, c'est du reste ce que fait la quatrième conclusion de la commission.

« Voici la conclusion que je propose : elle a, je le reconnais, le défaut de ne pas être concise :

« Le vinage, dans la proportion maximum de 2 à 3 p. 100 d'alcool, pratiqué dans le but d'assurer la conservation et de permettre le transport des vins, ne saurait, au point de vue de l'hygiène, être regardé comme nuisible, pourvu que l'alcool employé soit absolument pur.

« Il n'en est plus de même, lorsque le vinage, tel qu'on le pratique trop souvent aujourd'hui, a pour effet de suralcooliser les vins, soit pour frauder les droits de douane, soit pour permettre le dédoublement ultérieur des vins par le mouillage.

« C'est une véritable falsification nuisible à la santé publique et le danger devient plus grand encore lorsque l'alcool ajouté au vin est insuffisamment rectifié.

« Cette falsification, qui est une des causes puissantes de l'alcoolisme, doit être énergiquement réprimée et l'Académie appelle vivement sur ce point l'attention des pouvoirs publics. »

M. Brouardel dit que, malgré les progrès de la distillerie, il ne saurait se ranger à l'opinion des divers orateurs qui ont soutenu la cause du vinage, parce que, d'une part, l'augmentation de la consommation d'un alcool même pur, à doses journalières répétées, n'est pas sans inconvénients; parce que, d'autre part, rien ne garantit que le vinage se fera avec ces alcools bien rectifiés, surtout quand on pense que le bénéfice du commerce est de vendre où nous n'avons aucun contrôle.

De plus, les faits cliniques en présence desquels les médecins sont journellement placés suffisent à leur prouver que les accidents de l'alcoolisme se manifestent de plus

en plus fréquemment, même chez des personnes qui ne font pas d'excès alcooliques et qui ne boivent que du vin.

Enfin, on ne peut dire que le mouillage, conséquence obligée du vinage, soit *non nuisible* pour la santé publique. Il substitue à un produit alimentaire un autre qui a perdu tout ou partie de ses propriétés alibiles. Il altère le produit mis à la disposition du consommateur, au grand détriment de ses fonctions digestives et de sa santé générale.

Pour ces diverses raisons, M. Brouardel espère que l'Académie votera la première conclusion proposée par la commission.

En l'adoptant, l'Académie sait qu'elle n'aura pas fait cesser les ravages de l'alcoolisme en France, les plus sages conseils ne peuvent rien sur l'alcoolisme volontaire. Mais l'Académie doit signaler à l'attention des pouvoirs publics cet alcoolisme inconscient, clandestin qui existe déjà et constituerait un véritable danger pour les populations si on autorisait le vinage dans les conditions proposées. En dévoilant le péril, l'Académie aura fait son devoir. (Applaudissements.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

UN EXEMPLE DE CONTAGION DE LA TUBERCULOSE PAR LES POULES.

Dernièrement, à la *Société des sciences médicales de Gannat*, un savant observateur, M. de Lamallerée, signalait des faits de contagion de la tuberculose par l'intermédiaire des poules ; faits qui semblent en désaccord avec les résultats des inoculations pratiquées par divers expérimentateurs.

Dans un hameau de dix feux, isolé, au centre d'une grande forêt et de temps immémorial *indemne de toute affection tuberculeuse*, un jeune soldat rentre du service et succombe à la phthisie pulmonaire. Sa femme devient tuberculeuse et a un enfant qui représente le type du petit tuberculeux d'origine.

Une autre femme du même hameau présente à son tour des symptômes classiques de phthisie pulmonaire. Elle n'avait que des rapports très lointains avec la précédente, mais elle avait mangé onze poules mortes en l'espace de quatre mois chez celle-ci. Elle faisait très peu cuire la viande de ces animaux. L'autopsie d'une poule de la même basse-cour qui succomba aussi fit constater des lésions tuberculeuses de l'intestin et des bacilles spécifiques. Ces poules, comme celles de l'Ecole d'Alfort dont M. Vallin parlait naguère dans la *Revue d'hygiène*, avaient été le véhicule de la contagion et se tuberculisaient en mangeant les crachats chargés de bacilles.

Cette observation témoigne donc à la fois de la contagiosité de la tuberculose de l'homme à l'homme, de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme.

C. L. D.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA VÉSICULEUX. — Duhring.

Camphre pulv.....	1 gr. 15 cent.
Oxyde de zinc pulv.....	7 grammes.
Glycérine.....	1 gr. 75 cent.
Axonge benzoïnée.....	20 grammes.

F s. a. Une pommade conseillée au début de l'eczéma visiculeux. — On peut commencer le traitement par l'application de poudres isolantes, telles que le lycopode, le talc ou le sous-nitrate de bismuth. — N. G.

©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.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Richelot, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe le vendredi 26 novembre, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Sur les maladies chirurgicales des *os* et des *articulations*, des *vaisseaux*, des *nerfs*, de la *peau*, et du *tissu cellulaire*, des *muscles* et des *tendons*.

— Le docteur A. Ollivier, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, reprendra ses conférences cliniques le lundi 29 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les lundis suivants. Les vendredis, leçon au lit des malades.

LE SECRET MÉDICAL EN 1758. — Le secret médical est fort discuté en ce moment. Peut-être sera-t-il intéressant de savoir ce qu'il était en 1758. Voici l'extrait que publie à ce sujet le *Journal d'accouchements de Liège* :

« Un chirurgien appelé pour panser un blessé, soit d'épée ou d'armes à feu, doit dans le jour en faire la déclaration au Procureur fiscal ou au Juge de police, soit qu'il l'ait pansé chez le malade, ou dans une autre maison, ou même chez lui, par les conséquences secrètes et particulières qui peuvent en résulter, et il ne pas peut le cacher ni le dissimuler, à peine d'être déclaré complice. C'est l'esprit des ordonnances et entre autres ce qui leur est enjoint par l'édit de 1666, à peine contre les chirurgiens qui y contreviendront de 200 livres d'amende pour la première fois, d'interdiction pendant un an en cas de récidive, et pour la troisième fois de privation de la maîtrise.

« Par sentence de police du Châtelet de Paris du 2 mars 1736, le docteur Dumont, chirurgien à Paris, pour n'avoir pas déclaré au commissaire de police d'avoir pansé Catherine Cochin, veuve, qu'une charrette avait renversée et passé sur le corps, desquelles blessures elle serait morte, a été condamné pour cette seule fois seulement par grâce et sans tirer à conséquence, à vingt livres d'amende avec défense de récidiver, sous les peines portées par ledit édit de 1666. Enjoint de déclarer au commissaire du quartier, les blessés qu'ils auront pansés chez eux ou ailleurs, dans l'instant qu'ils les auront pansés, ou le plutôt que faire se pourra, même la qualité et les circonstances de leurs blessures. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 27 novembre 1886. — *Ordre du jour* : 1. M. Luc : Faits cliniques relatifs aux polypes des fosses nasales. — 2. M. Dubuc : Cocaïne et lithotritie. — 3. M. Duroziez : Du rétrécissement mitral pur et du rétrécissement rhumatismal. — 4. M. Dehenne : 2e note sur le sarcôme de la choroïde (Présentation de pièces). — 5. Vote sur la candidature de M. Janson Zuède (de Liège), au titre de membre correspondant.

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.

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.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE à céder dans une grande ville du Midi. — S'adresser au Bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Larroque : Relation de deux petites épidémies de variole observées chez des aliénés. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. — Kystes hydatiques des os. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Relation de deux petites épidémies de variole observées chez des aliénés.

Communication faite à la Société de médecine dans la séance du 24 juillet 1886.

Par le docteur Larroque, interne de la Maison nationale de Charenton.

En compulsant les registres d'observations prises dans le service de M. Christian depuis 1879, nous en avons trouvé un certain nombre qui nous ont paru offrir un intérêt particulier. Elles se rapportent à deux petites épidémies de variole survenues en 1879 et en 1883. Notre maître nous a engagé à réunir ces observations et à les publier; c'est un chapitre à ajouter à l'histoire encore peu connue des maladies incidentes chez les aliénés.

Historique. — Peu de travaux ont été publiés sur les rapports qui existent entre la variole et les maladies mentales.

On comprend très bien cette lacune dans la littérature psychiatrique quand on songe aux erreurs qui ont régné si longtemps sur les esprits. Les aliénés, ces possédés, prétendait-on, pouvaient impunément s'exposer au feu, au froid, aux intempéries, etc. Ces idées ont été reprises par Richard Mead. Ce dernier croit que « la nature a préservé les fous des autres maladies » et même que la folie « s'empare tellement de l'individu qu'elle peut chasser une maladie, fût-elle légère, grave, dangereuse ».

Bien qu'il convienne que la folie tend à abréger la vie, Ellis (p. 365, trad. par Archambault) avance que « les aliénés ne sont pas aussi exposés aux maladies accidentelles que les autres hommes. »

Mason Cox (prartic. obs. on Insanity) dit encore que « la folie met l'individu à l'abri de toute influence étrangère ». La preuve est que « s'il survient une épidémie, quelque générale qu'elle soit, les maniaques y échappent, et si, par exception, ils en sont atteints, cette nouvelle maladie les guérit pour l'ordinaire ».

Nous ne voulons pas multiplier ces citations erronées dont l'observation la plus attentive a fait justice. Le typhus, dont faillit être victime l'illustre Pinel, le choléra, la variole qu'observa encore Pinel à l'Hôtel-Dieu, etc., etc., et tant d'autres maladies assaillent l'aliéné. Quiconque a observé doit se rendre à l'évidence des faits. Il n'existe pas d'antagonisme entre la folie et les maladies en général.

Les affections incidentes dans la folie ont été l'objet de travaux intéressants et très bien faits; pourtant Thore, qui s'y est le plus distingué dans son remarquable mémoire publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1844 à 1847, ne dit rien au sujet de la variole. Il a bien étudié, en 1856 (*Annales médico-psych.*, p. 162), les hallucinations dans la variole chez les personnes non aliénées, comme plus tard Westphall a étudié les troubles succédant à la variole et se rapprochant de la sclérose en plaques, mais non la variole pendant le cours des psychoses.

Nous faisons à peu près la même remarque pour les articles du docteur Calmeil parus dans le Dictionnaire en 30 volumes (Aliénés : *Maladies*

©BIU Santé

intercurrentes, p. 188) et encyclopédique des sciences médicales (ALIÉNÉS : *Malad. interc.*, p. 170, t. III). Il a observé des varioleux, c'est à peine s'il en dit quelques mots.

Le docteur Berthier, dans les *Annales méd.-psych.*, 1861, rapporta le cas d'une aliénée dont le délire cessa à la suite d'une *bonne variole*.

Marcé, à la page 91 de son livre *sur les maladies mentales*, nous dit que Chiarugi a vu la variole servir de crise dans un accès de manie.

Schlager (*Wiener medizinische Zeitschrift*, 1868, p. 151) a observé 4 cas dans lesquels l'invasion de la variole fut suivie d'une cessation complète de troubles psychiques existant depuis longtemps; dans 2 cas, la guérison fut complète et durable; dans 2 autres, qui offraient de légers symptômes de paralysie générale, il n'y eut que des rémissions. Plus tard, la paralysie générale reprenait son cours.

Nasse (*Irrenfreund*, 1870, p. 113) cite un paralytique général guéri par l'invasion d'une variole.

D'après le docteur Luigi Calastri, médecin de l'asile Rossi de Milan (*De l'influence de la variole dans les maladies mentales*), il faut arriver jusqu'à la grande épidémie qui, en 1870, ravagea surtout le nord de l'Italie, pour voir se fixer sur ce point l'attention des aliénistes. Dans l'*Archivio*, il recueillit trois observations de varioles graves qui amenèrent une amélioration très sensible dans les facultés intellectuelles, bien qu'on eût à faire à des chroniques.

Le professeur Berti (de Venise), dans son mémoire paru en 1873, démontra par 50 observations recueillies pendant dix années l'influence de la variole sur la folie. Puis le docteur Marrigi publia encore 8 observations.

Sur ces 61 malades, 14 furent guéris, 8 améliorés et 11 moururent. Devant de tels résultats, le docteur Calastri se demanda si, dans une maladie aussi grave que la folie, on ne pourrait pas recourir à la vaccination artificielle.

Le docteur Andrea Verga étudia le sujet dans un mémoire lu en 1873 à l'Institut royal lombard des sciences et lettres. Il conclut que :

1° La variole a produit 2 fois la folie; 2° encore latente, la variole a amené 7 fois des troubles psychiques; 3° par sa gravité, la variole a amené 6 fois la mort; 4° dans 13 cas, elle a laissé intact l'état cérébral; 5° 3 malades ont été améliorés et sont retombés ensuite; 6° 3 femmes ont été guéries complètement.

Enfin le docteur Chatelain, médecin directeur de l'asile de Prefargier (Suisse) (in *Annales méd. psych.*, p. 196 et suivantes, 1872, tome VII, 5e série. *Variole et psychose. Contribution à l'étude des maladies incidentes chez les aliénés*) nous rapporte 12 cas de variole qui sont restés sans influence aucune sur l'état mental.

Tel est jusqu'à ce jour l'état de nos connaissances sur les rapports de la variole et des maladies mentales. Voyons maintenant si ce que nous avons observé ressemble à ce qui a été vu ou en diffère.

PREMIÈRE ÉPIDÉMIE. — Pendant le mois de mai 1879, on avait en grande partie procédé à une revaccination avec du vaccin pris sur le bras d'enfants. Malgré cette demi-précaution et sans qu'on pût s'expliquer son origine, en décembre de la même année on fut tout surpris de voir apparaître quelques cas de variole.

OBS. I. — Le 12 décembre, un malade placé à la 4e division, M. G... Félix, âgé de 40 ans (démence) dut être transporté à l'infirmerie (6e division) pour une affection pus-

©BIU Santé

tuleuse qui s'était déclarée chez lui sans aucun symptôme prémonitoire. Il n'y eut pas de fièvre et huit jours après G... était complètement rétabli.

Obs. II. — Le 19 décembre, la même maladie se montre chez M. G... Paul, 52 ans (délire des persécutions) également placé à la 4e division. Indisposé depuis la veille, le lendemain il présentait sur la face et sur le corps des petits boutons rouges, très nombreux, rapprochés les uns des autres ; ils grandirent peu, devinrent pustuleux et commencèrent à sécher dès le cinquième jour, pour disparaître en croûtes qui se détachèrent sans laisser de trace. L'état général fut très bon ; il n'y eut pas de réaction fébrile. Le traitement se composa de boissons acidulées, d'un régime spécial.

Obs. III. — Le 26 décembre, M. F... Désiré, 34 ans, dément, indisposé depuis la veille, présenta, le matin, sur la face et sur les autres parties du corps une multitude de petits boutons rouges, rapprochés les uns des autres, qui grandirent peu, devinrent purulents. Ils séchèrent à partir du cinquième jour et tombèrent en croûte sans laisser aucune trace. L'état général resta excellent. Il n'y eut pas de fièvre. Le traitement fut le même que pour le malade précédent.

Obs. IV. — Le 26 décembre, M. D... Adolphe, 40 ans (imbécillité) est couché et signalé comme n'étant pas en train et refusant de manger. On constata sur la figure quelques boutons rouges, peu proéminents, éparpillés ; il y en a aussi sur le reste du corps ayant le même aspect et très peu nombreux. Le surlendemain au matin, leurs sommets étaient purulents. Le quatrième jour les boutons étaient tous complètement pustuleux ; certains même commençaient à sécher. Le sixième jour les pustules étaient à peu près sèches et tombaient successivement sous forme de petites croûtes sans laisser de trace. Pas de fièvre, Même traitement.

Obs. V. — Un peu indisposé depuis la veille, on constate, le 26 décembre au matin, chez L... Léon, 42 ans (paralysie générale), de petits boutons rouges, assez nombreux sur la figure, très rares sur le reste du corps. Après s'être formés et être devenus purulents, ces boutons se sèchent et tombent en croûtes dès le cinquième jour. Presque pas de fièvre. Même traitement.

Obs. VI. — Le 26 décembre, P..., 48 ans, dément, indisposé depuis la veille, présente quelques boutons, très rares sur la figure, plus rares sur le corps. Ces boutons se forment, deviennent pustuleux, et se sèchent en moins de six jours. Pas de fièvre. Même traitement.

Obs. VII. — Le 8 janvier, A... Victor, 34 ans, dément, reste couché à la visite du matin, parce que depuis la veille, il refuse de manger ; à part cela, rien de particulier. On constate que la figure et le corps sont uniformément couverts de petites élevures boutonneuses rouges, rapprochées les unes des autres et qui débutent. Le 9, les boutons sont apparents et bien formés. Le 10 et jours suivants, ils deviennent purulents ; bientôt on ne voit que des pustules formant une saillie plate. Le 14, les pustules commencent à sécher. L'état général n'a pas présenté un seul jour de gravité, il n'y a pas eu grande réaction. Le malade a continué d'être également remuant et agité.

Le 22, le malade se lève, les traces de l'éruption disparaissent rapidement. Même traitement.

Obs. VIII. — Depuis la veille, de G... Charles, 53 ans, maniaque, refuse de manger ; il ne se plaint d'aucune souffrance, on ne s'aperçoit de rien. Le lendemain matin, 13 janvier, comme il ne paraît pas bien disposé, on le laisse couché, et à la visite nous constatons, sur le visage et sur les autres parties du corps, quelques boutons rouges à peine proéminents et très discrets. Le malade ne se plaint de rien. Le pouls est à 72 L'état général est excellent.

Dès le 14 janvier, le sommet des boutons est purulent. Dès le 19, les pustules commencent à dessécher. Le pouls n'a jamais dépassé 71 pulsations. Pas de réaction fébrile.

Obs. IX. — Le 28 janvier, sans que L... Paul, 26 ans, maniaque, se plaigne, on s'aperçoit que des petits boutons rouges se forment sur sa figure. Il est placé à l'infirmerie ; dès le deuxième jour, les boutons entièrement développés blanchissent à leur sommet.

©BIU Santé

Le 30, ils sont complètement purulents et commencent à sécher dès le lendemain.

Les boutons ont été peu nombreux. Il n'y a pas eu de réaction accentuée. Le malade mangeait tous les jours. Même traitement.

Obs. X et XI. — Pendant que ces cas évoluaient, G..., 43 ans, arrivé au dernier terme d'une paralysie générale, mourait, le 24 janvier, de marasme paralytique compliqué de variole très légère; puis le nommé D... (Clément), un dément âgé de 43 ans, succombait, le 2 février, dans un état typhoïde compliquant une varioloïde très discrète.

Obs. XII. — Le 20 février, D... (Jules-Joseph) (folie épileptique), 37 ans, présentait sur la figure et sur le corps des petits boutons rouges, peu nombreux.

Le 22, les boutons sont purulents. Le 24, ils se dessèchent rapidement.

Pas de réaction fébrile. Même traitement. On lui ouvrit en plus un petit anthrax de la nuque qui s'était développé vers la fin de l'affection. (*A suivre*).

Thèses d'agrégation en chirurgie.

TUMEURS ET CALCULS DE LA VÉSICULE BILIAIRE, par M. DENUCÉ.

L'auteur étudie d'abord les tumeurs proprement dites de la vésicule biliaire. Les néoplasmes bénins sont absolument exceptionnels, et l'on a habituellement affaire à des productions malignes, soit primitives, soit secondaires; les premières sont, dans la grande majorité des cas, des épithéliomes à cellules cylindriques, et il n'est pas rare de voir les nouvelles formations revêtir la forme villeuse. L'envahissement consécutif du foie est la règle et presque toujours la vésicule contient des calculs, secondaires au cancer pour les uns, causant le néoplasme pour les autres.

Habituellement, il n'y a pas de symptômes caractéristiques des tumeurs de la vésicule; ceux que l'on a rencontrés le plus souvent sont les troubles digestifs, la douleur dans l'hypochondre droit, l'ictère, la présence d'une tumeur, les accès de fièvre intermitente, et enfin, dans la période ultime, la cachexie commune à tous les cancers.

Les calculs biliaires, dont la colique hépatique constitue la manifestation la plus habituelle, peuvent donner lieu à un grand nombre d'accidents. Du côté de la vésicule, on observe la cholécystite chronique suppurée ou non, l'hypertrophie des parois, l'issue des calculs au dehors par un trajet accidentel, les fistules pouvant être internes ou externes. Dans le premier cas, le trajet s'ouvre : dans le péritoine où existe une loge formée par des fausses membranes; dans le parenchyme hépatique; dans l'appareil génito-urinaire; dans l'appareil respiratoire ; ou enfin dans le tube digestif. L'issue à l'extérieur se fait soit à la suite de l'adhérence de la vésicule à la paroi et par perforation directe, soit par l'intermédiaire d'une cavité péritonéale enkystée; toujours l'ouverture est précédée d'un phlegmon de la paroi dont l'évolution est plus ou moins rapide, et, dans tous les cas, il résulte du processus la formation d'une fistule biliaire.

Un certain nombre d'accidents succèdent à l'oblitération des conduits vecteurs de la bile. Quand c'est le canal cystique qni se ferme, la sécrétion cesse d'arriver dans son réservoir, et il y a hydropisie ou empyème enkysté de la vésicule; quand c'est le cholédoque qui est obstrué, et le plus souvent c'est par l'enclavement d'un calcul, il y a production d'une tumeur biliaire, de l'angiocholite chronique et de la cirrhose consécutive. La fièvre rémittente biliaire domine les symptômes généraux et le principal signe local est l'existence de la tuméfaction causée par l'accumulation de la bile et plus tard d'un liquide muqueux, trouble, louche, faiblement coloré en vert pâle.

De nombreuses affections abdominales peuvent être confondues avec une tumeur de la vésicule; nous ne suivrons pas l'auteur dans leur énumération, et dirons simplement que lorsqu'on tient absolument à établir un diagnostic certain, l'incision exploratrice doit toujours être préférée à la ponction.

M. Denucé consacre avec raison la grande partie de sa thèse à l'étude du traitement chirurgical des principales complications de la cholélithiase. Le phlegmon doit être largement ouvert et désinfecté selon les règles de la méthode antiseptique; quand il y a

© BIU Santé

fistule, on doit tout d'abord enlever les calculs, puis ensuite chercher à obturer le trajet anormal; l'empyème de la vésicule indique une intervention rapide.

Quand il y a une tumeur de la cholécyste et que l'on veut parer aux accidents qui peuvent s'ensuivre, le mode opératoire différera selon que le réservoir de la bile sera libre ou adhérent. Dans le premier cas, on emploiera la cholécystotomie ou la cholécystectomie; l'ouverture de la vésicule est généralement réunie à l'ouverture des parois abdominales, quoique plusieurs chirurgiens aient suturé séparément la plaie des parois du réservoir abandonné ensuite dans l'abdomen; les quelques observations que l'on possède de cette pratique sont loin du reste de lui être favorables. M. Denucé a pu réunir trois cas de cholécystectomie dont un seul suivi de mort.

Si à la suite de l'incision exploratrice on a trouvé une obstruction du canal cholédoque, il faut faire cesser la rétention biliaire et les troubles qu'elle entraîne. Quand on trouve comme obstacle une tumeur maligne, il faut se contenter d'établir une fistule biliaire; quand au contraire la cause de l'interruption du cours de la bile ne menace pas la vie du malade, il faut autant que possible chercher à la faire disparaître. Winiwarter, dans un cas unique, a créé un passage entre la vésicule et l'intestin.

En comparant les différents modes d'intervention les uns avec les autres, on voit que la cholécystotomie et la cholécystectomie ont une mortalité relativement peu élevée et que toutes deux répondent à des indications différentes.

Les néoplasmes de la vésicule, quand on se décide à intervenir, réclament l'extirpation totale à laquelle on pourra encore recourir lors de coliques hépatiques insupportables.

L'issue des calculs à l'extérieur par perforation de la vésicule et phlegmon de la paroi donne lieu à la production d'une fistule que l'on n'essaiera de fermer que quand tous les calculs auront été extraits. Contre la tumeur calculeuse, la sténose cicatricielle du canal cystique avec perméabilité des conduits vecteurs, on emploiera la cholécystectomie, tandis que l'on préférera l'autre opération lors d'hydropisie de la vésicule avec oblitération du canal cystique par un calcul non mobilisable.

L'empyème de la vésicule doit être traité par la cholécystotomie, ainsi que l'occlusion du canal cholédoque par un cancer, un calcul impossible à mobiliser, un rétrécissemen cicatriciel ou inflammatoire.

Quant au trajet fistuleux consécutif à l'ouverture de la vésicule, on ne devra essayer de l'obturer que lorsque le cholédoque sera libre, ou si, les canaux étant fermés, on a pu ouvrir à la bile une voie vers l'intestin. Dans l'oblitération du canal cystique, la fistule donne du pus ou du muco-pus, et constitue une infirmité si peu gênante qu'il vaut mieux laisser les choses en l'état que de tenter une opération toujours grave.

Kystes hydatiques des os, par M. Gangolphe.

Après avoir indiqué dans un court historique les travaux, bien peu nombreux, publiés sur les kystes hydatiques des os, l'auteur étudie tout d'abord l'anatomie pathologique.

Les tumeurs à échinocoques des os, très rares d'une façon générale, sont presque toujours, sinon toujours, primitives et peuvent se développer dans la plupart des régions du squelette; c'est dans l'humérus, le bassin osseux et la colonne vertébrale qu'on les a rencontrés le plus fréquemment, et dans les os longs ils occupent, dans plus de la moitié des cas, la région juxta-épiphysaire.

Le tibia, à son extrémité supérieure, offre un véritable lieu d'élection pour le parasite; ce dernier, lorsqu'il se fixe dans les os du crâne, occupe trois fois sur quatre le sinus frontal; enfin, les lésions vertébrales se produisent habituellement dans la région sacrée. Les tumeurs kystiques sont généralement multiloculaires et l'absence de délimitation des lésions est un fait caractéristique des productions de cette nature qui se trouvent dans les os.

Le parasite, une fois développé, paraît agir sur les os de deux manières : 1° par action expansive, mécanique; 2° par action ischémique. Les séquestres sont très souvent observés : infiltrés d'innombrables vésicules et accompagnés d'un liquide puriforme, ils semblent revêtus d'une couche de lymphe coagulée et ne sont jamais éburnés, mais

©BIU Santé

poreux et vermoulus; le tissu compact est détruit par expansion et forme des coques de plus en plus minces qui finissent par se rompre.

M. Gangolphe insiste sur l'absence de lésions réactionnelles de la part de l'os « qui ne se défend pas », et conclut de l'ensemble des altérations que la fracture spontanée est un accident pour ainsi dire forcé et que le terrain est mal préparé pour une intervention chirurgicale.

Les articulations sont souvent envahies et peuvent n'être qu'une dépendance de la poche; les masses musculaires sont refoulées, atrophiées; les nerfs, la moelle plus ou moins comprimés; enfin, les lésions hydatiques peuvent être multiples, et il y a possibilité de greffe à distance. Sauf dans le canal médullaire des os longs ou dans les parties molles voisines, il n'existe pas de prolifération connective limitant les altérations.

Les kystes hydatiques des os sont fort rares; ils ont naturellement la même origine que les kystes viscéraux, et, dans certains faits, les traumatismes ont paru avoir une véritable action sur le développement de la tumeur. On peut supposer, quand on se trouve en présence d'un cas de ce genre, ou que le trauma a agi en favorisant la localisation de la lésion, ou bien qu'il s'est borné à accélérer l'évolution de productions jusque-là latentes.

Après avoir discuté la pathogénie des échinocoques multiloculaires, M. Gangolphe admet « que le séjour des vésicules dans les aréoles osseuses paraît leur donner une forme, des dimensions spéciales, un mode de prolifération particulier, d'où résulte l'aspect multiloculaire habituel des kystes hydatiques des os. »

Au début de leur évolution, les kystes sont habituellement latents et cette période de latence peut du reste être fort longue; mais, à un moment donné, apparaissent un certain nombre de symptômes dont les principaux sont: l'augmentation de volume de l'os, la crépitation parcheminée et la production d'abcès ossifluents.

Ces derniers sont souvent partiellement réductibles, communiquent les uns avec les autres et s'ouvrent rarement spontanément.

Les signes généraux, d'abord nuls, ne deviennent inquiétants que lorsqu'il y a communication des foyers avec l'extérieur: des phénomènes inflammatoires, de longues suppurations, entraînent alors leurs conséquences habituelles.

Exceptionnellement la marche de l'affection peut être rapide, mais, dans la majorité des cas, elle est au contraire fort lente; enfin elle récidive seulement quand la première opération n'a pas été radicale.

Après avoir présenté en détail les symptômes propres aux kystes de chaque os en particulier, l'auteur insiste sur ce fait que le premier signe révélateur de la tumeur peut être une fracture spontanée dont la cause devra alors être cherchée avec le plus grand soin. Les difficultés du diagnostic peuvent souvent, du reste, être considérables et la ponction ou même l'incision ont été souvent nécessaires pour permettre d'arriver à une certitude.

La maladie est toujours fort grave et le pronostic devra toujours être des plus réservés quand il s'agira de la colonne vertébrale ou du bassin.

Il n'y a, dit M. Gangolphe, qu'une seule méthode de traitement des kystes hydatiques des os, c'est l'ouverture de la cavité avec éradication aussi complète que possible du foyer parasitaire. Opérer largement est une obligation absolue et il ne faut employer les ponctions ou incisions exploratrices que si l'on est prêt à intervenir immédiatement d'une façon radicale. Il faut, si l'on a recours à l'évidement, porter la curette dans tous les points suspects et ne laisser aucun endroit inexploré; puis, tous les débris étant enlevés, on drainera méthodiquement la région; aux membres, les désordres souvent considérables ne laissent trop souvent d'autre ressource que l'amputation.

L'exposé des 52 observations que l'auteur a pu réunir termine cette intéressante monographie. — Paul Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Anatole PILTAN adresse une note intitulée : *Etude sur la physiologie de la respiration des chanteurs.*

« J'ai pris des tracés de chanteurs exercés et non exercés dans différents laboratoires, et notamment dans ceux de MM. Paul Bert et Marey, et j'ai constaté que la qualité de la voix était inhérente au type expiratoire (inconscient ou acquis par une éducation spéciale) adopté par le sujet.

« 1° Le diaphragme peut rester immobile ou se relever en subissant, par l'intermédiaire des viscères, le mouvement de contraction des muscles abdominaux; 2° agir comme muscle inspirateur.

« Dans le premier cas, l'inspiration s'étant produite par un mouvement d'élévation des côtes, le diaphragme restant au repos, l'expiration se traduit par un mouvement d'abaissement des côtes, le diaphragme passif. Les viscères abdominaux ne subissent aucune compression. La capacité pulmonaire est faible. La voix manque totalement d'ampleur et d'intensité. Pour obtenir une action expiratrice plus forte, il est nécessaire que les viscères comprimés par les muscles abdominaux soulèvent la voûte du diaphragme. Cette action est d'autant plus intense que la pression dans l'abdomen a été plus grande dans l'inspiration.

« Ce type expiratoire a deux inconvénients : 1° il détermine une énorme pression sous-glottique, dont la conséquence immédiate est de laisser échapper, à travers la glotte, de l'air non employé à la production du son; 2° il provoque l'élévation du larynx, la contraction du pharynx et occasionne ainsi l'étranglement du son.

« Dans le second cas, le diaphragme, en continuant à se contracter pendant l'expiration, diminue sa courbure, produit une action inspiratrices sur l'air contenu dans les poumons, contre-balance le mouvement d'affaissement du thorax, et contribue ainsi à établir un équilibre entre les forces expiratrices et inspiratrices dont la résultante a pour effet de ne débiter que peu d'air, d'une façon égale et sous une très faible pression. C'est ainsi qu'un bon chanteur peut tenir un ou plusieurs sons, articulés ou non, à toutes les hauteurs de son échelle vocale pendant trente ou trente-cinq secondes.

« Des tracés ont été pris à l'aide d'explorateurs placés : l'un au sternum, l'autre à l'ombilic, et aussi à l'aide de mon laryngographe appliqué sur l'intervalle crico-thyroïdien. J'ai contrôlé leur valeur par l'emploi simultané d'un spiromètre relié à un manomètre à air libre. J'ai pu constater ainsi : 1° que la moyenne de la capacité pulmonaire chez l'homme est de 3 lit. 5 à 4 lit., et, chez la femme, de 2 lit. 5 à 3 lit.; 2° que le plus grand nombre de litres d'air introduits dans les poumons ne détermine pas la meilleure voix; 3° que le mode d'expiration seul règle le débit de l'air à la glotte.

« Je recherchai quelle pouvait être la pression sous-glottique dans l'émission de la voix. Je fis des expériences sur des trachéotomisés ayant un peu de voix, et je trouvai que leur pression sous-glottique s'élevait à 0^m 04 de mercure pour un *fa* du médium et à 0^m 8 pour l'octave supérieure. J'en conclus : 1° que cette pression énorme est attribuable à la béance constante de leur glotte malade; 2° qu'en conséquence cette pression augmente chez eux en raison de la hauteur du son. La durée de leur expiration n'étant que de six à sept secondes, leur débit d'air d'environ 4 lit., et l'intensité du son très faible, j'en conclus : 1° que l'air qu'ils expulsaient n'étaient pas entièrement divisé et brisé à la glotte, qu'une certaine quantité sous une pression mal contenue passait à travers leur glotte ouverte; 2° que des résultats analogues m'avaient été donnés par des sujets, hommes et femmes, non trachéotomisés, et dont les cordes vocales étaient cependant en bon état, quand, dans l'expiration vocale, le diaphragme était soulevé par les viscères abdominaux sous l'action des muscles des parois abdominales.

« Je cherchai à comparer la pression sous-glottique avec celle d'un orgue, M. Cavaillé-Coll m'apprit que la pression doit être égale pour tous les tuyaux et qu'elle correspond à 0^m 01 de mercure. Rien n'est plus important que de régler cette pression : en

©BIU Santé

la diminuant, on diminue l'intensité du son; en la diminuant encore un peu, on rend l'orgue muet; en l'augmentant un peu, on en augmente l'intensité; en l'augmentant encore un peu, on enroue ou l'on fait octavier les tuyaux; en l'augmentant davantage, on n'obtient plus de son du tout. En changeant l'équilibre de la pression, on n'obtient que des sons tremblotants ou d'une mauvaise qualité, car leurs vibrations ne peuvent être régulières et périodiques.

« Avec la soufflerie humaine, qui n'est pas continue, les choses se passent cependant d'une façon analogue, selon que nous augmentons ou diminuons la pression sous-glottique.

« Un beau son est en raison inverse de la vitesse de l'air au manomètre. Et la preuve, c'est qu'un trachéotomisé produit un mauvais son en six secondes, et qu'un bon chanteur met trente secondes à en produire un beau, c'est-à dire cinq fois plus de temps à débiter la même quantité d'air. De plus, le trachéotomisé exerce une pression de 0m 04 de mercure pour produire ses meilleures notes. Or, comme la pression détermine la vitesse de l'air, il n'est pas douteux que, s'il s'exerçait une pression quatre fois moindre, il obtiendrait une vitesse quatre fois plus lente, soit $6 \times 4 = 24$ secondes, et il aurait encore un désavantage sur le bon chanteur.

Je conclus : 1° que la pression sous-glottique, dans des conditions normales, ne doit pas égaler celle de l'orgue et ne doit pas atteindre 0m 01 de mercure; 2° que la plus grande hauteur des sons ne doit pas être obtenue par un plus grand appel de souffle, et c'est ce qui explique la possibilité qu'ont tous les bons chanteurs de chanter longtemps, sans effort apparent et sans fatigue. Dans le larynx humain, les cordes vocales jouent le rôle d'anches membraneuses et laissent entre elles une fente en rapport avec la nature du registre et la hauteur du son. Elles ont l'avantage, sur les anches artificielles, de pouvoir rapidement et sûrement modifier, avec le secours de l'oreille, leur tension et leur forme.

« J'ai essayé de faire adopter à des chanteurs doués d'une voix défectueuse la respiration des bons chanteurs, et j'ai constaté : 1° que leurs mouvements respiratoires sont absolument sous la dépendance de la volonté; 2° que l'appareil sus-laryngien ne forme pas le son : il le modifie seulement; 3° que le chant peut être désormais considéré comme une gymnastique de la respiration.

« Une belle voix est le résultat d'un équilibre parfait entre une faible pression d'air sous-glottique et la tension passive des cordes vocales au moment de l'expiration. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1886. — Présidence de M. DE BEAUVAIS, ancien président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et Revues de la quinzaine.

De l'utilité d'un dispensaire à Lisieux, par M. le docteur Colombe (de Lisieux), membre correspondant.

Traitement de la phthisie pulmonaire, par MM. les docteurs Filleau et Léon Petit (Bulletin du laboratoire des recherches expérimentales et cliniques).

Discours inaugural prononcé à l'ouverture des cours de l'Université de Liège, par M. le docteur Wasseige, recteur.

Deux brochures intitulées : *Hyères, station hivernale,* et *Farcin chronique chez l'homme,* par M. le docteur Marquez (d'Hyères), membre correspondant.

Le *Bulletin des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat,* 40e année, 1885-1886.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le docteur Edmond WICKHAM remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

M. BARADUC fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : *Des ventouses vésicantes dans les congestions chroniques médullaires,* travail lu au Congrès de Copenhague en 1884.

M. DUBUC offre une brochure : *Infiltration d'urine, longue incision périnéale médiane,* etc.

M. LE PRÉSIDENT : J'ai la douloureuse mission d'annoncer à la Société la mort de l'un de nos membres honoraires, M. le docteur Pierre Foissac, qui a succombé le 2 novembre à la suite d'une longue maladie.

Il était âgé de 85 ans.

Dès ses débuts, il s'est occupé avec succès du *magnétisme animal*, question qu'il choisit pour sujet de sa thèse inaugurale en 1825. Il concourut, en 1838, avec Piorry, Requin et Guérard pour la chaire d'hygiène, qu'obtint Royer-Collard.

M. Foissac a été fondateur et l'un des rédacteurs de l'*Union médicale*. Il a publié un grand nombre d'ouvrages fort estimés, sur l'hygiène, sur la climatologie, la météorologie, la philosophie médicale.

C'était un écrivain correct, élégant et d'une grande érudition. Malgré des débuts très pénibles, il était arrivé à se créer une clientèle d'élite ; c'était un praticien très recherché, d'un commerce fort agréable ; M. Foissac était lauréat de l'Institut, médecin en chef honoraire de la maison de la Légion d'honneur, officier de la Légion d'honneur.

J'ai à faire part aussi à la Société de la distinction flatteuse qui vient d'être accordée à l'un de nos membres, M. le docteur Deligny. La Société de médecine d'Amiens lui a décerné une médaille d'or pour un mémoire qu'il lui a envoyé.

— M. DE BEAUVAIS lit un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant étranger de M. le docteur Janson Zuède (de Liège).

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées ; il sera procédé au vote dans la prochaine séance.

— M. APOSTOLI donne lecture d'un mémoire sur *la galvano-puncture chimique dans certains fibrômes utérins ; première variété ; opérations de nécessité*. (Sera publié.)

M. Apostoli présente plusieurs malades qu'il a soumises à ce traitement.

M. TISSIER : Le travail de M. Apostoli me rappelle une femme qui avait des fibromes sous-péritonéaux, avec accidents de toutes sortes, hémorrhagies formidables, etc. Elle avait consulté plusieurs chirurgiens, qui s'étaient refusés à l'opérer. A la ménopause, cette femme se retira à la campagne, et là, par le seul fait du séjour au bon air et d'une vie tranquille, elle guérit de sa tumeur ; je la revis, huit ans plus tard, parfaitement remise.

M. PERRIN : Je connais plusieurs faits semblables à celui que signale M. Tissier. Il est certain que la ménopause produit des modifications profondes et souvent favorables dans les hémorrhagies et dans le volume des tumeurs.

M. LE BLOND : Nous devons tenir grand compte des observations que nous apporte M. Apostoli. Mais il faut surtout considérer l'âge des malades. A la ménopause, tous les fibromes disparaissent ou s'atrophient. Que M. Apostoli nous montre des femmes jeunes, âgées de 25 ans, et si chez elles son traitement fait disparaître les tumeurs, nous nous déclarerons convaincus.

M. APOSTOLI : Je n'ai voulu aujourd'hui traiter qu'un point très limité de la question. Plus tard, je présenterai des femmes jeunes, à l'âge que veut M. Le Blond, et j'espère le convaincre. Mon intervention produit dans les fibromes une *régression anatomique* et une *guérison symptomatique*. J'espère en donner la preuve.

M. DELASIAUVE : La nature seule produit quelquefois des guérisons inattendues. Je me rappelle une femme qui avait un fibrome considérable, avec hémorrhagies inquiétantes ; j'avais pris jour avec un confrère pour l'opérer. Dans la nuit qui précéda, le fibrome, qui pesait 8 livres, se détacha spontanément, et la femme guérit sans intervention de notre part.

— M. Antonin MARTIN lit une observation de *Fibrome utérin, métrorrhagies. Coliques hépatiques*. (Sera publié.)

M. BOULOUMIÉ : Y a-t-il eu, dans le cas relaté par notre collègue, élimination de calculs, et à quel moment? Notre collègue attribue-t-il à la compression par le fibrome les coliques ou la formation des calculs? Ou bien attribue-t-il aux congestions ou aux

©BIU Santé

contractions utérines les coliques hépatiques qui seraient dans ce cas survenues par influence sympathique et contractions synergiques, ce qui est possible, étant donné l'influence réciproque qu'exercent les uns sur les autres les divers organes abdominaux?

Ce sont là des questions sur lesquelles il faudrait être fixé pour tirer une conclusion du fait qui vient de nous être rapporté.

La compression et certaines inflammations de l'uretère peuvent, il est vrai, causer des coliques néphrétiques, sans qu'on trouve de calculs dans l'urine, je l'ai constaté notamment dans un cas de cancer du rectum et dans un cas de tuberculose de l'appareil urinaire (ce dernier avec autopsie). Il peut en être de même des coliques hépatiques dans des circonstances spéciales, kystes, péritonite localisée. Quant à la compression et aux modifications circulatoires dues soit à la grossesse, soit à la menstruation, dans le cas où il y a un fibrome volumineux, elles peuvent aussi les occasionner, mais il me paraît difficile d'admettre que ce soit directement.

La grossesse dont a parlé notre collègue est cause de formation d'agglomérations et de calculs biliaires plus encore que de production de coliques hépatiques franches. Celles-ci ne surviennent généralement que plus tard. Il n'y a pas toujours calcul quand il y a colique hépatique! il n'y a pas toujours colique hépatique quand il y a calcul, et bien souvent il n'y a pas, après la colique hépatique, issue des calculs qui se sont engagés. J'ai maintes fois constaté ces faits, et il m'est arrivé à Vittel, comme il a pu arriver à mes confrères d'autres stations, de régler pour ainsi dire à volonté les coliques hépatiques et la sortie des calculs, qui en était la conséquence constante après quelques jours de traitement, en activant, modérant et suspendant tour à tonr l'emploi des eaux.

Dans le cas rapporté par notre collègue, n'y a-t-il pas eu formation d'agglomérations ou de calculs biliaires par le fait de la compression et du trouble circulatoire abdominal et colique d'expulsion lors des molimens menstruels, comme il y a colique d'expulsion sous l'influence de l'accouchement ou sous l'influence d'un traitement laxatif auquel je faisais allusion? Je suis porté à penser que tel a été le processus.

M. Ant. Martin : La malade a rendu des calculs que j'ai recueillis. Je crois que la présence du fibrome a été une cause de crises hépatiques, car, depuis que les règles ont cessé, les coliques sont devenues beaucoup plus rares. Je pense qu'il faut tenir compte aussi du genre de vie, et de la petite taille de ma malade.

M. Le Blond communique, au nom de M. le docteur Lediberder (de Lorient), membre correspondant, une intéressante observation d'empoisonnement d'un enfant de 2 mois par une voilette teinte au violet d'aniline. (Déposée aux archives avec remerciements à l'auteur.)

Élection. — M. le docteur Larroque est nommé membre titulaire à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 15 novembre 1886.

Jeudi 4. — M. Thévard : De l'influence des transformations agricoles de la Sologne sur la diminution des fièvres intermittentes et l'amélioration de la race. (Président : M. Le Fort.) — M. Ballue : Du nouveau traitement des fractures transversales de la rotule par la griffe de M. le professeur Duplay. (Président : M. Duplay.)

Vendredi 5. — M. Bérard : Étude sur la ligature de l'artère fémorale (Président : M. Verneuil.) — M. Viela : Considération sur les oreillons examinés principalement au point de vue de la fièvre. (Président : M. Damaschino.)

Samedi 6. — Pas de thèse.

Lundi 8. — M. Maison : Mobilisation et massage dans le traitement des fractures para-articulaires. (Président : M. Guyon). — M. Bayle : Des paralysies consécutives à l'infection morbilleuse. (Président : M. Guyon.)

Mardi 9. — M. Marcus : Contribution à l'étude clinique du myxœdème. (Président :

M. Vulpian.) —M. Le Golleur : Quelques considérations sur la pathologie des troupes à Tamatave (Madagascar) 1884-85. (Président : M. Brouardel.)

Mercredi 10. — M. Phocas : Étude clinique des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein. (Président : M. Trélat.) — M. Fournier : Contribution à l'étude de la dilatation du cœur droit chez les tuberculeux. (Président : M. Fournier.)

Jeudi 11 et vendredi 12. — Pas de thèses.

Samedi 13. — M. Boulle : Épidémie de dysenterie observée à Ninh-Binh. (Président : M. Proust.) — M. Foucaud : De la compression ouatée dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. (Président : M. Duplay.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE. — Abadie.

Acide borique.....	10 grammes.
Eau distillée.....	300 —

F. s. a. Une solution avec laquelle on lave les yeux, cinq ou six fois par jour, au début de la conjonctivite. Plus tard, si le gonflement de la muqueuse est considérable, on touche deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, toute la surface conjonctivale, y compris les culs-de-sec, avec un pinceau trempé dans une solution contenant 50 centigrammes de nitrate d'argent, pour 100 grammes d'eau distillée. On lave immédiatement à l'eau pure, et dans l'intervalle, lotions fréquentes avec l'eau boriquée. Dans le cas de conjonctivite chronique accompagnée de blépharite marginale, appliquer durant quelques minutes sur les paupières entr'ouvertes, des compresses imbibées de : Extrait de saturne 20 gouttes, eau un demi-verre. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

M. le docteur Beurnier est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Assaki, appelé à d'autres fonctions.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé de M. Cadiat, chef des travaux, remplacé par M. Remy, agrégé, durant le congé accordé à M. Cadiat; Variot, préparateur; Launois, Pilliet, Chatellier, Girod et Leroy, aides-préparateurs.

— Par arrêté ministériel en date du 20 novembre 1886, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Morelle, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de chimie.

M. Doumer, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Fallot, suppléant, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

M. le professeur Laget est transféré dans la chaire de clinique interne.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — Un congé, pour raisons de santé, est accordé, sur sa demande, à M. Perravey, préparateur de zoologie.

HÔPITAUX DE NANTES. — A la suite des concours, sont nommés ;

Internes. — MM. Obry, Guimbretière, Guibert et Dauly.

Internes provisoires. — MM. Gendron et Bourdon.

Externes. — MM. Monnier, Sureau, Neveu et Altaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Sont proclamés lauréats :

Élèves en médecine. — Première année : 1er prix, *ex æquo*, MM. Guépin et Monnier ; — 2e prix, M. Brianceau; — mention honorable, M. Filandeau.

©BIU Santé

Deuxième année. — 1er prix, M. Guibert; 2e prix, M. Voyer; — accessit, M. Joüon.

Troisième année. — Prix : M. Rivet.

Clinique. — 1er prix, M. Rousseau; — 2e prix, M. Bécigneul.

Élèves en pharmacie. — Première année : 1er prix, M. Perron; — accessit, MM. Mocudé et Grias.

Deuxième année. — 1er prix, M. Allaire.

Travaux pratiques. — Première année : Premier prix, M. Perron; — 2e prix, M. Martineau; — accessit, M. Guilbaud.

Deuxième année. — 1er prix, M. Aynard; — 2e prix, M. Bouliau.

Troisième année. — 1er prix, M. Perrouin; — accessit, M. Challonneau.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le professeur Testut a ouvert son cours d'anatomie par une leçon magistrale des plus brillantes. M. Testut s'est attaché à montrer que l'autogénie, les organes rudimentaires et les anomalies prouvaient péremptoirement que l'homme descendait d'un ancêtre, qui lui a été commun avec le singe. Réfutant les objections qu'on a faites à la doctrine de l'évolution appliquée à l'homme, il a prouvé, par des faits saisissants, les différences anatomiques que présentent l'homme actuel et l'homme de la pierre polie, et surtout l'homme quaternaire.

— M. Mondan est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique chirurgicale.

Hôpital de Lourcine. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours élémentaire de gynécologie clinique et opératoire, le jeudi 2 décembre 1886, à deux heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. — Visite des malades, le matin à neuf heures et demie.

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.

— M. le Maire du VIe arrondissement a l'honneur de prévenir ses administrés que des consultations gratuites pour les maladies des yeux seront organisées, en faveur des indigents, le jeudi 4 décembre prochain, à la mairie du Luxembourg (place Saint-Sulpice).

Ces consultations qui seront faites par M. le docteur Ad. Piéchaud, inspecteur des Écoles, auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à une heure.

— Le lundi 27 décembre 1886, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, en 51 lots, des fournitures de *substances pharmaceutiques et produits chimiques* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1887.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de l'Administration, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures.

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, 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 ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Larroque : Relation de deux petites épidémies de variole observées chez des aliénés. — II. Bibliothèque : Traité des manœuvres d'ambulance et des connaissances militaires pratiques. — III. Revue des Journaux : Des inhalations d'oxygène dans l'éclampsie. — IV. L'Epidémie cholérique de 1886. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société de médecine de Paris. — Société médicale des hôpitaux. — VI. Courrier.

Relation de deux petites épidémies de variole observées chez des aliénés (1).

Communication faite à la Société de médecine dans la séance du 24 juillet 1886.

Par le docteur Larroque, interne de la Maison nationale de Charenton.

DEUXIÈME ÉPIDÉMIE. — Trois ans plus tard, deuxième épidémie, plus restreinte, puisque nous n'avons observé que *4 cas* seulement.

Obs. XIII. — Le 23 avril 1883, à la visite du matin, D... (Théodule), 33 ans, maniaque chronique, constamment agité, turbulent, criard, entré dans le service depuis la fin de novembre 1882, se présente le corps couvert de boutons. La veille, il paraissait en parfaite santé. Placé à l'infirmerie (6e division), on constata l'existence non douteuse d'une variole. On isola le malade dans une chambre et on défendit tout contact avec les autres pensionnaires, et même avec les infirmiers que leur service n'y obligeait pas strictement. La variole fut très bénigne ; dès le 29, après la fièvre de suppuration, qui s'éleva jusqu'à 39°9, la convalescence s'établit et D... guérit parfaitement sans que l'agitation eût diminué un seul instant, et sans que l'appétit, généralement vorace, du malade eût été amoindri.

Obs. XIV. — Pendant que ce malade était en bonne voie de guérison, la variole se déclarait chez un jeune infirmier du service (même division). Depuis deux jours, il se plaignait de violents maux de tête, inappétence, vomissements, courbature. Le 4 mai, il s'alita ; le 5, le thermomètre s'élevait à 40°4 ; deux jours après, la température reprenait son cours normal. Cette variole fut également d'un caractère très bénin.

Obs. XV et XVI. — Le 10 mai, deux malades de l'infirmerie, tous deux paralytiques généraux, furent atteints. L'un, A. de la M..., 35 ans, placé depuis plus d'une année, ne quittait pas son fauteuil ; il n'avait eu aucun contact avec les malades précédents ; l'autre, V..., âgé de 33 ans, était un malade arrivé à la dernière période de sa maladie ; il ne quittait plus son lit depuis plusieurs mois et, par conséquent, n'avait pu approcher d'aucun des varioleux. Ces deux malades guérirent très vite ; leur variole ne présenta aucune complication. Chez le dernier malade, il survint un fait très notable que nous voulons reproduire ; nous avons rapporté son observation détaillée dans d'autres travaux. (*Monographie sur les rémissions dans le cours de la paralysie générale*, mémoire couronné au prix Esquirol 1886 et dans notre thèse inaugurale, th. de Paris, 1886.) Arrivé à la dernière période de son affection, ce malade vit son état mental s'améliorer d'une façon tout inespérée. Ce fut une véritable résurrection. Pourtant la variole fut discrète ; l'appétit ne fut jamais perdu ; le malade réclamait sans cesse à manger ; la température ne dépassa pas 38°2. V... se leva, marcha, fit des promenades, recommença à parler, reprit de l'embonpoint, présenta, en un mot, une rémission très accentuée. Les idées restèrent enfantines, incohérentes. Il succombait deux ans et demi après à la suite d'attaques épileptiformes (décembre 1885).

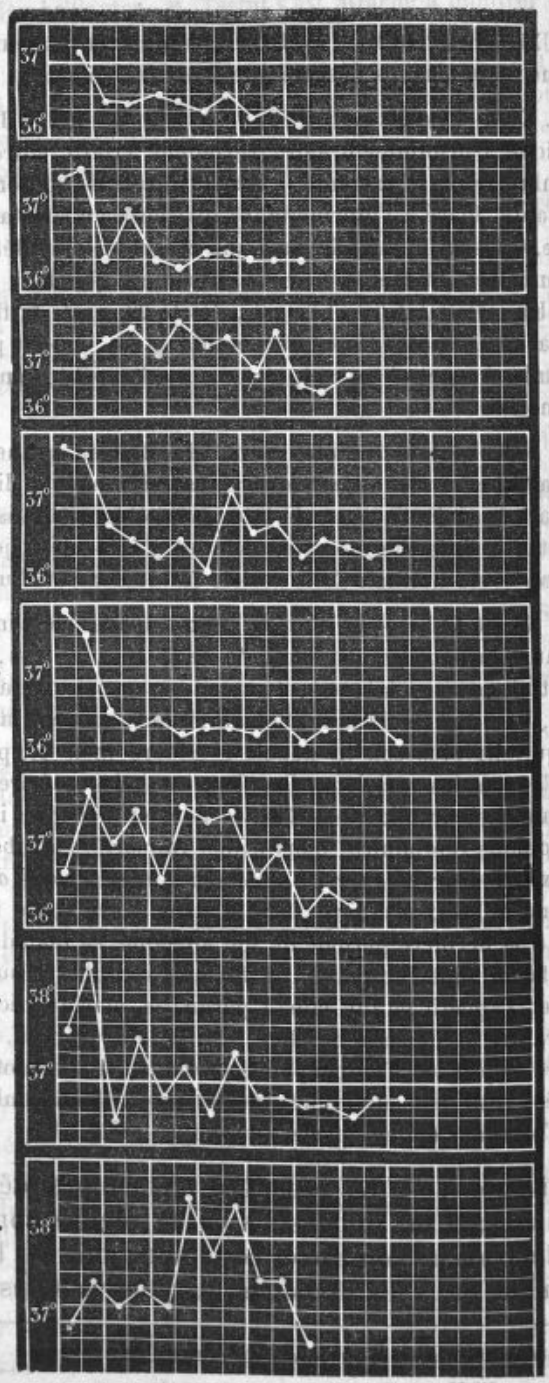
Réflexions. — La première épidémie a débuté par un malade de la 4e division ; il fut impossible de se rendre compte de la manière dont ce malade avait pu contracter cette affection. De là, la contagion se propagea seulement dans les divisions les plus voisines, c'est-à-dire dans les 5e et

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

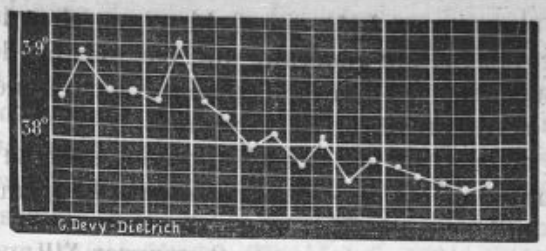
©BIU Santé

6e divisions. Elle y resta circonscrite et n'atteignit aucun des malades des autres divisions, soit des hommes, soit des femmes, soit de l'hôpital consacré à la chirurgie et à la médecine. Tous les cas se sont produits chez des aliénés chroniques incurables; parmi les infirmiers et le personnel des différents services, aucune personne ne fut atteinte.

La maladie, observée avec le plus grand soin chez tous les malades, fut extrêmement bénigne et de courte durée, presque sans fièvre ainsi qu'on peut le constater par les différents tracés thermométriques que nous reproduisons. Pour la plupart d'entre eux, il n'y a eu ni fièvre de début, ni fièvre de suppuration, et la généralité ont eu, chose remarquable, de l'hypothermie.



Observation VII ... .



Tous les cas se sont terminés par la guérison, sauf deux. Mais l'un de ces malades, avons-nous dit, était un paralytique arrivé à la dernière période de la paralysie générale; il venait précisément d'être frappé de congestion cérébrale. La mort ne peut être attribuée à l'éruption variolique, qui n'a été qu'un accident ultime. L'autre était un dément depuis quinze ans à Charenton qui succomba dans un état typhoïde.

Dès le début de l'affection, on isola les malades, on renouvela avec le plus grand soin la literie, le linge, etc. Cela suffit à éteindre le mal.

L'affection dont je parle s'est présentée avec des symptômes identiques, bénins chez tous les malades; il n'y a eu de différence que dans l'éruption, qui, confluente chez les uns, a été très discrète chez les autres. Tous les malades sont entrés en convalescence au bout de trois ou quatre jours.

Voyons maintenant comment la seconde épidémie a évolué : D..., le premier malade de la deuxième épidémie (Obs. XIII), était un malade faible d'intelligence, presque constamment agité, et qui depuis plus de deux mois avait dû être consigné dans sa division. Il n'était plus possible de l'occuper au travail, de sorte qu'il ne quittait pas son quartier. Il recevait des visites le jeudi et le dimanche, mais les membres de sa famille ont tous affirmé que personne, parmi ceux qu'ils fréquentaient, n'avait été récemment atteint de la variole, ou n'avait eu de varioleux dans son entourage. Il fut donc absolument impossible de savoir, comme dans la première épidémie, du reste, d'où pouvait provenir le germe de la maladie. Il nous paraît infiniment probable que la maladie nous est venue de l'asile des convalescents de Vincennes, qui est contigu à Charenton; les relations entre les deux établissements sont journalières, et, à cette époque, il y avait à Vincennes des convalescents de variole.

Il est probable qu'il en a été de même dans la première épidémie. Cependant on notera avec nous ce fait singulier que la maladie a débuté chez des malades qui ne sortaient pas de leur division; elle n'a attaqué aucun de ceux qui vont habituellement aux travaux de jardinage; enfin, elle ne s'est pas propagée à la division des femmes.

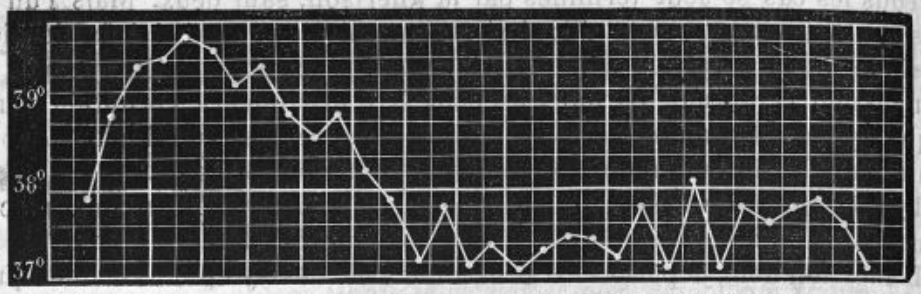
Dès que le premier cas de variole se déclara, on songea à une revaccination générale dans le service. Devant la difficulté de trouver des enfants vaccinifères, on pensa qu'il serait plus simple et plus avantageux de recourir au cow-pox, et le 15 mai, M. Chambon (de Paris) amena une jeune génisse couverte de pustules de cow-pox, avec lesquelles on pratiqua une revaccination générale sur tous les pensionnaires et tous les infirmiers du service, n'exceptant que ceux qui, ayant eu eux-mêmes la variole, étaient naturellement à l'abri de toute nouvelle atteinte. — 266 malades, 77 infirmiers ou gens de service furent revaccinés; on pratiqua à chacun 3 piqûres sur un seul bras. Huit jours après, on put constater que le vaccin avait pris chez 92 malades et 24 infirmiers, c'est-à-dire dans une proportion de 34,5 p. 100 chez les premiers et 31,1 p. 100 chez les seconds. Ce qui fut extrêmement remarquable, ce fut de voir le vaccin reprendre chez des ma-

©BIU Santé

lades chroniques âgés, aussi bien que chez les plus jeunes. — Grâce à cette revaccination générale, qui, par mesure de précaution, fut également pratiquée chez les dames, l'épidémie s'arrêta net, et, depuis cette époque, aucun cas de variole ne s'est produit.

Nos malades de la deuxième épidémie ont eu peu de fièvre ; cependant la température a été plus élevée que dans la première épidémie.

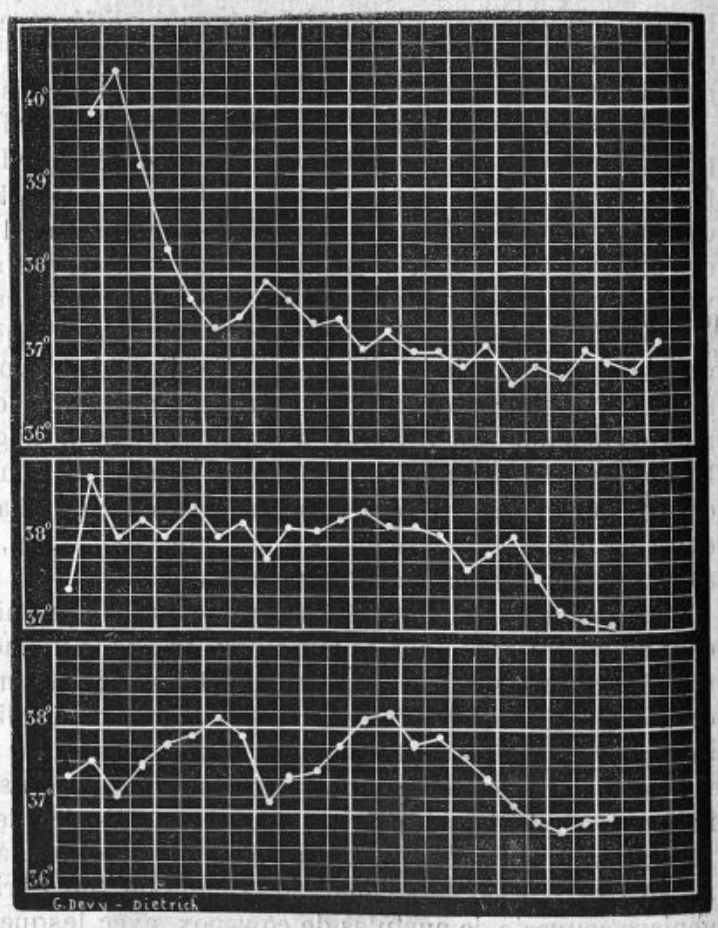
Observation XIII.



Observation XIV.....

Observation XV.....

Observation XVI.....



Tous les cas ont été bénins et, survenant chez des aliénés chroniques, ils n'ont produit aucune modification dans l'état mental, sauf dans la très remarquable observation de paralysie générale que j'ai reproduite en détail.

Malgré l'assertion de Thore (*loc. cit.*) qui prétend que les hallucinations se montrent dans la variole 5 fois sur 100 ou à peu près, nous n'avons rien observé de ce genre d'accident.

Nous avons fait remarquer que nos cas ont été presque tous athermiques ;

© BIU Santé

dans ceux où il y a eu une légère élévation, la température n'a eu aucune action sur l'état psychique, et en cela nous sommes en contradiction avec le docteur Berthier (*loc. cit.*, p. 14) qui assure que la fièvre, quel que soit son mode, « exerce sur la folie une influence bien nette », et qui va même jusqu'à dire que « les fièvres éruptives ne sont pas sans influence sur la marche de la folie ». Mais parmi ces fièvres, la typhoïde semble plutôt que la variole confirmer cette assertion d'après le dire de Berthier lui-même (*loco citato*), de Nasse (*Allgem. Zeitchrift für Psychiatrie*, 1864 et 1870), de Gérard (*Annales médico-psycho.*, 1846, tome II, p. 83), de Bach, Schlager et Gaye (Nasse. *Allgem. Zeitsch. für Psych.*, 1862, tome IX, p. 1,963), de Wille (*Allgem. Zeitsch. für Psych.*, 1865 et 1870).

La variole n'a provoqué de crise que dans un seul cas et somme toute dans le cours, la marche, les symptômes, la durée, la terminaison, cette épidémie n'a plus rien présenté de particulier.

Nous avons recherché attentivement si la folie imprimait un cachet particulier à la variole. Pour nous cette maladie s'est comportée comme toutes les affections incidentes. Son cachet de bénignité est-il dû ici, comme dans les autres états pathologiques, aux conditions de bonne hygiène dans laquelle vivent nos sujets, c'est ce que nous voulons bien croire, puisque, grâce aux moyens employés, l'épidémie a été vite circonscrite, étouffée sur place.

Par tout ce qui précède, on voit que l'influence de la variole sur les maladies mentales a été nulle, sauf dans un cas. Il est vrai que nous n'avons eu affaire qu'à des chroniques.

Nous avons pensé que ces observations, recueillies avec soin, ne manqueront pas d'intérêt, et qu'elles contribueront à montrer que les affections incidentes se passent chez les aliénés à peu près comme chez les personnes saines d'esprit. M. Christian n'a jamais cessé d'appeler notre attention sur ce point, et de nous montrer combien sont peu fondées en général les assertion contradictoires qui ont cours dans la science.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES MANŒUVRES D'AMBULANCE ET DES CONNAISSANCES MILITAIRES PRATIQUES, par A. ROBERT, médecin principal, professeur agrégé au Val-de-Grâce, membre correspondant de la Société de chirurgie. — Paris, O. Doin, 1887.

Le livre du docteur Robert sera utile aux médecins militaires de l'armée active, comme à ceux de la réserve et de l'armée territoriale; en cas de mobilisation, il deviendrait indispensable, à tous les médecins appelés sous les drapeaux, pour s'initier au service dans une armée en campagne. Ce beau volume de 620 pages, avec 253 figures dans le texte, condense et coordonne des notions qu'on ne trouverait sans lui qu'après de pénibles recherches dans le fouillis des règlements militaires et des circulaires ministérielles. On jugera de l'étendue et de l'importance de ces matières, par le simple énoncé des 5 livres qui forment les grandes divisions de l'ouvrage : livre I : *Dispositions diverses du service régimentaire à l'intérieur en rapport avec l'organisation du service de santé en campagne;* livre II : *Service de santé en campagne; service de l'avant;* livre III : *Service de santé en campagne; service de l'arrière;* livre IV : *Du service de santé dans les sièges;* livre V : *Du service de santé dans les colonnes expéditionnaires et dans les guerres de montagnes.*

Sous ces différentes rubriques sont exposés tous les moyens et toutes les ressources dont le médecin militaire dispose pour recueillir, abriter, panser et transporter les

©BIU Santé

malades et blessés en campagne; M. Robert aurait donc pu intituler son ouvrage *Traité des secours aux blessés* aussi bien que *Traité des manœuvres d'ambulance*; peut-être même une bonne partie du public médical aurait-elle mieux compris le premier de ces titres que le second.

Avec les exigences toujours croissantes de la chirurgie d'armée, avec les soins dont le service de santé en campagne est aujourd'hui l'objet en France, un traité comme celui qui nous occupe était attendu et devait être écrit; nul n'était mieux en situation que le docteur Robert de mener cette entreprise à bonne fin; il y a complètement réussi.

LUBANSKI.

REVUE DES JOURNAUX

Des inhalations d'oxygène dans l'éclampsie, par LVOFF. — Ce traitement a été recommandé par Lashkevitch et par Favr. En 1885, MM. Ichunikkin et Sutugin en ont fait usage, l'un dans deux cas, l'autre dans un cas d'éclampsio puerpérale, mais une fois seulement avec succès.

La malade de M. Lvoff était une primipare albuminurique, chez laquelle les accidents éclamptiques éclatèrent au début du travail. Ils résistèrent au chloroforme, au chloral et à l'accouchement par le forceps. C'est alors que l'accoucheur employa les inhalations d'oxygène, mais les accidents s'aggravèrent, les paroxysmes devenant plus fréquents et le stertor respiratoire augmentant. La malade guérit sous l'influence des injections sous-cutanées d'hydrochlorate de pilocarpine.

M. Lvoff n'en recommande pas moins les inhalations d'oxygène, parce que, dit-il, les accidents éclamptiques sont en rapport avec l'accumulation de l'acide carbonique en excès et la disette d'oxygène dans le sang. De là, ajoute-t-il, le retard de la circulation, l'augmentation de la tension artérielle et les troubles circulatoires ou nutritifs des centres nerveux.

Dès lors, il y a lieu, après avoir satisfait aux autres indications du traitement classique, de diminuer l'excès d'acide carbonique du sang et de combattre ses effets sur le cerveau et sur le cœur. A cet effet, ce gaz doit être employé au début même des accidents et non pas à une période tardive. Cette considération donnerait la raison des insuccès, dans le but de faire disparaître la cause même de l'éclampsie. (*Russkaia Meditzina*, 1885, n° 38.) — C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

C'est en quelque sorte à regret que le choléra diminue d'intensité et tend à disparaître dans ses principaux foyers européens.

De ces derniers, le plus actif est encore le foyer italien dans les provinces de Bergame, de Ferrare et de Tarente, où l'épidémie, qui semble abandonner les provinces septentrionales du royaume, localise ses ravages.

En Autriche-Hongrie, elle fait toujours des victimes : à Trieste et dans les environs de cette ville, à Leybach, à Vienne et à Pesth. Cependant les cas y sont de moins en moins nombreux, de sorte qu'on peut espérer l'extinction de ces foyers. Néanmoins ils sont encore assez actifs pour menacer les pays voisins. C'est ainsi que la semaine dernière on signalait, à Breslau, un cas venu de l'une de ces villes.

Le foyer rhénan paraît moins intense. Depuis le commencement du mois, on y compte encore des cas suspects dans la banlieue de Mayence, aux villages de Gonsenheim et de Finheim. On ignore l'origine de ce foyer, qui donne aux autorités sanitaires allemandes l'occasion de mettre à exécution des mesures fort sévères pour la surveillance des voyageurs et d'exagérer leur zèle prophylactique.

En Amérique, les décès cholériques signalés dans la République argentine ont l'importation européenne pour point de départ.

La formation d'un foyer dans cette région paraît imminente; mais, à l'heure actuelle, les renseignements sont encore trop insuffisants pour mesurer l'importance de cette explosion du mal asiatique dans le Nouveau-Monde. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Rapport sur une observation d'ablation d'un épithélioma de la joue. — Du traitement chirurgical de l'épithélioma de la langue par les larges ablations et la résection du maxillaire inférieur. — De la suture enchevillée. — Note sur deux malades atteints : l'un d'ostéopériostite du tibia avec abcès sous-périosté; l'autre de calcul énorme de la vessie extrait par la taille sus-pubienne.

M. Championnière offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sur la *cure radicale des hernies*.

— M. Farabeuf fait un rapport sur une observation de M. le docteur Piéchaud (de Bordeaux) relative à une opération d'ablation d'un épithélioma du sinus maxillaire, avec conservation d'un lambeau de la joue qui a servi, par restauration autoplastique, à réparer la perte de substance produite par l'opération.

M. Verneuil déclare qu'il n'a pas vu dans sa carrière chirurgicale de tumeur plus facile et plus prompte à la récidive que l'épithélioma de la joue, surtout lorsque le chirurgien veut réparer la perte de substance consécutive à l'opération à l'aide d'une autoplastie immédiate. Dans un cas de ce genre, M. Verneuil a pratiqué l'ablation de toute la joue et a laissé à la nature le soin de faire la restauration, ce dont elle s'est acquittée à merveille.

M. Peyrot a soigné un malade auquel il a pratiqué l'ablation de la joue pour un épithélioma de cette région; pendant trois ou quatre ans, il n'y a pas eu de récidive; au bout de ce temps, est apparue une induration d'un ganglion sous-maxillaire; M. Peyrot a enlevé ce ganglion et le malade paraît être définitivement guéri.

M. Verneuil ne condamne pas les opérations faites pour les épithéliomas de la joue; il blâme seulement la pratique des chirurgiens qui cherchent à conserver la peau de la joue pour faire ensuite des restaurations autoplastiques. Si l'on veut avoir des chances de réussite durable, il faut, comme il l'a fait lui-même et comme M. Peyrot l'a fait après lui, enlever toute la joue.

M. Théophile Anger a opéré un cancroïde de la joue qui avait à peu près l'étendue d'une pièce de 5 francs. La peau et la muqueuse furent enlevées; mais, au bout d'un an, il y eut récidive dans le lambeau, puis les ganglions se prirent et le malade finit par succomber.

M. Farabeuf demandera à l'auteur des détails complémentaires sur les suites de l'opération; en attendant, il propose d'insérer dans les *Bulletins* l'observation de M. Piéchaud (adopté).

— M. Verneuil fait une communication sur la question de savoir quelle conduite le chirurgien doit tenir dans le traitement de l'épithélioma de la langue. La première opération de ce genre qu'il ait pratiquée remonte à trente-quatre ans; depuis cette époque, il en a fait un grand nombre d'autres, et il lui a fallu, pour cela, un certain courage, si l'on considère les déboires nombreux auxquels est condamné le chirurgien qui pratique ces sortes d'opérations. Il n'a pu améliorer les résultats qu'il a obtenus qu'en entrant dans la voie des grands sacrifices dont l'importance est d'ailleurs subordonnée à l'espèce ou à la variété de l'épithélioma à laquelle on a affaire.

Dans la variété d'épithélioma qui débute par les parties latérales de la langue, au niveau du tiers moyen, avec engorgement ganglionnaire et adhérences de l'épithélioma

©BIU Santé

au plancher de la bouche et à la base de la mâchoire, M. Verneuil se contentait, dans les commencements, d'ouvrir l'espace sus-hyoïdien, de lier l'artère linguale, de décoller ensuite les adhérences du néoplasme aux ganglions et à la mâchoire, en allant même jusqu'à mettre l'os à nu par l'ablation du périoste. Mais, lorsqu'il pratiquait ainsi l'extirpation du néoplasme, il a toujours vu la récidive se faire d'une façon très rapide. On laisse, en effet, toujours de l'épithélioma dans l'épaisseur des tissus, par suite de l'insuffisance des sacrifices, et la récidive est fatale.

Chez un malade qu'il avait opéré, par le procédé ordinaire, d'un épithélioma de la langue avec adhérences, et chez lequel la récidive s'était produite, M. Verneuil, dans une seconde opération, enleva de propos délibéré, avec la tumeur, 3 centimètres environ de l'os maxillaire au niveau de l'épithélioma. Après l'opération, le malade resta environ trois ou quatre mois dans les salles, puis il quitta le service et M. Verneuil le revit un an après sans qu'il se fût manifesté ombre de récidive.

Frappé de ce résultat, M. Verneuil a, dès lors, résolument et franchement pris le parti de faire, dans les cas de ce genre, une extirpation plus complète du néoplasme, extirpation dépassant largement les limites du mal et mettant désormais à l'abri des récidives, grâce à l'ablation d'un morceau de la mâchoire au niveau de l'épithélioma.

M. Verneuil a, en ce moment, dans son service, un garçon de salle auquel il a enlevé, par son nouveau procédé, un volumineux épithélioma et qui est guéri depuis quatre ans, sans trop de difformité, celle-ci se trouvant cachée par la barbe. Aussi M. Verneuil est-il bien résolu, quand il aura affaire à cette variété d'épithélioma de la langue, à appliquer toujours désormais ce procédé.

Celui-ci a, en outre, l'avantage d'éviter les difficultés particulières que le chirurgien éprouve lorsqu'il s'agit d'administrer le chloroforme à des malades qui ont la langue adhérente au plancher de la bouche. Ces difficultés souvent considérables, et qui vont parfois jusqu'à l'imminence de l'asphyxie du malade, cessent immédiatement après la section de la mâchoire. Dernièrement, M. Verneuil a enlevé ainsi à un malade les deux tiers de la langue, et, après l'opération, la température est restée constamment entre 37° et 37°5. Il n'y a pas eu ombre de fièvre, tellement l'asepsie a été complète, grâce à cette manière de procéder qui supprime, en outre, les difficultés parfois insurmontables de l'emploi de la scie à chaîne, laquelle devient insupportable lorsqu'elle ne marche pas bien. Toutes les sections sont faites ainsi à ciel ouvert.

M. Verneuil pense donc que les chirurgiens ne doivent pas hésiter, dans les cas d'épithélioma lingual accompagné d'adhérences avec les ganglions et la mâchoire, à pratiquer la résection d'une portion de cet os dans toute l'étendue de l'adhérence avec l'épithélioma. On peut ainsi faire toutes les sections à ciel ouvert, l'extirpation complète est rendue beaucoup plus facile, ainsi que l'administration du chloroforme. Si, d'ailleurs, on a la précaution de laisser béante la partie inférieure de la plaie opératoire, avec introduction d'un tube à drainage pour l'écoulement des liquides, et l'emploi de la sonde œsophagienne pour l'alimentation des malades, on réalise une asepsie locale parfaite et l'on obtient des tracés absolument apyrétiques. M. Verneuil reconnaît qu'il a été précédé dans cette voie par M. Léon Labbé, qui, en 1882, a pratiqué la résection du maxillaire inférieur dans une opération d'extirpation d'un épithélioma de la langue. Mais M. Labbé n'a eu en vue, en faisant cette résection, que de rendre l'extirpation du néoplasme plus facile, tandis que M. Verneuil a voulu surtout élargir le champ opératoire et prévenir ainsi la récidive. M. Verneuil ne parle pas naturellement des chirurgiens qui ont pratiqué la résection du maxillaire, alors que cet os était déjà envahi par le néoplasme.

M. Bouilly a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'ablation de l'épithélioma de la bouche; si large qu'ait été l'extirpation, il a presque toujours vu la récidive se produire dans les six ou huit mois qui ont suivi l'opération. Cette récidive s'est faite surtout dans les ganglions. Dans un seul cas la récidive s'est fait attendre pendant deux ans. M. Bouilly craint que, même après la modification introduite par M. Verneuil, la guérison ne soit pas durable.

M. Marc Sée pense qu'une mâchoire qui a été en contact avec un épithélioma ne peut

© BIU Santé

plus être considérée comme une mâchoire saine; elle participe dès lors à la maladie; ce n'est donc pas un os sain, mais un os malade qu'enlève M. Verneuil en pratiquant la résection du maxillaire ayant contracté des adhérences avec l'épithélioma.

M. Polaillon a eu l'occasion de pratiquer l'ablation d'un épithélioma de la langue; les suites de l'opération ont été assez satisfaisantes; au bout de deux ans, il n'y avait pas d'apparence de récidive; mais, dernièrement, le malade est revenu avec un gonflement non seulement des ganglions sous-maxillaires, mais encore du maxillaire inférieur lui-même. M. Polaillon a dû abandonner le malade à son malheureux sort.

Ce fait prouve donc la possibilité de la récidive même dans l'os maxillaire.

M. Verneuil persiste à penser que la résection du maxillaire est indispensable pour éviter la récidive de l'épithélioma; il est très difficile, en effet, de faire le décollement de la muqueuse buccale et il a vu souvent la récidive s'effectuer sur les points d'adhérence de la muqueuse à l'os de la mâchoire. Elle peut avoir son siège sur quatre zones: la langue, le plancher de la bouche, les ganglions et, enfin, l'os maxillaire. Il est exceptionnel de la voir se faire dans la quatrième zone ou zone osseuse, comme dans le cas de M. Polaillon. Il est donc inexact de dire, avec M. Marc Sée, que l'os, ayant contracté des adhérences avec l'épithélioma, participe dès lors à la maladie. M. Verneuil s'est assuré du contraire par la discussion et l'examen microscopique.

— M. Marc Sée fait une communication au sujet de la suture en cheville dont il se déclare le zélé partisan et qu'il emploie de préférence aux autres modes de suture, principalement dans les cas où deux surfaces doivent être adossées l'une à l'autre.

M. Sée se sert de préférence, pour les chevilles, de rouleaux de gaze iodoformée qui, entre autres avantages, a celui d'être un antiseptique par excellence. Pour fixer les fils, il a fait fabriquer par M. Colin des plaques à taquets dont l'usage est très sûr et très commode.

— M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer) communique deux observations, l'une d'ostéopériostite du tibia gauche avec abcès sous-périosté, l'autre de calcul vésical énorme, chez un enfant de huit ans, opéré avec succès par la taille sus-pubienne.

A. T.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 octobre 1886.

Discussion

M. Dubrisay : Messieurs, dans la dernière séance, notre honorable confrère M. Perrin nous a soumis un projet de vœu auquel on ne saurait faire aucune objection. Si l'on compare l'organisation de l'hygiène dans les pays étrangers à ce qu'elle est dans notre pays, il est triste d'avoir à reconnaître que nous sommes en retard sur tous les peuples civilisés, que chez nous tout est encore à créer, et que chaque jour des faits fâcheux se produisent qui sont la conséquence forcée de notre défaut d'organisation.

Tout dernièrement j'étais chargé par le Comité consultatif d'hygiène publique de France de faire un rapport sur le mode de fabrication de la poterie d'étain. Si le public et les médecins sont divisés sur la nocuité de certaines substances dont les industriels font usage pour colorer des jouets, pour conserver des substances alimentaires, assurément il n'y a qu'une voix pour condamner l'introduction du plomb dans les vases et les ustensiles de ménage, et depuis plus d'un siècle, des arrêtés, des décrets, des ordonnances, ont été publiés en grand nombre pour fixer les titres permis d'alliage du plomb à l'étain. Mais à quoi peuvent aboutir ces prescriptions quand il n'y a pas de sanction, quand il n'y a pas une autorité autonome chargée de faire exécuter dans le pays tout entier ces ordonnances publiées d'après l'avis des conseils d'hygiène! Comment demander aux membres de ces conseils de se réunir pour travailler et étudier les questions d'hygiène, fussent-elles les plus intéressantes, quand il est avéré que leurs rapports s'entassent, improductifs et dédaignés dans les cartons des préfectures? En vérité, on ne

©BIU Santé

peut s'étonner que, sur le nombre total des conseils d'hygiène organisés sur le papier, on ait eu à constater, il y a quelques années, que trois seulement (chiffre officiel) fonctionnaient régulièrement. Je reviens à la question du plomb.

Les dernières ordonnances fixent le titre légal de l'alliage à 10 p. 100 au maximum pour tous les vases qui peuvent contenir des aliments, à 16 p. 100 pour les mesures dans lesquelles les liquides ne font que passer. Tel est le règlement, telle est la loi. Si on se présente chez un fabricant quelconque, et qu'on lui demande comment il l'observe, sans la moindre hésitation, il répond que ces ordonnances sont tombées en désuétude, le plus souvent il ne les connaît même pas, et il nous montre sa marchandise de bonne qualité (dit-il) dans laquelle l'alliage est au titre de 40 p. 100. Il se cache si peu que le titre de 40 p. 100 est gravé sur la base de l'ustensile et qu'il a reçu un nom courant accepté par tous les commerçants : l'alliage fait à ce titre s'appelle *la claire*, et certains fondeurs de Paris ou de l'étranger le vendent tout préparé aux tourneurs en étain pour fabriquer les gobelets, les brocs, les cuillers, les fourchettes, les marmites américaines, etc... Et encore, je l'ai dit plus haut, à ce titre c'est la belle marchandise, la marchandise de choix.

Si l'on examine les ustensiles fabriqués pour l'exportation en province, pour les bazars à bon marché, les titres sont bien autrement élevés et arrivent à 60 p. 100, 70 p. 100 et jusqu'à 80 p. 100. Ce sont les gobelets, les cuillers et surtout les biberons qui sont fabriqués dans ces conditions. Les biberons dits en étain, que l'on trouve encore dans certaines provinces, en Normandie et en Bretagne surtout, sont faits à 80 p. 100 de plomb et 20 p. 100 de régule. Il n'y a pas trace d'étain. Ainsi sont faits encore les irrigateurs, les injecteurs, les sifflets d'enfants, les ménages de poupées, etc...

Si surprenants que puissent paraître ces faits, qui témoignent du plus profond dédain pour la loi et pour les intérêts de la santé publique, ces faits cependant existent au grand jour, chacun peut les constater, et, en réalité, comment n'existeraient-ils pas, quand il n'y a nulle part une autorité régulière et responsable pour les punir et les prévenir?

Si de l'hygiène publique nous passons à l'observation des maladies contagieuses dont une administration régulière devrait et pourrait enrayer la marche, cette observation nous révèle des faits non moins fâcheux.

Au mois de septembre dernier, un haut fonctionnaire de l'enseignement public, M. X..., s'établissait dans une petite ville de province avec toute sa maison composée de lui, de sa femme, de quatre filles, d'une cuisinière, d'uue femme de chambre; en tout, 8 personnes. Vers les derniers jours du mois, en moins d'une semaine, ces 8 personnes tombaient malades : 5 de fièvre typhoïde avérée; 3 d'embarras gastrique fébrile, état muqueux. Ces 3 dernières, à des époques antérieures, avaient eu déjà la fièvre typhoïde; on pouvait donc les considérer comme vaccinées. Au bout de huit jours, 4 personnes sur 5 avaient succombé, et nous ne pouvons dire d'une manière certaine si la cinquième qui avait été éloignée a succombé ou si elle survit.

Quelle était la cause de cette catastrophe? Un mois auparavant, dans la maison contiguë à celle de M. X..., il y avait eu un cas de fièvre typhoïde grave. Les matières fécales avaient été jetées dans les cabinets aboutissant à une fosse vraisemblablement commune aux deux maisons. A quelques mètres des cabinets et de la fosse se trouvait le puits qui fournissait l'eau à la maison. Sur l'avis d'un médecin, averti ou non de la fièvre typhoïde voisine, M. X... et sa famille avaient bu tout l'été de l'eau de Saint-Galmier. A la fin de septembre, la provision était épuisée et l'on revint à l'eau du puits. Huit jours après, la catastrophe se produisait.

Comment se seraient passées les choses dans une circonstance semblable à Bruxelles, au Havre ou à Nancy, partout, en un mot, où un bureau d'hygiène fonctionne régulièrement? Du jour où la fièvre typhoïde se serait déclarée dans la maison voisine de M. X..., le médecin traitant l'aurait déclarée au bureau, et les habitants de cette maison, invités ou même forcés, auraient pris les précautions voulues, auraient désinfecté les matières, n'auraient pas empoisonné la fosse, et tout au moins M. X..., qui n'a rien su du danger qu'il courait, aurait pu se préserver, lui et sa famille.

Messieurs, des faits semblables sont assurément les meilleurs arguments à faire valoir en faveur de la proposition de M. Perrin.

M. Perrin : Je remercie M. Dubrisay de venir appuyer de son autorité le vœu que j'ai proposé à l'adoption de la Société. Comme je l'ai rappelé dans la communication faite par moi à la dernière séance, j'avais pensé que la Société, qui avait pris une part si importante dans les questions d'hygiène autrefois soumises à son examen par l'administration, ne pouvait se désintéresser du but qui est poursuivi à l'heure présente de tant de côtés, à savoir : la revision de notre législation sanitaire absolument insuffisante pour assurer le fonctionnement méthodique de nos différents services d'hygiène et pour combattre, par des mesures convenablement coordonnées de prophylaxie, le développement et surtout l'extension des maladies transmissibles, que les hygiénistes anglais appellent avec tant de raison les *maladies évitables*. Mais, même dans ces dernières années, si ma mémoire ne me fait pas défaut, la Société n'a-t-elle pas donné son entière adhésion à un rapport de l'un de nos collègues, M. le docteur Collineau, concernant la loi sur les aliénés du 30 juin 1838, qui, en ce moment, et à l'occasion d'un fait regrettable tout récent, préoccupe si vivement l'opinion publique; et, un peu plus tard, à un excellent rapport de M. Durand-Fardel, relatif à une circulaire de M. le préfet de la Seine, en date du 26 janvier 1882, tendant à imposer au médecin et à la sage-femme l'obligation de déclarer à l'état civil les cas d'accouchement prématuré, suivis de l'expulsion de produits embryonnaires soit au-dessus, soit au-dessous de quatre mois (1)? Tout à l'heure encore, à propos d'un travail sur la prostitution, adressé par M. le professeur Thiry (de Bruxelles), ne vient-elle pas de nommer une commission, avec M. G. de Beauvais comme rapporteur, chargée de lui présenter plus qu'un rapport ordinaire de candidature sur cette grave et importante question d'hygiène physique et sociale, la *prostitution*, dont certains esprits, plus ardents que sensés, voudraient voir, à Paris, comme à Bruxelles, la réglementation abolie? Pour tous ces motifs, j'estime que la Société de médecine de Paris ne refusera pas de s'associer, je le répète, à un vœu déjà adopté et maintes fois reproduit par les plus hautes autorités sanitaires.

M. Gillebert-Dhercourt : Le moment paraît d'autant mieux choisi pour intervenir que le ministère de l'intérieur va mettre un médecin à la tête d'une nouvelle direction, qui aura sous son autorité une foule de services publics intéressant l'hygiène, soit publique, soit privée.

M. Ladreit de La Charrière : Je voudrais que notre Société eût une autorité qui lui permît de se faire écouter. Mais, je crains bien que notre vœu ne reste un vœu platonique. Si l'on ne réunit pas dans une même main la direction de tous les services intéressant l'hygiène, tout ce que l'on fera sera inutile. Actuellement, quelques-uns de ces services dépendent du ministère de l'intérieur; mais les conseils d'hygiène, la Commission des logements insalubres, appartiennent à celui du commerce. Je crois qu'il faut adopter le vœu de M. Perrin, et créer une direction unique de la santé publique.

M. Dubrisay : Messieurs, en parlant de compétitions et de rivalités entre diverses administrations, M. Ladreit de La Charrière a véritablement touché au nœud même de la question. Il y a rivalité réelle entre les diverses administrations, ministères ou préfectures, qui ont dans leurs attributions respectives telle ou telle question d'hygiène. L'idée qu'on pourrait centraliser dans une direction unique tout ce qui touche à la santé publique, les agite et les met et mouvement, et impuissantes, chacune prise à part, à concentrer les services d'hygiène, elles ont du moins assez d'influence pour empêcher cette concentration entre les mains d'une administration rivale. Tel a été le résultat de plusieurs tentatives faites dans le cours de ces dernières années.

M. Perrin : La création d'une direction de l'Assistance et des institutions de pré-

(1) Observations sur la circulaire de M. le préfet de la Seine, en date du 26 janvier 1882, concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus, ainsi que des embryons de moins de quatre mois. (*Bulletin de la Société de médecine de Paris*, année 1882, tome XVII, p. 70.)

©BIU Santé

voyance, à laquelle serait appelé par le ministre de l'intérieur le préfet des Bouches-du-Rhône, M. Cazelles, ne me semble pas de nature à empêcher l'organisation d'une administration centrale de la santé publique, à laquelle viendrait se rattacher l'ensemble des services sanitaires proprement dits, qui, seuls, doivent faire ici l'objet de nos justes préoccupations. Quant à l'Assistance et aux institutions de prévoyance, elles n'ont avec l'hygiène publique qu'un rapport d'ordre moral ou social dans lequel l'*assainissement matériel* que, comme hygiéniste, nous visons avant tout, n'est, en réalité, qu'indirectement en jeu.

M. Christian : Je crois que nous serons unanimes à accepter la proposition de M. Perrin. Mais, le vœu formulé, à qui l'adresserons-nous?

M. Perrin : Quant à la suite à donner au vœu une fois émis par la Société, et dont se préoccupe avec juste raison notre secrétaire général, M. Christian, je pense que c'est à la Chambre des Députés qu'il convient de le faire parvenir, ou mieux, peut-être, aux honorables membres de cette Chambre, la plupart médecins, qui ont pris l'initiative de la proposition de loi que nous avons là sous les yeux, et dont la rédaction a été confiée à M. Jules Siegfried, dont la haute compétence en hygiène administrative est bien connue de chacun de nous (1). Et, à propos de ce vœu, je demande si la Société, au lieu de reproduire textuellement le vœu adopté par les Sociétés savantes qui l'ont précédée dans la voie que nous poursuivons, ne jugerait pas préférable de formuler pour son propre compte le vœu suivant, bien qu'en réalité à peu près semblable au fond :

« La Société de médecine de Paris, considérant l'insuffisance de notre législation « actuelle et le défaut de direction autonome des divers services administratifs ayant « pour objet la protection de la santé publique, renouvelle, à son tour, le vœu déjà « exprimé, à maintes reprises, par les corps savants les plus autorisés, *que les autorités « centrales aient la direction des mesures sanitaires.* »

M. Dubrisay : Messieurs, M. Perrin vient de nous faire deux propositions : la première est de renvoyer à la commission parlementaire, dont M. Siegfrid est le président, le vœu émis par la Société de médecine de Paris. Sur ce point, je suis absolument d'accord avec lui. Il me paraît que c'est à cette commission, et, à elle seule, que nous devons nous adresser.

Quant à la deuxième proposition de modifier les termes de ce vœu qui a été déjà émis par plusieurs congrès et par diverses sociétés savantes, je suis d'un avis opposé. Modifier la forme de ce vœu serait, selon moi, une faute. Toujours et partout il doit être présenté dans les mêmes termes : à cette condition, il deviendra la formule adoptée par tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène, et il aura plus de chances d'être adopté par le Parlement et les pouvoirs publics.

M. Perrin : Je n'insiste pas sur la nouvelle rédaction que j'avais cru devoir proposer, et je me rallie entièrement aux observations présentées à cet égard par M. Dubrisay.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 novembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction simple. — Des accidents pseudo-péritonitiques accompagnés d'urticaire consécutifs à la ponction. — Des*

(1) Membres de la commission parlementaire : MM. Jules Siegfried, Chamberland, Henri Liouville, Blatin, Chevandier, Waldeck-Rousseau, Duché (Loire), Clémenceau, Bernard Lavergne, Raoul Duval, Bourgeois (Vendée), Jules Ferry, Félix Faure, Javal, Le Souef, Dupuis (Aisne), Lyonnais, Mérillon, Bourneville, Treille, Gadaud, Compayré, Thomson, Michou, Aujame, Simonnet, Lechevallier, Beauquier, Viellard, Bourgeois (Jura), Viger, Ordinaire, Laroche-Joubert, Gaillard (Puy-de-Dôme), Jules Gros, Levrey, Marquiset, Laserre, Trouard-Riolle, Bovier-Lapierre, de Mahy, Thevenet, Maurice Faure, Duché (Ain), Victor Poupin, Pradon, Reybert, Magnien, Simyan, Belle.

indications à remplir dans le traitement des pyrexies. — Corps végétaux helminthiformes dans les garde-robes.

M. Millard communique la suite de l'histoire d'un malade qu'il a présenté dans la dernière séance et qui semblait avoir un kyste kydatique de la face convexe du foie. Au niveau d'un point rénitent et qui paraissait fluctuant dans un espace intercostal notablement élargi, trois ponctions aspiratrices ont été faites sans aucun résultat; le trocart, enfoncé à différentes profondeurs, est tombé chaque fois dans le parenchyme hépatique. Le malade n'a d'ailleurs aucunement souffert de ces ponctions, et M. Millard continuera à l'observer.

M. Sevestre cite plusieurs cas de kystes guéris par la ponction simple, les malades ayant été revus longtemps après n'avaient pas de récidive. Dans deux de ces cas, il y avait deux kystes qui furent ponctionnés successivement. Il a vu aussi un kyste hydatique de la rate à poches multiples; quatre ponctions donnèrent issue à quatre liquides différents d'aspect. M. Sevestre insiste sur la nécessité d'évacuer complètement chaque kyste pour éviter la chute du liquide dans le péritoine.

M. Ferrand rappelle qu'en 1874 il a communiqué à la Société l'observation d'une femme ayant une tumeur dans l'hypochondre et une autre dans la fosse iliaque; la ponction de la première avait prouvé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. Cependant, la seconde avait été ponctionnée deux fois sans résultat. L'ouverture faite par la méthode de Récamier donna issue à une pleine cuvette de poches hydatiques.

M. Gallard n'est pas surpris du mécompte qui est advenu à M. Millard. Il a, pour sa part, soigné jadis un malade qui présentait une dilatation énorme de l'hypochondre droit avec fluctuation très nette. A cette époque, effrayé des accidents péritonitiques que M. Moissenet avait eus à la suite de ponctions avec l'aspirateur Dieulafoy, il demanda à M. Richet de faire la ponction avec un gros trocart. Cependant, aucun liquide ne sortit. Le malade ayant succombé quelque temps après aux progrès de la cachexie, on trouva à l'autopsie deux kystes hydatiques du foie contenant 2 ou 3 litres chacun et séparés par un pont de tissu hépatique, dans lequel, par malheur, le trocart s'était enfoncé au lieu de pénétrer dans les poches kystiques.

Il suit également, depuis deux ans, un homme qui porte une tumeur hépatique arrondie et indolente dans laquelle on a fait sans succès dix ponctions avec l'appareil aspirateur.

M. Dieulafoy est heureux du témoignage unanime de ses collègues relativement à l'innocuité des ponctions capillaires. On a cité comme cas malheureux celui d'un malade de M. Martineau, qui mourut subitement avant même que le trocart l'eût piqué. Si on veut être dans la vérité à propos des guérisons de kystes par la ponction simple, il faut, d'une part, attendre, pour affirmer la guérison, que la récidive ne se soit pas faite six mois au moins après et peut-être davantage. Il est probable que, plus près on est du début, plus on a de chances de guérir par la simple ponction; quand les parois se sont épaissies ou vascularisées avec excès, les chances de guérison sont moindres. Avant d'affirmer la récidive d'un kyste ponctionné, il faut encore se demander si la nouvelle tumeur n'est pas une nouvelle poche. Quant à lui, il peut citer deux faits indiscutables de guérison définitive par une seule ponction, puisque les malades revus deux ans après n'avaient pas de récidive.

M. Dieulafoy aborde ensuite une question relative au pronostic de certains accidents pseudo-péritonitiques qui, précédés, accompagnés ou suivis d'urticaire, surviennent souvent après la ponction et qu'il a toujours vus se dissiper promptement. Dans un cas, il a vu, aussitôt après une ponction dans un kyste dont on avait retiré 300 grammes seulement de liquide, apparaître des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales avec irradiations dans l'épaule droite. Dix minutes après se montrait une hémi-urticaire limitée strictement à la moitié droite du corps et les accidents généraux se dissipaient peu à peu. Vingt-quatre heures plus tard, on évacua le reste du kyste (14 à 1,500 grammes) sans aucun accident.

Dans un autre cas, le soir d'une ponction dans un kyste, on trouve la malade avec

©BIU Santé

l'aspect d'une péritonite suraiguë, facies grippé, fièvre, hoquet, vomissements, douleurs abdominales, dysphagie absolue, dyspnée excessive, pouls petit et misérable; tout se dissipa quand apparut une éruption généralisée d'urticaire cutanée; la dyspnée et la dysphagie avaient sans doute été causées par l'exanthème ortié sur les muqueuses bronchique et œsophagienne.

Une autre fois, il a vu l'urticaire apparaître pendant que le liquide de la ponction s'écoulait dans l'aspirateur. Dans un cas, il a vu l'urticaire survenir après une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz. Il connaît même des cas où l'urticaire s'est montrée avant la ponction, et croit se rappeler que l'urticaire a été observée par M. Verneuil après la ponction d'un kyste de la thyroïde. On sait, en somme, très mal ce qui cause l'urticaire. Ce qui est singulier, c'est que, dans les cas où elle s'est montrée lors de la première ponction, elle ne se montre jamais à la deuxième.

M. Labbé a vu aussi un cas d'urticaire avant la ponction d'un kyste; mais la poche s'était rompue probablement dans le péritoine. Il rappelle ce qu'il a dit, dans une précédente séance, sur la fréquence de la pleurite sèche dans les kystes de la face convexe du foie. Il admet la parfaite innocuité des ponctions capillaires aspiratrices, et la possibilité de guérir certains kystes par une seule ponction; mais, après une ou deux ponctions, si le liquide se reproduit et que l'absence persistante d'albumine dans ce liquide indique que les hydatides continuent à vivre, il est d'avis de recourir aux injections modificatrices ou aux moyens chirurgicaux. A quoi serviraient de faire jusqu'à 300 ponctions, comme l'a fait M. Dieulafoy?

M. Dieulafoy répond que, dans la circonstance où il a fait ce grand nombre de ponctions, il ne gardait pas d'illusions sur la valeur thérapeutique définitive, et voulait seulement se rendre compte de la possibilité de tarir des collections séreuses par des ponctions réitérées. C'était la recherche d'une méthode sur un sujet qui s'y prêtait volontiers, et que la ponction capillaire n'incommodait pas plus qu'une injection de morphine.

Il présente un travail de M. Liebermann sur les fumeurs d'opium; l'auteur s'est assuré, par d'ingénieuses expériences sur les chiens, que la narcose causée par l'opium est due à une extrême congestion cérébrale.

— M. Robin continue l'exposé, commencé dans une précédente séance, des indications que soulève le traitement des pyrexies, indications qui diffèrent radicalement de l'opinion admise par les partisans des médicaments antithermiques. Elles se résument en ces trois données sur les troubles de la nutrition dans les fièvres : 1° rétention de produits incomplètement oxydés et peu solubles, qui par suite s'éliminent difficilement; 2° diminution des oxydations, contrairement à l'opinion qui a cours aujourd'hui parmi les médecins; 3° augmentation considérable de la destruction organique.

Pourquoi a-t-on admis jusqu'ici que l'augmentation de la température était la conséquence de l'augmentation des oxydations? On s'est basé sur la classification proposée par Lavoisier des matériaux issus de la désassimilation suivant leur degré d'oxydation, depuis les matières extractives qui représentent le degré inférieur jusqu'à l'urée qui en est le dernier terme en passant par l'acide urique, degré intermédiaire. Mais cette loi a été infirmée par Schutzenberger, qui a montré que les actes de la désassimilation comprennent deux séries. La première se compose d'actes d'hydratation et de dédoublement; la seconde comprend les métamorphoses d'oxydation qui s'accomplissent sur les produits issus de la première. Or, les actes d'hydratation et de dédoublement dégagent de la chaleur aussi bien que les oxydations, et ce sont eux qui prédominent dans les fièvres.

Pour déterminer la part qui revient aux oxydations dans l'hyperthermie, M. Robin a établi d'abord le coefficient d'oxydation à l'état normal. Il y arrive d'abord, pour les matières azotées, en dosant comparativement l'azote total de l'urine et l'azote complètement oxydé tel qu'il existe dans l'urée excrétée; pour les sels, il dose la totalité du phosphore et du soufre de l'urine, et ces mêmes corps incomplètement oxydés; pour les corps qui ne sont ni salins ni azotés, il obtient leur coefficient d'oxydation au moyen

du benzol, qui par oxydation donne du phénol : ce coefficient est représenté par la proportion entre le phénol excrété et le benzol ingéré.

Or, à l'état normal, le chiffre du coefficient d'oxydation pour l'azote étant 85 p. 100, dans la fièvre typhoïde il tombe, en moyenne, à 74 p. 100. C'est là une preuve directe de la diminution des oxydations dans cette fièvre. On en trouve, en outre, des preuves indirectes dans la constatation d'un rapport inverse entre la quantité d'urée excrétée et le degré de gravité de la fièvre. Sur 17 cas de fièvre typhoïde, dans les cas légers, le chiffre de l'urée était 25; dans les cas graves il tombait à 23; dans les cas mortels il n'était que de 10.

Le dosage des matières extractives, qui représentent le degré le moins avancé d'oxydation, dans le sang a montré en outre que, plus la fièvre est grave, plus le sang en contient. Enfin, on sait par Lichtheim que l'excrétion d'acide carbonique diminue chez les typhiques (83 au lieu de 100, qui représente le chiffre normal).

On peut s'expliquer la diminution des oxydations dans les fièvres par la surabondance du combustible que produit l'excès de la destruction organique alors que le comburant, l'oxygène, ne croît pas proportionnellement, puisque, dans la fièvre, on voit s'abaisser la capacité respiratoire et diminuer l'aptitude de l'hémoglobine à fixer de l'oxygène.

En résumé, la thérapeutique doit tendre à favoriser les oxydations, parce que les actes d'hydratation et de dédoublement, qui s'accroissent quand les oxydations diminuent, donnent naissance à des produits peu solubles, c'est-à-dire difficiles à éliminer et plus toxiques. Il résulte des recherches de M. Robin que la quinine à faibles doses (0 gr. 60) a l'avantage de diminuer la destruction organique sans ralentir les oxydations; à cette dose, elle a encore l'avantage de diminuer la déperdition du soufre; au contraire, aux doses élevées adoptées depuis quelques années par beaucoup de médecins, la quinine diminue l'absorption d'oxygène et ralentit les oxydations.

L'antipyrine et les autres antithermiques de la série aromatique ont le grand inconvénient de diminuer aussi le coefficient d'oxydation, d'augmenter la proportion d'acide urique et l'excrétion de la potasse, qui est issue de la désintégration des cellules nerveuses et des globules sanguins.

Il faut en revenir aux traditions classiques : veiller à la ventilation de la chambre du malade, le maintenir dans une température basse, diffuser de l'oxygène dans l'atmosphère ambiante (ce qui fait augmenter l'excrétion de l'urée). Il faut maintenir l'activité respiratoire en combattant les congestions pulmonaires par les ventouses; il faut surtout stimuler le système nerveux, le grand régulateur des oxydations, par les lotions et les bains froids. Ceux-ci sont utiles, non pas en soustrayant du calorique aux fébricitants, mais en augmentant chez eux l'excrétion d'urée, d'acide carbonique, en élevant le coefficient des oxydations.

Quant aux médicaments qui pourraient livrer directement de l'oxygène à l'organisme, les permanganates, iodates, chlorates, ne sont pas maniables ou ne donnent pas ce qu'on en pourrait attendre théoriquement.

Les autres moyens oxydants indirects sont l'alcool à petites doses, les boissons abondantes, qui, ainsi que M. Robin l'a montré dans de précédentes communications, élèvent le taux de la nutrition, les chlorures, sels à acides organiques et sels neutres.

— M. Laboulbène présente des débris helminthiformes trouvés dans les matières fécales d'un enfant dyspeptique; le microscope montre qu'ils sont constitués par des fibres végétales enroulées. — P. L. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Duflocq est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. Bourcy, appelé à d'autres fonctions.

— Nous apprenons avec un vif plaisir, que M. le docteur A. Dehenne, notre collaborateur, vient d'être nommé médecin oculiste expert près la Cour de Paris.

©BIU Santé

— Par décret, en date du 20 novembre 1886, M. Peter, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à la même Faculté.

— Par décrets, en date du 22 novembre 1886, M. Lescœur, professeur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de chimie minérale et toxicologie à la même Faculté.

M. Gaulard, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Grasset, professeur de thérapeutique et matière médicale, à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

M. Delage, professeur de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparées à la Faculté des sciences de Paris.

M. Charbonnel-Salle, docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon.

M. Hurion, professeur de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physique de la Faculté des sciences de Clermont.

M. Forquignon, docteur ès-sciences, chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Dijon, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

— M. le docteur Boursier est nommé chirurgien-adjoint du lycée de Bordeaux-Talence (emploi nouveau.)

— M. le docteur Monnaye est nommé médecin du lycée de Cherbourg (emploi nouveau.)

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place d'interne à l'hôpital Saint-Jean vient de se terminer par la nomination de M. Proux.

École de médecine de Clermont. — M. le professeur Leduc est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Fleury, nommé professeur honoraire.

Hôpitaux de Rouen. — M. le docteur Tinel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Pétel passe à l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Cerné est nommé chirurgien de l'Hospice-Général.

Nécrologie. — M. le docteur Adrien Routier, père de M. Arnaud Routier, chirurgien des hôpitaux de Paris, vient de terminer à Astorfft (Lot-et-Garonne) une carrière laborieusement remplie. Il avait été appelé, très jeune encore, au château de Saint-Cloud, où il fut médecin du roi Louis-Philippe et de sa famille. — Nous adressons à notre collègue et ami Routier, à l'occasion du malheur qui le frappe, l'expression de notre vive sympathie.

École de l'hôpital Saint-Louis. — On vient de créer à l'hôpital Saint-Louis, une école, un demi-pensionnat, qui reçoit une centaine d'enfants de l'un et l'autre sexe auxquels on donne l'instruction en même temps que les soins exigés par les maladies contagieuses du cuir chevelu dont ils sont atteints. Le soir, les enfants sont rendus à leur famille. Cette école, placée sous la surveillance médicale de M. Lailler, a pour but de suppléer à l'insuffisance des lits réservés au traitement des maladies du cuir chevelu chez les enfants; on ne peut qu'applaudir à cette excellente mesure. (*Gazette médicale.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

© Santé

Sommaire

I. R. Longuet : L'infection du sol et la nappe souterraine. — II. A. Dehenne : Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. — III. Bibliothèque : Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — IV. Revue des Journaux : Les inconvénients et les fâcheux effets de la teinture d'iode; leur traitement. — Un nouveau réactif du sucre dans les narines; la phénylhydrazine. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Variétés : Réponse à une question touchant les inspecteurs. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Bulletin bibliographique. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

L'infection du sol et la nappe souterraine.

Le rôle joué par le sol dans le développement et la propagation des épidémies, reconnu confusément de longue date, n'a guère été étudié et approfondi que depuis les recherches relativement récentes de Pettenkofer. L'intervention de la nappe d'eau souterraine, mise en relief pour la première fois par cet observateur, parut devoir apporter les mêmes lumières dans l'étiologie renouvelée des maladies infectieuses, que la découverte d'un nouvel élément dans les phénomènes de l'ordre physique.

Les espérances que cette théorie avait fait concevoir ne se sont pas réalisées. La nappe souterraine n'est qu'un des facteurs de la salubrité du sol, facteur souvent secondaire par rapport aux eaux météoriques dont l'action indépendante, d'un ordre beaucoup plus général, a été bien étudiée dans une série de travaux récents, que nous nous proposons aujourd'hui de présenter au lecteur (1).

I

Deux conditions primordiales règlent la rapidité de la progression de l'eau pluviale à travers les couches du sol et la puissance d'absorption de celui-ci : le volume total des vides, des *pores* de tout terrain, d'une part; leurs dimensions individuelles de l'autre. Le premier de ces facteurs varie peu, contrairement à toute attente, avec la nature minéralogique et le rang stratigraphique; on peut le considérer comme une constante à laquelle revient le tiers environ du volume total du terrain. Le deuxième est, au contraire, soumis à de grandes variations, et joue le rôle capital dans l'ordre de faits qui nous occupent. Un sol dont les pores sont très volumineux ne retient presque pas d'eau d'interposition, cela se conçoit; un sol formé d'agrégats compacts, séparés par des vides réduits au minimum est hygrométrique au plus haut degré. Des couches voisines de nature différente absorbent des quantités d'eau très différentes; la capacité d'absorption d'un sol donné ne peut se déduire que de la moyenne d'une série d'observations faites sur des échantillons pris à diverses hauteurs. A Leipzig, Hofmann constatait qu'à 3 mètres de profondeur, un terrain servant de dépôt aux décombres renfermait en moyenne jusqu'à 374 kilog. d'eau, tandis qu'un terrain vierge voisin, à 9 mètres de profondeur, en présentait 147 kilog. seulement; mais la moyenne était de 1,122 kilog. pour le premier, de 1,258 kilog. pour le second.

Il fait encore ce calcul, étant donné qu'un millimètre de pluie corres-

(1) *Lyon Médical :* Vinay, 1883, 31, 33; 1884, 36. — *Lyon Médical :* J. Tessier, 1883, 32, et 1885, 30. — *Prager Mediz. Wochenschr.* : Soyka, 1885, 11. — *Wiener Mediz. Wochenschr.* : Soyka, 1885, 31. — *Arch. für Hygiene :* Hofmann, 1885; in *Revue médicale de Louvain*, 1885, 8, 9, et *Archives médicales belges*, 1886, 9. — *Portschritte der Medicine :* Soyka, 1886; in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1886, 10.

©BIU Santé

pond à 1 kilog. d'eau par mètre carré, que si le sol venait à se dessécher complètement, il ne faudrait pas moins de 1 mètre 20 de hauteur de pluie environ pour lui restituer son degré d'humidité normale; et encore faut-il négliger les quantités perdues par écoulement ou évaporation. Or, la moyenne annuelle des pluies est, à Leipzig, de 574 centim. Il faudrait donc deux ans pour obtenir la saturation du sol dans ces conditions; mais, en réalité, comme il faut compter 50 p. 100 de pertes par écoulement et évaporation, c'est trois et quatre ans qui seraient nécessaires pour arriver à ce résultat.

Le niveau de la nappe souterraine peut donc être absolument indifférent aux plus grandes pluies; il suffit qu'il soit assez bas et séparé de la surface par des couches qui, à peu près anhydres, retiendront, sans en laisser passer une seule goutte, les eaux pluviales les plus abondantes. Il existe cependant un certain rapport entre les deux facteurs; le maximum de la quantité de pluie correspond bien, en général, au plus haut niveau de la nappe souterraine; mais le niveau le plus bas de cette nappe se montre avant le minimum des pluies.

Au point de vue de la perméabilité et de l'hygrométricité, Hofmann divise le sol en trois zones :

La zone superficielle ou d'évaporation (la couche tellurique du professeur Arnould) passe par tous les intermédiaires de la sécheresse la plus complète à la saturation absolue. C'est le réservoir où peut s'accumuler l'eau de pluie tombée pendant une année entière; c'est le réceptacle de toutes les souillures, l'asile de tous les microbes, de tous les germes, de tous les ferments déposés à la surface du sol, et qui ne pourront s'engager dans la profondeur pour gagner les couches inférieures qu'à la faveur d'un excès d'humidité. L'importance hygiénique de cette zone est donc considérable; elle a été trop négligée.

La zone intermédiaire, ou de passage, possède un degré d'humidité constant, sauf lorsqu'elle reçoit le trop plein de la zone supérieure, qui ne tarde pas, du reste, à être abandonné à la nappe souterraine. La couche intermédiaire accumule une quantité d'eau équivalente à celle de plusieurs années de pluie correspondant à sa capacité propre de saturation; elle est, en effet, protégée contre l'évaporation par la couche superposée.

Vient, enfin, une couche de quelques centimètres dans les terrains très denses, de 1 à 2 mètres dans les terrains poreux, et sur laquelle l'eau souterraine agit par capillarité; formant une nappe stable ou d'un niveau baissant graduellement quand la zone de passage ne lui cède plus d'eau, se relevant quand cette zone sursaturée laisse filtrer un excès d'eau vers la profondeur, gardant cependant une certaine indépendance vis à-vis de celle-ci, suivant les conditions géologiques locales qui en complètent plus ou moins l'alimentation.

D'une façon générale, néanmoins, l'abaissement de ce niveau indique que tout apport d'eau a cessé de la surface à la profondeur, et que, par cela même, la nappe souterraine ne reçoit plus les souillures du sol. Mais on voit, par ce qui précède, que l'infection de la nappe souterraine n'est qu'un des éléments ou aboutissants de l'infection du sol contaminé en masse de proche en proche par un mécanisme intime que nous avons à examiner.

II

Des germes, des micro-organismes, de la matière organique, des fer-

ments, sont déposés à la surface du sol; si les courants atmosphériques n'en opèrent immédiatement la dissémination, leur déplacement, leur progression vers la profondeur, ne semblent possibles que par l'eau, attendu que la pesanteur et les attractions moléculaires ne peuvent aboutir qu'à des mouvements d'une lenteur excessive. Dans un terrain poreux, la contamination du sol est précoce, rapidement envahissante, mais moins intensive, par suite de cette diffusion, que dans un terrain très dense où l'eau se mélange moins facilement aux substances solubles qui le traversent, et où les matières, pénétrant lentement couche à couche, par étapes, forment des foyers localisés de zones très contaminées, alternant avec des zones intactes.

Dans un terrain vierge, à Leipzig, en se basant sur la quantité de pluie tombée d'après la moyenne des dix dernières années, Hofmann constate que la vitesse moyenne de la pénétration quotidienne des matières déposées à la surface est de 6 millim. 2, ce qui représente une progression mensuelle de 186 millim., et annuelle, de 2 mètres 26. En réalité, la progression est encore plus lente que ne l'indiquent ces chiffres, parce que l'auteur n'a pas tenu compte de la quantité d'eau perdue par l'évaporation et l'écoulement qui ne représente pas, nous l'avons vu, moins de la moitié de la masse totale.

En revanche, les éléments figurés d'un liquide infectieux, doués d'énergie vitale et de mobilité propre, peuvent envahir le sol avec une vitesse un peu plus grande, mais qui ne dépasse pas encore une fraction de millimètre à l'heure. Seulement, ici, la lenteur de cette progression favorise, en dernière analyse, l'infection tellurique, attendu que ces délais donnent à la sporulation le temps nécessaire pour s'effectuer à la surface d'un sol dont la couche tout à fait superficielle conserve en permanence une température relativement élevée. Les expériences de Soyka montrent même que la sporulation des bactéridies se fait dans le sol beaucoup plus rapidement que dans un liquide. Prenant du sable siliceux pur dont chaque grain atteint 2 millim. de diamètre, et dont le volume des pores vides est de près des deux cinquièmes de la masse totale, il lui incorpore des quantités données de bouillon peptonisé à 1 p. 100, dans lequel ont été ensemencées en fortes proportions des bactéridies exemptes de spores.

Or, en soumettant le mélange à des températures variables et en surveillant ce qu'il advient de ses cultures, Soyka constate que, non seulement la sporulation des bactéridies a eu lieu, mais qu'elle s'est effectuée dans le sol bien plus rapidement que dans un liquide. Dans l'une des expériences, le sol artificiel contenait des spores libres au bout de quatre jours, alors que le bouillon liquide n'en avait pas encore après six jours. Dans un autre cas, le sol renfermait déjà des spores dix heures après le début de l'expérience, quand les premières apparaissaient dans le bouillon après quarante-huit heures seulement. Les conditions les plus favorables à la sporulation se rencontrent quand le liquide ajouté occupe le quart environ du volume des spores libres; si l'eau est en excès sur cette proportion, les spores peuvent se développer plus rapidement, mais en moins grande abondance. Les mêmes résultats s'obtiennent avec le *bacillus subtilis*. Assez singuliers au premier abord, ils s'expliquent, après quelque examen, par ce fait que le liquide incorporé au sol, divisé à l'infini dans les espaces capillaires de la roche, offre une surface plus étendue et un accès plus facile à l'oxygène, aliment des aérobies; en outre, la circulation du liquide est

©BIU Santé

réduite au minimum par suite des attractions capillaires qui le maintiennent en couche mince au contact des éléments de la roche; mais il en résulte un certain degré d'immobilité de la masse fluide au sein de laquelle pullulent les bactéridies, ce qui ne tarde pas à appauvrir le milieu de culture où, par suite d'une loi biologique, apparaissent d'autant plus vite les spores.

Une humidité excessive, diluant les matières infectieuses comme dans un bouillon de culture insuffisant ou épuisé, peut être aussi fatale au sort des colonies microbiques que le dessèchement absolu du sol.

(*A suivre.*)

R. LONGUET.

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés,

Par le docteur A. DEHENNE.

Au point de vue du traitement, on peut reconnaître deux formes bien distinctes de l'ophthalmie des nouveau-nés :

L'*ophthalmie catarrhale simple* et l'*ophthalmie purulente vraie*. *Cliniquement*, le *gonflement œdémateux*, voire *phlegmoneux* des paupières, permet de les distinguer. L'examen microscopique du pus ne me paraît pas suffisant. Le caractère clinique tiré du gonflement des paupières est plus simple, et en même temps plus sûr, pour le praticien qui ne s'occupe pas spécialement des maladies des yeux.

L'*ophthalmie catarrhale simple* guérit souvent seule. Les nourrices la soignent avec leur lait, malgré lequel elle guérit. Ne sachant pas la distinguer de l'*ophthalmie purulente vraie*, elles emploient le même procédé pour cette deuxième, d'où *nécrose rapide* des cornées et perte absolue des deux yeux.

Pour l'*ophthalmie catarrhale simple*, j'opère de la façon suivante :

1° Cautérisations tous les deux jours de la face interne des paupières avec la solution de nitrate d'argent au 1/100e neutralisée immédiatement après avec l'eau salée. *Le nitrate d'argent ne doit jamais être instillé*, mais toujours employé en *badigeonnages* par le médecin lui-même;

2° Instillations journalières (5 à 6 gouttes) d'un collyre à l'atropine au 1/400e (0,05 sulfate neutre d'atropine; 30 grammes eau distillée);

3° Lotions d'eau de camomille chaudes;

4° Evacuation du pus à l'aide d'une petite seringue chargée d'une solution boriquée au 1/30e. Ces lavages des culs-de-sac conjonctivaux peuvent être pratiqués toutes les trois heures environ.

En sept ou huit jours, l'enfant est complètement guéri.

Quant à l'*ophthalmie purulente vraie*, son traitement est beaucoup plus complexe, et demande une surveillance de tous les instants, *jour et nuit*.

1° Application constante et permanente sur les paupières de *glace pilée* entre deux linges, ou dans des petits sacs de caoutchouc. *Sous aucun prétexte*, on ne cessera l'emploi de la glace avant la disparition de tout gonflement des paupières. Le salut des yeux est à ce prix;

2° *Deux fois par jour*, *badigeonnages* de la face interne des paupières avec la solution de nitrate d'argent au 1/40e. Les *instillations* de la solution argentique sont absolument *proscrites*. La neutralisation avec l'eau salée devra être faite très soigneusement.

Quand la tuméfaction palpébrale a diminué, et que la sécrétion purulente est moins abondante, on peut se contenter d'un seul badigeonnage par vingt-quatre heures. Il ne faut, du reste, pas abuser des cautérisations, et les cesser en temps utile.

Je *proscris* absolument le crayon de nitrate d'argent, même mitigé, qui amène des eschares, ou tout au moins une *conjonctivite pseudo-membraneuse*, à laquelle quelques auteurs donnent le nom d'*ophthalmie croupale*, et qui n'est due qu'à l'abus des cautérisations.

3° *Instillations* à l'aide d'un compte-gouttes, quatre fois par jour, du collyre suivant :

© BIU Santé

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée	30 grammes.

Le sulfate neutre d'ésérine tarit la sécrétion purulente et empêche l'infiltration de la cornée.

Lorsque la perforation de la cornée s'est produite avant que l'on n'ait été appelé auprès du malade, l'ésérine empêche le travail de nécrose de continuer sa marche envahissante, et s'oppose à la formation d'ectasies cornéennes; ce qui permet de pratiquer plus tard avec succès une pupille artificielle.

Ce médicament doit être préparé avec le plus grand soin. *Très souvent*, il est impur, et, dans ce cas, il ne donne pas les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

4° Toutes les heures, écarter les paupières, et laver à grande eau à l'aide d'une petite seringue chargée d'une solution d'acide borique au 1/20e.

5° L'œil ayant été bien nettoyé, introduire entre les paupières, à l'aide d'un petit pinceau, gros comme un grain de blé, de la pommade suivante :

Sublimé	0 gr. 015 milligr.
Vaseline pure.....	30 grammes.

En résumé, glace en permanence, badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au 1/40e; une ou deux fois par jour, instillations d'un collyre au sulfate neutre d'ésérine, lavages répétés avec la solution boriquée au 1/20e, pommade au sublimé au 1/3000e environ.

Il ne faut jamais pratiquer d'instillations de collyres métalliques.

J'ai cru bon de publier ce traitement de l'ophthalmie purulente, car, trop souvent encore, on nous amène dans nos cliniques des enfants irrémédiablement aveugles, dont les yeux auraient été sauvés par un traitement rationnel. Ce traitement est en tous points applicable à l'ophthalmie purulente des adultes. Les doses peuvent être augmentées suivant les cas. On y joindra l'application de sangsues à la tempe.

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. Tome quarantième et dernier. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Voilà un véritable événement médical : le Dictionnaire créé et dirigé par notre éminent confrère, M. le professeur Jaccoud, est terminé. On sait que les éditeurs du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, sans renoncer pour leur publication au caractère de haute science, avaient eu l'idée — qu'ils ont largement réalisée — de se renfermer dans le cercle nettement tracé des sciences qui éclairent *directement* la pratique active de l'art de guérir; de là, le nom de leur Dictionnaire.

S'inspirant de cette idée, le savant directeur de la publication a donné une place importante à l'ANATOMIE DESCRIPTIVE et à la PHYSIOLOGIE NORMALE, qui sont la base fondamentale de toute médecine. Puis, entrant magistralement sur le terrain spécial de l'art de guérir, en d'autres termes, de la *médecine proprement dite*, il a ouvert la voie, avec tous les développements de leurs applications, à la PATHOLOGIE INTERNE et à la PATHOLOGIE EXTERNE, en leur associant tous les enseignements qui concourent à mettre en lumière la nature des maladies et des lésions, qui en éclairent le diagnostic, qui en facilitent la guérison : l'ANATOMIE GÉNÉRALE, l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, la PATHOLOGIE GÉNÉRALE, la CLINIQUE, la SÉMIOLOGIE, la THÉRAPEUTIQUE, la MATIÈRE MÉDICALE, comprenant les EAUX MINÉRALES, la PHYSIQUE et la CHIMIE MÉDICALES, dites *sciences accessoires*, mais guides si précieux dans les études de physiologie, de diagnostic et de traitement, la MÉDECINE OPÉRATOIRE. Une place non moins importante a été accordée à des branches qui intéressent le plus grand nombre des praticiens : l'OBSTÉTRIQUE, l'ALIÉNATION MENTALE, la MÉDECINE LÉGALE, la TOXICOLOGIE, l'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE.

Les citations qui précèdent donnent — seulement dans ses principales lignes — le

©BIU Santé

fond de l'œuvre ; mais elles sont de nature à faire apprécier jusqu'à quel point l'idée première a été comprise.

En réalité, le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* est un beau et complet monument, un foyer d'instruction abondant, mais spécialement et savamment limité, placé sous la main du médecin d'action, qui peut y puiser toutes les fois qu'il a besoin d'un aide, d'un guide, d'un souvenir, et qui y trouve ses recherches toutes faites, toutes rapprochées et discutées.

Le mérite et la valeur d'une pareille publication sont évidemment liés au mérite et à la valeur de l'intelligence qui la dirige. Le nom de M. Jaccoud est une garantie absolue. A la lecture des articles, on voit qu'il avait bien choisi ses collaborateurs, qui, praticiens eux-mêmes, avaient caractère pour parler à des praticiens. Je ne les nommerai pas tous ; ce serait trop long. Mais je ne puis résister au plaisir de citer quelques noms qui sont bien de nature à inspirer toute confiance... Denucé (de Bordeaux), Dieulafoy, Fournier, Gallard, Gosselin, Hallopeau, Heurteaux (de Nantes), Jaccoud, Panas, Rochard, Siredey, Tarnier, etc., etc.

Le quarantième et dernier volume renferme un article intéressant, maladies zymotiques, avec une étude sur la question des *microbes*, par M. Schmitt ; et un *supplément*, où nous remarquons un article très développé de M. Brouardel sur le secret médical, que les médecins exposés aux dangers de la pratique de l'art de guérir ne peuvent se dispenser de lire plus d'une fois. Ce volume se termine d'ailleurs par un travail éminemment utile, dû à M. le docteur Decaye ; c'est la *table analytique des matières contenues dans les quarante volumes du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, qui a pour but de « faciliter les recherches et de permettre de reconstituer l'ensemble des questions que les nécessités de l'ordre alphabétique avaient amené à répartir entre plusieurs articles dans divers volumes du *Dictionnaire*. »

Ce *Dictionnaire*, c'est toute la vie militante du médecin, non pas résumée, mais rassemblée, et présentée dans une étendue assez grande pour être un guide complet, mais pas assez vaste pour ne pouvoir se prêter à une vue d'ensemble. — Dr G. Richelot père.

REVUE DES JOURNAUX

Les inconvénients et les fâcheux effets de la teinture d'iode ; leur traitement, par Carles. — On sait qu'une dose trop massive de teinture d'iode en application sur la peau produit des irritations locales fort pénibles et une coloration persistante. L'emploi des alcalins, ammoniaque en dilution, cristaux de soude, etc., peut les faire disparaître. Les sulfites et les hyposulfites ont les mêmes effets. M. Carles recommande le sulfure de sodium ou sulfhydrate de soude, sel qui sert de base aux bains de barèges inodores.

La solution aqueuse dosée au dixième ou au centième, selon les nécessités, et appliquée avec des compresses ou le pinceau, fait disparaître rapidement les taches et l'action irritante de l'iode. (*Journ. de pharm. et de chimie*, 1er octobre 1886, p. 315.)

C. L. D.

Un nouveau réactif du sucre dans les urines ; la phénylhydrazine, par Jaksch. — Cette substance donne un précipité jaune en cristaux de phénylglycazone dans les solutions sucrées et dans l'urine des diabétiques.

La sensibilité serait supérieure à celle de la solution de cuivre et aux autres réactifs classiques. Dans l'examen des urines albumineuses, il faut séparer d'abord l'albumine avant d'employer la phénylhydrazine, à moins que la quantité d'albumine ne soit peu abondante. Elle permet encore de déceler la présence du sucre dans le sang et la sérosité de l'ascite, quand ces humeurs ont été préalablement privées d'albumine. (*Journ. of Chemical Soc.*), 1886, p. 743.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 novembre. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Prunier, Beaurcgard et Petit pour la section de pharmacie;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Joseph Roussel (de Genève), dont le dépôt est accepté;

3° Une lettre de M. Daremberg accompagnant l'envoi d'une photographie représentant une difformité congénitale de la main gauche chez une fille de 14 ans.

— M. Gautier présente, de la part de M. J. Cros-Mayrevieille, administrateur des hospices de Narbonne, un volume ayant pour titre : *Traité de l'administration hospitalière.*

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le professeur de Brun (de la Faculté de médecine de Beyrouth), une *Leçon d'ouverture du cours de pathologie médicale;* — 2° de la part de M. de Nadaillac, une brochure intitulée : *Mémoire sur les trépanations historiques.*

M. Panas présente, de la part de MM. de Saint-Germain et Valude, un ouvrage intitulé : *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants*, avec une préface de M. le professeur Panas.

M. Lancereaux présente, de la part de M. le docteur Charles Lavieille, deux brochures : 1° *Du traitement du rhumatisme noueux par les boues et les eaux de Dax;* 2° *Exposé de l'hydrologie et de la climatologie de Dax.*

M. Maurice Perrin présente : 1° de la part de M. le docteur Chavasse, médecin-major de 2e classe, un volume intitulé : *Nouveaux éléments de petite chirurgie, pansements, bandages et appareils*; — 2° deux brochures : 1° *Luxations métatarsiennes;* 2° *Étude sur les contusions et ruptures de l'intestin sans lésion apparente des parois abdominales.*

M. Polaillon dépose sur le bureau un nouveau volume des *Bulletins et Mémoires* de la Société de médecine de Paris.

M. Yungfleisch offre en hommage, au nom de M. Berthelot et au sien, un exemplaire de la troisième édition de leur *Traité élémentaire de chimie organique* en deux volumes.

M. Léon Labbé présente à l'Académie de médecine, au nom du docteur Salet (de Saint-Germain-en-Laye), un appareil destiné à remplacer la compresse, alors que, dans l'amputation des membres, on en arrive à scier les os.

Cet instrument est composé de deux plaques mobiles l'une sur l'autre, en acier flexible; ces plaques portent des échancrures calculées de telle manière que tout os peut être saisi et maintenu entre les vides que forment ces échancrures. A l'aide de cet instrument, les chairs sont relevées, l'os est immobilisé au moment de la section. Il n'y a donc plus à craindre ni le décollement du périoste, ni le mâchonnement des chairs, en même temps que la section plus nette des os est faite au plus près.

M. Labbé présente, en outre, une *Note sur le tatouage coloré de la cornée*, par le docteur Louis Vacher (d'Orléans).

Jusqu'à ce jour, on ne s'est servi pour pratiquer le tatouage de la cornée que de poussière de charbon ou d'encre de Chine, ce qui ne permettait de tatouer utilement que les leucomes centraux, surtout sur les yeux de nuance claire. Je suis arrivé à pratiquer le tatouage coloré rendant invisible n'importe quel leucome central ou périphérique. Les couleurs que j'emploie sont inaltérables, chimiquement pures et réduites en poudre très fine. Voici les principales : blanc, carbonate de chaux lavé; bleu, bleu de Prusse; rouge, carmin; jaune, ocre lavé; noir, encre de Chine déjà connue, etc. Quelques gouttes d'eau distillée servent à préparer une pâte molle, qu'on étend sur le leu-

©BIU Santé

come et l'opération se pratique avec un faisceau d'aiguilles dont on varie le nombre suivant qu'on veut agir plus ou moins profondément dans le tissu cornéen.

Il faut agir prudemment, éprouver la tolérance de l'œil, ne faire qu'une séance par semaine et surtout ne pas entreprendre cette délicate opération sans s'assurer qu'il n'y a ni leucome adhérent ni tendance glaucomateuse.

Grâce à mon procédé, on peut maintenant remédier à des difformités choquantes, et faire disparaître las taches cornéennes, quelles que soient leur grandeur et leur situation.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage ou alcoolisation des vins.

M. Jules Rochard, rapporteur, donne lecture des conclusions nouvelles et définitives de la commission.

« L'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, déclare :

« 1° Le vinage ou alcoolisation des vins à l'aide d'olcool pur et ne dépassant pas 2 degrés, peut être toléré; mais en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit.

« 2° Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et surtout par la qualité des alcools qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet de pratiquer le mouillage, qui est à la fois une fraude et une falsification.

3° Les alcools dits supérieurs augmentent considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs.

4° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des débits de boissons, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

Les conclusions de la commission sont successivement adoptées après une discussion assez confuse, à laquelle ont pris part MM. Riche, Gautier, Le Fort, Vallin, Gallard, Blot, Besnier, Brouardel, Béclard, Vidal, Larrey, M. le président Trélat et M. le rapporteur.

— M. Henri Roger donne lecture du rapport sur le concours du prix de l'hygiène de l'enfance.

— M. de Villiers lit un rapport sur une série de travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ces rapports.

VARIÉTÉS

RÉPONSE A UNE QUESTION TOUCHANT LES INSPECTEURS.

Un de mes amis, membre du Comité consultatif d'hygiène publique près le ministère du commerce et, de plus, fonctionnaire du gouvernement, me fait l'honneur de m'adresser cette question : « Si l'on supprime les inspecteurs des eaux minérales, à qui m'adresserai-je lorsque j'aurai besoin d'un renseignement? »

Entendons-nous. D'abord, il faut admettre que l'honorable fonctionnaire auquel je réponds n'aura besoin de renseignements que pendant les trois mois, environ, que dure la saison. Passé ce temps, les inspecteurs ne sont plus à leurs postes et il est assez difficile de les saisir ailleurs. Où sont-ils? Eux seuls le pourraient dire, et cela ne regarde personne.

Donc, pour huit ou neuf mois de l'année, l'objection ne vaut rien.

De quels renseignements veut parler mon ami? S'agit-il de l'état des sources? Ce n'est pas à l'inspecteur qu'il doit s'adresser, mais bien à l'ingénieur des mines, en vertu de l'art. 13 du décret du 28 janvier 1860. Cet article est ainsi conçu : « Lorsque les besoins

© Santé

du service l'exigent, l'administration fait visiter par les ingénieurs des mines les établissements thermaux de leur circonscription. »

S'agit-il de l'état des constructions? Il pourrait, en raison de la largeur du texte précédent, s'adresser encore à l'ingénieur des mines. Mais l'architecte de la station, et celui du département, se feront un plaisir de lui transmettre tous les renseignements désirables.

Est-ce sur certaines contraventions ou infractions aux règlements sur les eaux minérales que doit porter la demande de renseignements faite par le fonctionnaire? C'est encore à l'ingénieur des mines qu'il devra s'adresser (art. 14 du décret cité).

Il en sera de même s'il désire savoir dans quel état sont les appareils balnéaires et l'outillage de l'établissement. C'est toujours à l'ingénieur des mines et, dans quelques cas, à l'architecte que devront être posées ses questions.

Que s'il veut être renseigné exactement sur le nombre des malades qui ont fréquenté les thermes pendant la saison, et sur le nombre des opérations balnéaires qui ont été inscrites pendant le même temps, je ne lui conseille pas de le demander à l'inspecteur. Celui-ci ne sait, à cet égard, que ce qu'a bien voulu lui dire le propriétaire ou le fermier de la source. Le fonctionnaire s'exposerait à de singuliers mécomptes, qui prendrait au sérieux les chiffres de pure fantaisie qu'on se ferait un jeu de lui soumettre. On cite, sous ce rapport, des réponses d'une extravagance voulue. Les propriétaires de sources, pas plus que les chefs de maisons de commerce, ne supportent patiemment qu'on « fourre le nez » dans leurs livres. Les seuls établissements régis par l'Etat transmettaient à l'Administration supérieure des totaux sincères. Mais il n'en existe plus qu'un et, pour celui-là, il n'est pas nécessaire de s'adresser à l'inspecteur. Le directeur de l'établissement et, à son défaut, l'agent comptable, fourniront plus vite les renseignements désirés.

En dehors de ce qui concerne les eaux, les bâtiments dans lesquels on en fait usage, la manière dont elles sont administrées, la façon dont le service est organisé, le nombre des malades qui les fréquentent, je ne vois pas trop, je l'avoue, quels renseignements (d'ordre technique ou administratif, bien entendu) mon fonctionnaire peut demander. Je viens de montrer que tous lui seront fournis par d'autres plus compétents et plus autorisés que l'inspecteur.

Pardon! j'oubliais les renseignements dont il est possible que l'Administration supérieure ait besoin pour l'amélioration ou l'agrandissement de l'établissement thermal. Dans cette hypothèse, il convient d'établir une distinction :

1° Ou les améliorations ont été proposées par l'inspecteur lui-même. C'est le cas le plus rare. Tout inspecteur avisé sait que son premier devoir est de ne pas « ennuyer » le ministre qui l'a nommé. Du moment qu'il est en place, il doit trouver que tout est pour le mieux. Mais, enfin, si la chose se produit, par exception, les renseignements fournis sur une amélioration par celui précisément qui l'a proposée, seront bien dépourvus de critique, et si l'Administration s'en tient là, elle ne sera que très imparfaitement renseignée; — 2° ou les améliorations ont été proposées par d'autres que l'inspecteur, et alors l'avis de celui-ci leur sera contraire. Cela, je pense, n'a pas besoin de démonstration. Les faits de ce genre abondent, et si l'on insistait, j'en pourrais citer par douzaines. Que mon honorable ami veuille bien se rappeler l'histoire de certaine annexe qui a été, pour l'architecte, pour l'ingénieur, pour le préfet et pour le ministre, l'occasion de tant de difficultés. Il sera bien convaincu que ce n'est jamais à l'inspecteur qu'il faut s'adresser quand on veut avoir des renseignements justes sur une chose qui ne vient pas de l'initiative dudit inspecteur.

La conclusion de ce qui précède, c'est que, dans les cas ordinaires, il est inutile de s'adresser aux inspecteurs pour obtenir des renseignements, et que, dans les cas importants, cela peut être dangereux. — M. L.

©BIU Santé

FORMULAIRE

EAU SULFO-CARBONÉE. — Dujardin-Beaumetz.

Sulfure de carbone pur.....	25 grammes.
Essence de menthe.....	50 gouttes.
Eau.....	500 grammes.

On introduit le tout dans un vase de 700 centimètres cubes, on agite et on laisse déposer. — On doit avoir soin de renouveler l'eau, au fur et à mesure qu'on en puise dans la bouteille. — L'eau sulfo-carbonée s'administre à la dose de 4 à 10 cuillerées à bouche par jour; chaque cuillerée se prend dans un demi-verre de lait ou d'eau rougie. — On la prescrit dans la fièvre typhoïde, pour combattre la septicémie intestinale; dans la dilatation de l'estomac compliquée de diarrhée, pour arrêter les fermentations putrides du tube digestif, et enfin dans les diarrhées infectieuses. — N. G.

COURRIER

ASSAINISSEMENT DES LOCALITÉS INONDÉES. — Une circulaire ministérielle, en date du 17 novembre, recommande aax préfets une série de mesures approuvées par le comité consultatif d'hygiène sur le rapport de M. Proust, pour l'assainissement des localités inondées.

1° Il faut, pour obtenir le dessèchement du sol, favoriser le prompt écoulement des eaux par les moyens indiqués ci-dessous (5°, 6°, 7°).

2° Les habitants ne doivent pas rentrer dans les maisons qui ont été inondées avant qu'elles aient été assainies.

3° Les habitations seront d'abord nettoyées et débarrassées de toutes les immondices que l'eau aurait déposées.

4° L'aération et la ventilation sont les meilleurs agents d'assainissement des habitations. Un grand feu sera allumé et entretenu dans le foyer, toutes les issues de l'habitation restant ouvertes.

5° Pour faciliter l'égouttement, on établira autour des maisons, dont l'intérieur est en contre-bas du sol, une rigole de 30 à 50 centimètres de profondeur. Ces parties en contre-bas et les caves dans lesquelles l'eau aura été mêlée à des matières organiques, seront arrosées par un liquide désinfectant (sulfate de cuivre 5 p. 100)

6° Les parois des murs endommagés et où seront accumulés les dépôts vaseux, seront grattées à vif. Les lits et paillasses seront renouvelés autant que possible; on ne doit, en tous cas, les utiliser qu'après les avoir séchés soigneusement.

7° L'eau des puits et des sources devra être considérée comme nuisible chaque fois que dans le voisinage de ces puits ou de ces sources se trouveraient accumulés soit des dépôts de matière en décomposition, soit des amas de vase, soit des débris organiques, soit des matières prevenant de fosses d'aisances défoncées. S'il y a le moindre doute sur l'infection de l'eau, elle doit être bouillie avant de servir aux usages alimentaires.

8° Lorsque la maison inondée aura plusieurs étages, on devra attendre pour habiter les étages inférieurs et le rez-de-chaussée, qu'ils soient absolument assainis, conformément aux prescriptions ci-dessus. Dans le cas où on serait obligé de dresser temporairement des tentes, on choisira, à l'abri des miasmes et de l'humidité, l'emplacement le plus élevé.

9° Les cadavres d'animaux rejetés sur les rivages des rivières qui rentrent dans leur lit, devront être immédiatement enfouis et recouverts d'une couche de chaux.

10° Pour éviter tout accident sur le bétail, les fourrages submergés devront être traités différemment, suivant leur degré de détérioration et divisés à cet effet en trois catégories. Ceux qui sont très altérés, imprégnés de vase, décomposés ou en voie de décom-

© Santé

position, seront immédiatement enfouis. Ceux dont l'altération est moins avancée, devront être employés seulement à faire des fumiers. Les fourrages qui auront été seulement mouillés, et qui ne donneraient lieu à aucune émanation nuisible, pourront, après avoir été parfaitement séchés, être utilisés en litière. Dans aucun cas, les fourrages qui auront subi quelque altération ne devront servir à l'alimentation du bétail.

11° Pour éviter les épidémies charbonneuses qui peuvent succéder aux inondations des rivières et des étangs, il est important de ne pas faire paître les troupeaux dans des endroits récemment inondés, ni de les nourrir avec des fourrages récoltés sur ces terrains.

12° Les travaux de tout genre entrepris pour l'assainissement des localités inondées ne devront commencer qu'à l'heure où la brume du matin sera entièrement dissipée, et ne se prolongeront pas au delà du coucher du soleil. Les miasmes paludéens, cause des fièvres intermittentes, sont en effet plus à redouter au commencement et à la fin de la journée.

13° Les ouvriers seront autant que possible munis de vêtements de laine, et de chaussures les préservant du froid et de l'humidité.

14° Ils ne doivent pas se mettre au travail à jeun, le café noir devra, autant que faire se pourra, entrer dans leur alimentation. Le travail sera interrompu a intervalles réguliers et, s'il est possible, réparti alternativement entre plusieurs brigades d'ouvriers. Le temps du repos sera passé à une certaine distance des lieux submergés, hors de la direction ou de la portée des vents qui les traversent.

— Les jurys suivants ont été constitués pour les divers prix donnés chaque année par la Faculté de médecine de Paris :

1° Prix Barbier. — MM. Béclard, Duplay, Guyon, Le Fort et Regnauld.

2° Prix Montyon. — MM. Brouardel, Fournier, Grancher, Peter et Proust.

3° Prix Chateauvillard. — MM. Brouardel, Charcot, Damaschino, Lannelongue, et Trélat.

4° Prix Jenner. — MM. Brouardel, Gautier, Hayem, Laboulbène et Proust.

5° Prix Lacaze. — MM. Cornil, Jaccoud, Potain, Germain Sée et Vulpian.

6° Prix des thèses. — MM. Ball, Cornil, Guyon, Hayem, Mathias-Duval, Panas, Peter, Potain et Tarnier.

Les questions données aux candidats de la deuxième division du concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris (internes de première et de deuxième années), ont été pour les deux épreuves orales :

1° Mal de Pott sous-occipital; — 2° causes, signes et marche de la paralysie faciale.

Les lauréats sont : M. Sébileau, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Louis, qui a obtenu le prix (médaille d'argent); — M. Plicque, interne de deuxième année à l'hôpital des Enfants-Malades (accessit); — M. Klippel, interne de deuxième année à l'hospice de la Salpêtrière (1re mention); — M. Laffitte, interne de deuxième année à l'hôpital Tenon (2e mention).

École de médecine de Reims — Ont été proclamés lauréats : *Élèves en médecine.* — Première année : Médaille de bronze, M. Mouflier. — Deuxième année : médaille d'argent, Philippoteau. — Troisième année : médaille d'argent, M. Robin.

Elèves en pharmacie. — Première année : médaille de bronze, M. Collet; mention honorable, *ex æquo*, MM. Lelarge et Ponsier. — Deuxième année : médailles d'argent, M. Génot et Martin; mention honorable, M. Raquin. — Troisième année : médaille d'argent, M. Karger.

Travaux pratiques : médaille d'argent, M. Génot; médaille de bronze, *ex æquo*, MM. Solus et Martin, mention honorable, *ex æquo*, MM. Raquin et Malmy.

Prix Duquenelle : M. Karger. — Prix Simon Tarbé : MM. Vassal et Robin; Prix du cours de sages-femmes : médaille de bronze, Mlle Ouriet; mention honorable, *ex æquo*, Mlles Cornuel et Namur.

Hôpitaux de Bordeaux. — L'ouverture du nouvel hôpital des Enfants donne lieu aux mutations suivantes :

M. R. Saint-Philippe est nommé médecin-chef de service audit hôpital; — M. Verdalle

©BIU Santé

est nommé chef de service à l'hospice des incurables et à l'hôpital de la Contagion; — M. Arnozan est nommé médecin-chef de service à l'hospice des vieillards.

Hôpitaux de Lyon. — M. Fochier prend le service de la clinique obstétricale et conserve le service de gynécologie, à titre provisoire; — M. Levrat, major désigné de l'hospice de la Charité, prend le service des salles de chirurgie.

Nécrologie. — Le doyen des médecins de France, M. Cuvelier, vient de mourir à Saint-Omer, à l'âge de quatre-vingt-dix-sept-ans.

En 1807, M. Cuvelier entrait dans l'armée en qualité d'aide-major, et sa carrière est remplie d'actes de dévouement; à Lutzen, il sauva des blessés d'une grange en feu; au passage du pont de Leipsig, il sauva un officier blessé et lui donna son cheval; plus tard, à Saint-Omer, où il fut médecin gratuit des pauvres, il se cassa la jambe en sauvant un enfant qui allait se noyer; pendant le choléra de 1832, lui seul se dévoua pour soigner les cholériqnes; M. Cuvelier était décoré de la Légion d'honneur, de la médaille de Sainte-Hélène et de la médaille de sauvetage. (*Bull. du service de santé militaire.*)

Cours pratique d'accouchements. — Le docteur Loviot, chef de clinique, fait à la clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas, un cours pratique en 40 leçons. — S'adresser à la Clinique.

— Le mardi 28 décembre 1886, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris, savoir :

1° *Bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, à livrer au Bureau central d'admission et aux divers hôpitaux et hospices pendant l'année 1887 (en deux lots). Evaluation : 30,000 francs.

2° *Instruments de chirurgie en gomme élastique* nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant trois années à partir du 1er janvier 1887 (en deux lots). Evaluation par année : 8,000 francs.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de l'Administration, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures.

La commune de Rosnay-l'Hôpital (Aube) demande un **MÉDECIN** pour remplacer celui qui vient de mourir. — S'adresser au bureau du Journal.

MAISON DE SANTÉ D'AUTEUIL, *20, rue d'Erlanger, Paris.* — Opérations chirurgicales. — Convalescence. — Installation moderne, parc, jardin d'hiver. (Gare d'Auteuil; bateaux; omnibus-Madeleine; tramway-Louvre.)

Bulletin bibliographique.

Traité des kystes congénitaux, par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et Ch. Achard, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 500 pages, avec 54 figures dans le texte et 12 planches en chromolithographie. — Prix : 18 francs.

Étude sur les aliénés persécuteurs, par le docteur P. Pottier, ancien interne des asiles de la Seine, médecin de la Maison de santé de Vanves. Grand in-8° de 110 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. R. Longuet : L'infection du sol et la nappe souterraine. — II. Thèses d'agrégation en chirurgie : Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. — De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. — III. Bibliothèque : Manuel d'hydrothérapie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Courrier.

L'infection du sol et la nappe souterraine (1).

III

La première partie du problème est résolue : nous connaissons le mécanisme intime de l'infection du sous-sol par les agents pathogènes importés de la surface. Sans doute, bien des germes infectieux, ainsi développés dans les profondeurs du sol, s'épuisent et se détruisent sur place par suite du défaut d'aliments ou de l'achèvement de leur cycle biologique; mais d'autres restent vivaces, attendant, du concours des circonstances favorables, l'occasion de remonter à la surface pour rentrer en scène. C'est tout à fait exceptionnellement que le relèvement de la nappe souterraine suffit seul à remplir cet office élémentaire; dans l'immense majorité des cas, son intervention est médiate et détournée.

On a d'abord supposé que le dessèchement du sous-sol avait pour résultat de donner accès à l'air atmosphérique qui déterminait l'appel des microorganismes par suite de leur affinité pour l'oxygène, ou simplement de leur légèreté spécifique; on sait cependant que de très forts courants gazeux passant à travers le sol ne lui enlèvent pas le moindre germe. Les expériences de Nœgeli et Buchner n'ont pas confirmé cette vue. Ces auteurs, ayant remarqué qu'il se produisait pendant l'abaissement de la nappe souterraine une sorte de sifflement dû probablement à la rupture des enveloppes des conduits capillaires du sol, n'hésitent pas à admettre que les

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

FEUILLETON

CAUSERIE

Encore un appel à la charité. — Comment on doit prendre la température. — De l'infidélité des comptes rendus, leurs mauvais effets sur le public.

Je commence par remercier ceux de nos charitables lecteurs qui ont bien voulu répondre à l'appel que je leur ai adressé en faveur de la malheureuse veuve d'un de nos anciens confrères; puis je continue en priant les autres de ne pas l'oublier, de penser que l'hiver commence et sera long, et qu'il est dur, pour une octogénaire qui a appartenu à notre monde, de tendre la main. Je la tends pour elle et je fais encore une fois appel à votre charité, chers lecteurs : Donnez !

Je dois dire cependant que Mme X... serait très heureuse de gagner ce qu'on voudra bien lui donner, et faire des copies, ce qu'elle a déjà fait pour plusieurs de nos confrères, qui, hélas! n'écrivent plus parce qu'ils sont trop âgés, ou qu'ils sont morts. Que ceux qui écrivent encore pensent à elle !

Une note du *British medical Journal* me fait songer à un de ces confrères âgés qui n'écrivent plus, mais qui ont bien rempli leur carrière et qui l'ont bien conduite jusqu'à un âge avancé.

©BIU Santé

micro-organismes sont lancés à la surface comme ils le seraient par l'éclatement de l'enveloppe d'une graine.

Soyka fait bon marché de cette singulière théorie et fait appel à l'expérimentation. Il se sert d'une sorte de carafe à la partie inférieure de laquelle s'abouche un tube de verre rempli de terre. Le flacon, rempli de gélatine nutritive, est hermétiquement fermé, et le tube de verre est plongé dans un liquide virulent à éléments figurés. Ce liquide monte d'abord assez vite, puis plus lentement; au bout d'un ou deux jours, la gélatine nutritive du ballon se trouble, et des colonies de microphytes apparaissent à sa surface. Il faut admettre que l'ascension des organismes inférieurs s'est faite à travers la terre à la faveur de courants capillaires développés de proche en proche par imbibition; car, d'autre part, il est démontré que la force d'expansion spontanée des cultures n'entre pour rien dans le phénomène, le même résultat étant atteint avec des cultures épuisées. Enfin, l'expérience a été renouvelée avec des terres de nature différente et avec un succès constant, de sorte qu'il ne s'agit point d'une végétation développée sur place dans le contenu du tube.

Les recherches de Soyka et celles d'Hofmann montrent qu'en réalité ce ne sont pas seulement les germes importés de la nappe souterraine qui parviennent à la surface par suite d'un phénomène physique élémentaire; ce sont les souillures de toutes les couches différenciées par Hofmann qui concourent à l'infection de la surface et de l'atmosphère, et l'on ne voit même pas que le grundwasser ait le rôle capital dans ce concours.

En définitive, et abstraction faite de conditions géologiques locales exceptionnelles, l'infection du sol, qu'elle ait atteint la nappe souterraine, ou qu'elle se soit arrêtée aux couches intermédiaires, résulte généralement d'une contamination de la surface remontant à une époque lointaine, et il se peut que le point de départ en ait disparu depuis longtemps quand les effets commencent à se faire sentir. Des mesures d'assainissement, en apparence rationnelles, mais parcimonieuses, restent sans résultat, ou ne font qu'accroître le danger en plaçant les couches profondes dans des con-

---

Cette note rapporte que le professeur Filatow recommande, comme une manière excellente de prendre la température, de chauffer d'abord le thermomètre, par exemple en le frottant avec le pan de son habit, de faire monter la colonne de mercure jusqu'à 39 ou 40°, et de le mettre ensuite dans l'aisselle. De cette façon, le mercure descend rapidement à la température du corps, s'y arrête, et, au bout d'une minute ou un peu plus, on a une température exacte. Ce procédé est assurément très avantageux, car il fait gagner sept ou huit minutes à chaque exploration thermométrique, et cela n'est pas à dédaigner; mais il est loin d'être nouveau. Il y a longtemps que je l'ai vu employer par le vénérable confrère auquel je faisais allusion plus haut et qui devait certainement l'employer bien avant ma naissance, car il a exactement 46 ans de plus que moi. Je veux parler de M. le docteur de Robert de Latour, dont les lecteurs de ce journal n'ont certainement pas oublié les travaux sur la chaleur animale et qui, il y a deux ans à peine, réunissait en un volume, dont nous avons alors parlé, toutes ses études sur cette question.

*
* *

Il y a des comptes rendus de Sociétés savantes qui sont très bien faits, cela est incontestable; il y en a aussi qui sont plus ou moins inexacts; ce qui n'est pas plus contestable. Autant les premiers sont utiles, autant les seconds peuvent être nuisibles, M. de La Palice (ou Lapalisse, etc.) n'aurait pas mieux dit.

Voici les inconvénients d'un compte rendu inexact. Un journal qui passe pour bien

ditions d'aération, d'humidité qui en réveillent les germes latents. Dans une même ville, la salubrité peut être différente d'un quartier à l'autre, en raison des différences dans l'hygrométricité du sol ; l'influence de la sécheresse ou des pluies est réelle, par suite du retentissement à une plus ou moins grande profondeur sur les diverses couches du sous-sol, et sur ce point on a l'explication scientifique d'un fait d'observation traditionnelle.

Pendant les années modérément sèches, les schizophytes pathogènes restent à la surface du sol, où ils trouvent d'emblée des conditions favorables à leur développement, à la sporulation : de fortes chaleurs amenant une dessiccation complète sont, au contraire, nuisibles à leur vitalité. L'idéal de l'hygiène du sol autour de nos habitations, dans nos rues, sur nos places, consiste dans l'imperméabilisation de la surface et l'étanchéité des conduits qui le traversent, dispositions qui peuvent seules empêcher l'infiltration par les substances infectieuses et l'ensemencement des germes pathogènes, graines des épidémies futures.

IV

La découverte de Koch, dont la portée a été singulièrement exagérée par lui-même ou par ses élèves, semblait déjà avoir porté le dernier coup à la théorie de Pettenkofer. Celui-ci n'en a pas moins maintenu les points essentiels qui peuvent se résumer ainsi :

Il existe une relation constante entre l'apparition du choléra et de la fièvre typhoïde et les oscillations de l'humidité du sol, commandées par les variations du niveau de la nappe souterraine.

L'abaissement de la nappe souterraine est suivi d'une explosion ou d'une recrudescence épidémique ; la disparition ou la diminution de la maladie coïncident avec son relèvement.

La nappe souterraine n'est pas l'agent causal immédiat de l'infection du sol ; elle est plutôt comme un indice et un témoin des processus qui s'y donnent carrière.

---

informé et pour donner le lendemain des nouvelles de ce qui s'est passé la veille au sein des Sociétés savantes, nous apprend qu'un des membres d'une de ces Sociétés, homonyme, d'après le rédacteur, d'un savant médecin des hôpitaux de Lyon, a fait des expériences qui prouvent que les injections rectales d'hydrogène sulfuré, dont on s'occupe beaucoup depuis quelque temps dans le traitement des maladies des organes respiratoires, sont loin d'être inoffensives.

« J'ai injecté dans le rectum d'un chien, aurait dit l'auteur de la communication, parlant à la première personne, préalablement muselé de façon que les gaz exhalés par la respiration traversent une solution de sels de plomb, 50 centimètres cubes d'une solution saturée d'hydrogène sulfuré. Immédiatement, cet animal a exhalé par les voies respiratoires une certaine quantité d'hydrogène sulfuré, et il est mort au bout de douze minutes après avoir présenté tous les signes d'un empoisonnement par ce gaz.

« Chez un autre chien, j'ai injecté 60 centimètres cubes d'abord ; puis, douze minutes après, 40 centimètres cubes de la même solution d'hydrogène sulfuré ; cet animal est mort au bout de trois minutes.

« La quantité d'hydrogène sulfuré éliminée par la respiration, est en somme très faible ; la plus grande partie passe dans les tissus, c'est ce qui explique la nocuité de l'administration de ce gaz par la voie digestive. »

La lecture de cette note m'avait évidemment, de *prime abord*, fait penser qu'il y avait réellement de gros inconvénients à administrer du gaz sulfhydrique dans l'intestin. Et je n'ai pas été le seul à partager cette idée, car un honorable professeur de

©BIU Santé

L'agent pathogène est en effet un germe infectieux spécifique dont l'intervention est absolument nécessaire.

Cette dernière proposition offrait un terrain de conciliation pour les deux théories ; et, en faisant des difficultés pour accepter dans ces termes ce qu'il peut y avoir de fondé dans les idées de Pettenkofer, les partisans de Koch ont fait preuve d'un exclusivisme qui leur a nui dans l'opinion.

Néanmoins, comme nous l'avons dit, la théorie du grundwasser a plutôt perdu du terrain, et ce ne sont pas les travaux d'Hofmann et de Soyka qui sont capables de lui rendre son ancien crédit. Son rôle est subordonné à des conditions géologiques toutes locales, comme celles qui se rencontrent à Munich, et qui nous paraissent trouver rarement leur réalisation.

Dans un travail déjà lointain, présenté à la Société médicale des hôpitaux et résumé ici même (1), nous montrions qu'à Paris même, l'importance hygiénique de la nappe souterraine était bien problématique pour des quartiers de la rive gauche comme le Panthéon, qui en est séparé par toute la hauteur des catacombes. Il convient de lui substituer, comme formule plus générale, ajoutions-nous, l'étude des conditions physiques du sous-sol (perméabilité, constitution physique, puissance d'évaporation, etc.) s'étendant depuis la surface jusqu'aux limites de l'imbibition par les pluies, territoire comprenant ou excluant cette nappe de Pettenkofer, dont toute l'importance gît dans cette distinction. Nous pensions, d'autre part, avoir démontré, d'après l'étude de l'endémie typhoïde à Paris de 1868 à 1876, qu'il existait une relation constante entre l'amplitude du mouvement *saisonnier* de la maladie et les irrégularités de la courbe des pluies.

En France, d'ailleurs, la théorie de Pettenkofer a été plutôt l'objet d'un acquiescement de confiance qu'elle ne s'est imposée par une démonstration

(1) Du rôle des éléments météorologiques et en particulier des irrégularités de répartition des pluies dans le développement saisonnier de la fièvre typhoïde (*Union médicale*, 1877, II, p. 249). — Voir aussi : La fièvre typhoïde et la nappe d'eau souterraine de Paris, par Vallin (*Gaz. hebdomad.*, mémoire 1886).

clinique médicale de la Faculté, induit comme moi en erreur par cette note, avait fait là-dessus, dans son amphithéâtre, devant ses auditeurs habituels, des réflexions assurément désobligeantes pour la méthode des injections rectales gazeuses.

Accentuant encore l'erreur, l'honorable professeur alla jusqu'à dire que des accidents étaient survenus non plus chez des chiens, mais chez des malades, dans le service de M. Perroud, médecin de l'hôpital de la Charité, à Lyon.

Mais, de *second abord*, après y avoir réfléchi un peu, et avoir relu ce qui a été écrit dernièrement sur la question, je n'ai pas tardé à m'apercevoir que les conditions de l'expérimentation, telles que les rapportait le journal bien informé, n'étaient pas du tout celles qu'avaient indiquées MM. Bergeon, Chantemesse, Cornil, Morel, etc.

M. Perroud, disait-on, avait injecté en une fois 50 centimètres cubes d'hydrogène sulfuré; M. Bergeon, au contraire, injecte non plus une solution, mais un mélange de gaz carbonique et de gaz sulfhydrique, peu à peu et lentement, de façon à lui permettre de s'absorber par la muqueuse intestinale et de s'éliminer par la muqueuse pulmonaire. Pourquoi donc vouloir conclure, d'une expérience qui ne reproduit pas les conditions de la méthode thérapeutique, que celle-ci peut déterminer des accidents?

J'allais probablement me décider à dénoncer à la Société protectrice des animaux ce M. Perroud, pour avoir mis à mort méchamment, et sans aucun bénéfice pour la science, deux pauvres chiens qui n'en pouvaient mais, lorsque je reçus le compte rendu officiel de la Société de biologie, où je vis que, dans tout cela, il n'y avait pas même de quoi fouetter... un chien.

méthodique et suivie. Dans une des rares villes où elle ait été mise à l'épreuve, les observateurs sont arrivés à des résultats absolument contradictoires.

A Lyon, le professeur J. Teissier, qui poursuit depuis plusieurs années, avec autant de succès que de patience, l'étude épidémiologique des maladies régnantes, arrive à cette conséquence, que la fièvre typhoïde atteint constamment son maximum en cette ville, au moment où la nappe souterraine a son niveau le plus élevé ; qu'elle y est le plus rare, au moment où ce niveau est le plus bas.

D'autre part, M. le professeur agrégé Vinay, recherchant les causes de l'immunité ds la ville de Lyon vis-à-vis du choléra — immunité toute relative, puisqu'on y compta 249 décès cholériques en 1854 — l'attribue à l'élévation constante du niveau de la nappe souterraine, alimentée par le Rhône. « La nappe souterraine entretenue par l'apport naissant que lui procure un cours d'eau aussi abondant que le Rhône ne s'abaisse jamais suffisamment pour réaliser cette sécheresse à laquelle Pettenkofer attribue le développement des épidémies. » D'ailleurs, les crues du Rhône, étant principalement estivales, se trouvent à point nommé pour faire obstacle aux invasions cholériques dont on est surtout menacé pendant les mois d'été. Pettenkofer, venu à Lyon pour y chercher la confirmation de sa théorie, avait déjà eu la satisfaction de constater que les cotes de l'étiage, prises journalièrement au pont Morand depuis 1826, accusaient pour 1854, l'année du choléra, le niveau le plus bas qu'on eût jamais observé.

Il n'est pas possible, on le voit, de formuler des conclusions plus opposées. Serait-ce que les épidémies de choléra et les épidémies de fièvre typhoïde sont régies par des lois différentes, dans leur dépendance des fluctuations de la nappe souterraine? Il n'en est rien, selon Pettenkofer même qui n'a jamais cessé, dès le début de ses recherches, de les solidariser à ce point de vue.

R. LONGUET.

D'abord, M. Perroud s'appelait Peyron, homonyme du directeur de l'Assistance publique de Paris, mais non du médecin de Lyon, ce qui changeait déjà la thèse.

Ensuite, ce que ne disait pas le compte rendu, M. Peyron rappelait les expériences de Chaussier, qui tuait les animanx avec l'hydrogène sulfuré, et de Claude Bernard, qui ne les tuait pas, et se proposait, à l'aide de nouvelles expériences, d'étudier les causes de cette contradiction. Au moins voilà des expériences qui ont un but, ce qui ne m'était pas encore venu à l'esprit, d'après la simple lecture du compte rendu trop analytique.

Et alors M. Peyron fait deux séries d'expériences : dans l'une, il administrait en une seule fois, ou coup sur coup, des doses d'acide sulfhydrique cinq ou six fois plus fortes que celles qu'on administre à un homme, ce qui, toutes proportions gardées, fait des doses vingt ou trente fois plus élevées que les doses thérapeutiques; les chiens meurent rapidement, à la Chaussier, et vraiment ils auraient manqué à tous leurs devoirs s'ils en eussent réchappé. Dans l'autre, il administre de faibles doses de gaz toxique, comparables aux doses médicamenteuses chez l'homme, à des intervalles suffisants pour que l'élimination puisse se faire, à la Claude Bernard, et le chien ne s'en porte pas plus mal. Et, dès lors, M. Peyron conclut, comme l'ont fait MM. Cornil, Bergeon, Morel, etc., que l'acide sulfhydrique n'est réellement inoffensif qu'à faible dose, que l'administration de l'hydrogène sulfuré par la voie rectale doit être faite avec une grande prudence, ce que ces messieurs ont recommandé avec insistance, et il ajoute en terminant : « Je sais que, jusqu'à ce jour, on a employé ce gaz avec des précautions telles que, dans ces conditions, aucun danger n'est à craindre, mais il pourrait en être tout autrement entre

©BIU Santé

Thèses d'agrégation en chirurgie.

TERMINAISONS ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, par le docteur Ch. MAYGRIER.

L'étude des terminaisons de la grossesse extra-utérine peut se diviser en deux chapitres distincts, selon qu'il y a : 1° rupture; 2° rétention du kyste fœtal.

La rupture de la poche est un accident des plus graves. Quelquefois précédée de signes prémonitoires, elle s'annonce par une douleur soudainé et violente partant d'un des côtés de l'hypogastre, des nausées et des vomissements, une pâleur et un refroidissement général, en un mot tous les signes d'une hémorrhagie interne. La mort peut être subite, mais survient dans la majorité des cas quelques heures après l'accident. Quelquefois il peut y avoir une survie de plusieurs jours, mais presque toujours la femme succombe, soit par répétition de l'hémorrhagie, soit par épuisement, soit, enfin, par péritonite. Il peut y avoir guérison quand la rupture se fait dans les premières semaines, et l'on sait que Gallard soutient que l'hématocèle péri-utérine est presque toujours le résultat de la ponte extra-utérine d'un œuf fécondé ou de la rupture de la poche d'une grossesse anormale; disons enfin que le fœtus peut survivre et se développer dans son nouveau siège.

La grossesse tubaire donne à elle seule plus des huit dixièmes des cas de rupture, et cette dernière survient généralemcnt entre la huitième et la douzième semaine.

Quand il y a rétention du fœtus mort, deux modes de terminaison bien distincts sont possibles; ou bien la présence du fœtus ne détermine pas d'accidents, ou bien, au contraire, il survient, au bout d'un temps variable, des phénomènes plus ou moins graves.

La rétention sans accidents est très rare; elle est suivie de la rétraction et de la calcification du kyste et souvent de l'envahissement du fœtus lui-même par les sels minéraux.

Quand une grosssesse utérine se produit dans le cours d'une rétention, elle arrive souvent à son terme, mais il n'est pas rare d'observer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Les accidents de la rétention sans ouverture du kyste peuvent apparaître tardivement après la mort de l'embryon ou au contraire se développer rapidement. Leur cause est, le plus souvent, la putréfaction du fœtus qui entraîne l'inflammation et la suppuration du kyste et consécutivement la péritonite et la septicémie. L'ouverture de la poche, après suppuration, est généralement circonscrite par des adhérences; elle se fait, soit à l'ex-

---

des mains inexpérimentées et imprudentes. » Absolument ce qu'ont dit MM. Bergeon et Morel, ce qu'ont répété MM. Cornil, Chantemesse, Bardet, Dujardin-Beaumetz, etc.

Mais le compte rendu analytique n'avait soufflé mot de tout cela; son auteur avait passé sous silence la seconde série d'expériences et les conclusions de M. Peyron; — et d'expériences instructives, favorables, en somme, à la méthode des injections rectales d'acide sulfhydrique, et concluant, comme les promoteurs de la méthode, à l'emploi de doses faibles, répétées, et à leur administration par des personnes expérimentées, ledit compte rendu n'avait fait que des tortures infligées gratuitement aux chiens, ne pouvant que figurer dans le martyrologe de ces intéressants animaux, et concluant à tort à des dangers que des milliers d'applications thérapeutiques n'avaient jamais révélés.

Vous voyez, chers lecteurs, que la rapidité nuit quelquefois à l'exactitude, et qu'un compte rendu ne vaut jamais le travail original. *Quod demonstrandum!* SIMPLISSIME.

COURS PRATIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Le docteur Loviot, chef de clinique, fait à la clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas, un cours pratique en 40 leçons. — S'adresser à la Clinique.

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 8 décembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

©BIU Santé

térieur, soit dans un viscère voisin, et est suivie de l'expulsion du contenu, sauf quand la fistule est trop étroite; c'est l'issue par la paroi abdominale qui est la plus favorable, mais c'est celle par l'intestin qui est la plus fréquente.

Le traitement de la grossesse extra-utérine diffère selon que le fœtus est vivant ou qu'il est mort, et, dans le premier cas, les indications ne sont pas les mêmes au début ou dans la seconde moitié de la gestation.

Dès les premières semaines on préviendra, autant que possible, par un traitement hygiénique, l'apparition de complications du côté du kyste en même temps que l'on soutiendra les forces de la femme pour la mettre en état de résister aux accidents probables.

La première idée qui se présente à l'esprit quand on soupçonne l'existence récente d'une grossesse extra-utérine est, dit M. Maygrier, d'interrompre cette grossesse pour éviter le danger formidable d'une rupture. Les principaux moyens que l'on a employés sont : la ponction du kyste, procédé peu recommandable, l'injection de substances narcotiques dans la poche, bien supérieure à la ponction, et enfin l'électrisation dont l'application n'entraîne aucun danger. Enfin, comme le kyste persiste presque toujours à l'état de corps étranger, on l'a extrait soit par la laparotomie, soit par une ouverture vaginale.

Dans le cas de rupture de la poche, le véritable traitement curatif est l'ouverture du ventre suivie de l'ablation du corps étranger et de la toilette du péritoine; cette méthode n'a guère été pratiquée que par Tait, mais lui a donné de beaux résultats.

Si la femme est parvenue à la seconde moitié de sa grossesse et que l'enfant soit vivant, on a à choisir entre la laparotomie et l'élytrotomie, et il est bien difficile, actuellement, de se prononcer entre ces deux opérations.

La mort du fœtus s'accompagne souvent d'un faux travail ; il faudra le réduire au minimum et s'abstenir de toute opération pendant sa durée. La conduite à tenir ensuite est résumée par l'auteur de la façon suivante :

Quand il y a chance de transformation du kyste en lithopédion, on peut attendre ; mais comme cette transformation est fort rare, il faut, dans la majorité des cas, intervenir quand la santé de la femme est satisfaisante, et alors choisir entre la laparotomie et l'élytrotomie : quand la tumeur est facilement accessible par l'abdomen, c'est la première dont l'on se se servira, tandis que la voie vaginale sera réservée par les cas beaucoup plus rares où la poche plonge dans l'excavation.

Le chirurgien peut être appelé lors d'accidents dus à la rétention ; s'il n'y a pas ouverture, il interviendra en traversant la paroi abdominale ou par le vagin ; s'il y a ouverture, la conduite variera un peu selon la voie qu'aura suivie l'élimination, mais devra toujours avoir pour but de la favoriser le plus possible. On a employé aussi la laparotomie lors d'ouverture dans l'intestin en un point accessible au doigt ou aux instruments.

Pratiquée après la mort du fœtus, cette opération ne doit pas être tentée avant que la circulation placentaire ait cessé : elle a une issue bien plus favorable pour la mère que lorsqu'elle est faite pendant la vie de l'embryon.

L'élytrotomie doit être préférée à la laparotomie quand le kyste est dans l'excavation et que le fœtus est mort, tandis que, s'il est vivant, il est préférable d'avoir recours à la laparotomie ; dans le premier cas, l'état général de la mère, l'état local (accumulation rapide du liquide intra-kystique), fournissent les principales indications.

M. Maygrier termine sa thèse en faisant ressortir les difficultés du diagnostic et en conseillant l'emploi de l'incision exploratrice lors d'incertitude sur la cause d'accidents mettant la vie en danger.

De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement,

Par le docteur C.-A. Gerbaud.

La rétention de l'arrière faix dans l'avortement peut être due à des causes très diverses. Les plus fréquentes dépendent de l'utérus et sont soit la faiblesse de l'organe, soit la rigidité et la longueur du col ; viennent ensuite la pesanteur et le volume du placenta (premier mois), son insertion anormale, la dispersion de ses éléments sur une

©BIU Santé

grande étendue. On peut encore invoquer la faiblesse des contractions utérines, la déviation de l'axe de la matrice, la rapidité du travail et surtout les différentes altérations du placenta aboutissant à l'adhérence ; il ne faut pas oublier enfin qu'une intervention maladroite, telle que la rupture artificielle des membranes, ou l'administration intempestive de l'ergot a pu causer des accidents.

La rétention du délivre sans adhérences est suivie de la putréfaction des membranes et de l'apparition de phénomènes d'infection qui évoluent rapidement ; quand il y a adhérences, le placenta, d'abord peu altéré, se rétracte et se racornit, quoique dans certains cas il ait pu vivre et s'accroître. La môle vésiculaire est souvent cause de rétention, mais peut aussi en être une conséquence, et on peut encore observer la production de polypes placentaires. Enfin le délivre peut disparaître peu à peu sans phénomènes graves, par élimination à l'extérieur, molécule par molécule.

Les accidents consécutifs à la rétention sont des plus variables. Ils peuvent, nous l'avons déjà dit, manquer complètement, mais le plus généralement se produisent dès la fin de l'avortement. L'hémorrhagie continue et peut-être très grave lors de décollement partiel, mais, dans la majorité des cas, elle est intermittente et peut se réduire à un simple suintement ou même manquer complètement lors de mort préalable du fœtus ; les contractions utérines, souvent fort douloureuses, les nausées, persistent en même temps que l'écoulement sanguin. La métrorrhagie peut être tardive et survenir après l'arrêt de l'hémorrhagie de l'avortement ou sans que cette dernière ait cessé complètement, elle entraîne souvent l'expulsion de l'arrière-faix, mais d'autres fois ce dernier ne sort pas ou ne s'échappe que par parties et alors la septicémie apparaît.

Cette dernière, du reste, n'est pas fatale et la décomposition, quoique lente et fétide, peut ne pas entraîner de phénomènes généraux graves ; mais d'autres accidents, la péritonite, les inflammations péri-utérines, le délire, les convulsions, peuvent encore être observés.

Le danger de la rétention dépend surtout de sa durée, et même, quand il y a guérison, la santé de la femme peut être longtemps compromise. Quant à son diagnostic, il est souvent difficile, et il faut toujours songer, lors d'un avortement, à examiner avec soin tous les caillots. Il est, en effet, de la plus haute importance de reconnaître la complication de l'avortement qui nous occupe, car de la surveillance de la malade dépend souvent le succès.

Deux méthodes de traitement se partagent les accoucheurs : la méthode d'intervention et la méthode d'expectation.

Les partisans de la première ont employé les ocytociques, qui doivent, en général, être rejetés ; le tamponnement, qui agit en combattant l'hémorrhagie et en excitant les contractions ; l'expression utérine, qui ne permet guère de réussir dans les premiers mois ; les injections chaudes et antiseptiques faites dans l'utérus et employées par tout le monde contre l'infection ; l'extraction du délivre avec la main ou les instruments, précédée ou non de la dilatation du col ; le curage ou raclage de l'utérus ; et enfin l'écouvillonnage préconisé par Doléris.

Pour l'auteur, ce n'est que dans les cas graves, et lors de phénomènes menaçants, qu'il convient de recourir à ces méthodes offensives ; il rejette, du reste, complètement le curage, la décortication de l'utérus, et résume la conduite à tenir dans les lignes suivantes :

« Il faut attendre l'expulsion spontanée du délivre tout en se préparant à combattre les hémorrhagies, tout en cherchant à prévenir par des moyens appropriés la putréfaction et ses dangereux effets. »

On combattra donc les hémorrhagies par le tamponnement, ou mieux les injections chaudes et pour prévenir la résorption des produits putrides, on instituera dès l'expulsion du fœtus un traitement antiseptique des plus rigoureux.

Les accidents infectieux une fois déclarés, l'irrigation continue intra-utérine selon la méthode de Pinard donnera les meilleurs résultats et devra être associée à un traitement général tonique et reconstituant.

Si ces moyens échouent, on pourra recourir à l'extraction manuelle ou à l'aide d'une

©BIU Santé

pince, et enfin, dans quelques cas bien rares, aux cinquième et sixième mois, intervenir à l'aide de l'expression utérine. — Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel d'hydrothérapie, par le docteur Paul Delmas (de Bordeaux). Octave Doin, éditeur.

La partie réellement originale de cet excellent ouvrage est relative aux expériences instituées par l'auteur dans le but d'élucider et de résoudre les problèmes physiologiques que comporte la question de l'action de l'eau froide sur l'organisme. Il est intéressant de lire dans le livre de M. Delmas l'exposé de ces expériences et des précautions minutieuses dont il les a entourées pour les rendre aussi probantes que possible et éviter les causes d'erreur. Choix des sujets, emploi d'intruments de précision, examen du pouls et de la température avant, pendant et après chaque application hydrothérapique, conditions variées de ces applications au point de vue de la forme des appareils, de la pression, de la température de l'eau et de la durée de l'application, etc., rien n'a été omis de ce qui pouvait donner aux expériences la rigueur d'une démonstration scientifique.

L'auteur a indiqué les résultats de ses expériences dans une série de tableaux contenant, outre d'autres principaux détails, la représentation graphique de l'état du pouls avant, pendant et après chaque expérience, obtenu à l'aide du sphygmographe de M. Marey. Voici les propositions qui lui ont paru découler de ces expériences et auxquelles il a cru pouvoir donner la forme de conclusions définitivement acquises à la physiologie hydriatique :

1° Pendant l'application d'une douche froide de trente secondes à cinq minutes de durée et d'une température de 10 à 25° la température centrale ou celle de la zone intermédiaire sont peu ou pas du tout abaissées.

2° Le corps n'exécutant aucun mouvement pendant les heures qui suivent l'application de l'eau froide, ne facilitant en rien le prétendu mouvement de réaction, le sujet n'éprouvant qu'un sentiment de chaleur très modérée ou de fraîcheur, et quelquefois même des frissons, néanmoins la température centrale ou celle de la zone intermédiaire baissent très peu ou remontent et dépassent même le chiffre accusé avant la douche. La vitesse du cœur augmente et la tension artérielle reste très élevée.

3° L'exercice qui suit l'application d'une douche froide, lequel est fait dans le but de provoquer un mouvement de réaction organique, ou tout au moins d'aider à son développement spontané, a pour résultat physiologique vrai, d'amener un abaissement persistant de la température du corps et une diminution de la vitesse du pouls et de la tension artérielle, c'est-à-dire de produire tout l'inverse de ce qu'on a écrit jusqu'à ce jour.

4° Sous l'influence d'une application froide, le summum et le minimum de la vitesse du cœur correspond au summum et au minimum de la tension artérielle. Par conséquent, ils sont dans un rapport inverse de l'état physiologique normal.

5° Après l'application d'une douche froide, le sujet se refroidit en réalité et sa température centrale s'abaisse, précisément alors qu'il éprouve une sensation de chaleur. Tout, au contraire, la température centrale se relève ou se maintient quand le sujet est sous la douche ou qu'il éprouve des frissons.

L'auteur est amené, comme il est facile de le prévoir à la lecture des conclusions qui précèdent, à donner une interprétation physiologique nouvelle de la réaction en hydrothérapie et à en tirer des déductions thérapeutiques générales.

« Le cœur, dit-il, est violemment excité dès l'instant où l'eau froide touche le corps. Par conséquent, quelle que soit la brièveté de son application, l'eau froide doit être proscrite, le plus souvent, dans certaines affections organiques du cœur (insuffisance aortique, ralentissement du cœur, état graisseux de l'organe, forme grave de l'angine de poitrine, dilatation des gros vaisseaux et période ultime de toutes les affections organiques du cour indistinctement).

©BIU Santé

« Aussitôt après la violente excitation du cœur au premier contact de l'eau froide, et sauf des circonstances exceptionnelles, sa vitesse ne revient à son chiffre primitif que *longtemps* après l'application du froid, même alors que la réaction s'est parfaitement établie et que le sujet a fait un exercice prolongé. Pendant ce temps, la *tension artérielle reste toujours à un point plus élevé que celui noté avant la douche.*

« La réunion momentanée de ces deux conditions fonctionnelles procure au cœur un *repos relatif*, contribue à faire disparaître les signes précurseurs de l'*asystolie*, à combattre l'*anémie d'origine cardiaque* et constitue l'un des meilleurs traitements à opposer à quelques maladies organiques de ce viscère, ainsi qu'aux névroses douloureuses de cet appareil.

« Mais, connaissant l'action excitante primitive de l'eau froide sur le cœur, il serait fort imprudent de débuter d'emblée par elle. En employant de l'eau à 30 ou 31° centigrades, on évite ce premier choc de la douche. En abaissant ensuite très lentement cette température, en émoussant la sensibilité réflexe par des applications journalières, en y joignant enfin ce tact particulier que donne une longue pratique, on arrive à atténuer considérablement cet effet primitif de l'eau froide, toujours à redouter en pareil cas.

« Les considérations précédentes sont encore applicables à l'hémophilie, au goître exophthalmique, aux névroses congestives du poumon, à celles des centres nerveux, particulièrement à celles de la moelle allongée et du cerveau, etc.

« Dans toutes ces affections, le praticien, ayant à sa disposition de l'eau tempérée non seulement pour le début du traitement, mais encore pour toute sa durée, acquiert bien vite la conviction que l'hydrothérapie réduite à l'eau froide est une méthode absolument incomplète et quelquefois même dangereuse entre les mains les plus habiles.

« Si la connaissance exacte de l'action de l'eau froide sur la circulation est de la plus haute importance, pour instituer un traitement hydrothérapique rationnel dans les maladies chroniques, la connaissance précise de la marche de la température centrale pendant et surtout après son application, est indispensable pour conduire logiquement et avec décision le traitement hydriatique des maladies aiguës.

« *Conclusion.* — La physiologie hydrothérapique et son phénomène ultime et capital, caractérisé par la réaction organique, se résument dans la proposition générale suivante :

« Un acte organique ayant pour point de départ une impression sensible périphérique, une vibration moléculaire ou atomique se propageant aux centres nerveux et réfléchie par ces derniers, d'une manière distincte et indépendante, sur les centres ganglionnaires des circulations centrale et périphérique.

« Les modifications inverses subies par ces deux circulations — modifications aidées ou entravées par un repos ou un exercice quelconque — ont pour conséquence *primitivement* un abaissement de la température périphérique et une tendance au relèvement de la température centrale; *secondairement*, un abaissement de la température centrale et une élévation de la température périphérique.

« Cette dernière nous donne la valeur *calorique* des actes nutritifs et de l'énergie médicatrice développés par cette vibration moléculaire, c'est-à-dire la *transformation organique*, sinon l'équivalence de cette force ou de cette modalité du mouvement imprimé à un corps vivant. »

Nous avons essayé, à l'aide des citations précédentes, extraites textuellement du livre de M. Delmas, de montrer la part légitime que notre savant confrère de Bordeaux a prise aux progrès de l'hydrothérapie dans ces dernières années. Ainsi que nous l'avons dit en commençant, cet ouvrage contient des recherches originales instituées avec un soin consciencieux qui, par leur caractère d'exactitude scrupuleuse et de rigoureuse précision, font honneur à la fois à l'esprit qui les a conçues et à la main qui les a exécutées. Peut-être en exposant les résultats de ses expériences en grande partie conformes à ceux obtenus par F. Hoppe en 1857 et par Liebermeister en 1859, l'auteur s'est-il un peu exagéré l'importance de ces résultats qu'il semble présenter comme étant de nature à apporter des modifications profondes dans les doctrines et la pratique de l'hydrothérapie rationnelle et scientifique, telle qu'elle a été créée par L. Fleury.

Nous ne voyons pas, pour notre part, qu'il y ait là les éléments d'une école hydrothérapique nouvelle, comme semble le croire M. Delmas.

Si le temps et l'espace ne nous faisaient défaut ici, nous essayerions de le démontrer et de ramener à leur juste mesure les changements que l'observation et l'expérience ont conduit les successeurs de Fleury à introduire dans les principes et les applications de sa méthode. Mais, de ces simples modifications à une révolution, il y a loin. Les bases du monument élevé par Fleury à l'hydrothérapie rationnelle restent intactes et tout en acceptant les modifications de détail, telles que l'emploi de l'eau chaude, en particulier, que Fleury repoussait trop systématiquement, l'école de Bellevue, dont il a été le glorieux fondateur, a cru devoir conserver fidèlement les traditions du maître.

Ces réserves faites, nous n'en rendons pas moins un juste et sincère hommage à notre savant et laborieux confrère de Bordeaux, M. le docteur Delmas, dont l'excellent ouvrage, fruit d'une longue expérience, riche de faits d'observation et de préceptes d'un réel intérêt pratique, fait grand honneur à notre littérature médicale. Son livre contribuera, sans nul doute, à vulgariser les saines doctrines concernant une méthode thérapeutique qui, bien qu'ayant aujourd'hui trente-quatre ans d'existence et rendant tous les jours d'immenses services, est encore dans ses principes et ses applications si imparfaitement connue même d'un grand nombre de médecins.

Dr A. Tartivel,
Médecin en chef de l'étab. hydroth. de Bellevue.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. A. Chauveau, en collaboration avec M. Kaufmann, communique un travail intitulé : La glycose, le glycogène, la glycogénie, en rapport avec la production de la chaleur et du travail mécanique dans l'économie animale. — Première étude : Calorification dans les organes en repos.

« Il y a trente ans, je prenais part au mouvement de recherches provoquées par la belle découverte de Claude Bernard sur la glycogénie hépatique. A cette époque, je communiquais à l'Académie les premiers travaux tendant à établir le rôle important que jouent, dans la production de la chaleur, la destruction incessante du sucre contenu dans le sang et son renouvellement non moins incessant. Depuis lors, j'ai continué à m'occuper des rapports qui peuvent exister entre la fonction glycogénique d'une part, la production de la chaleur et le travail musculaire d'autre part. Dans les trois dernières années qui viennent de s'écouler, j'ai institué, avec le concours de M Kaufmann, mon assistant au laboratoire de physiologie de l'école vétérinaire de Lyon, plusieurs séries d'expériences sur cet important sujet. Aujourd'hui, je crois être en mesure de formuler avec toute la certitude désirable, les conclusions qui affirment le rôle prépondérant rempli par la glycose du sang dans les combustions organiques, source de la chaleur animale et du travail musculaire. Je vais exposer méthodiquement les faits principaux sur lesquels s'appuient ces conclusions.

« A. *Destruction incessante de la glycose du sang dans les capillaires de la circulation générale, en coïncidence avec les phénomènes de combustion organique et la production de chaleur qui en est la conséquence.* — On connaît l'idée première de Claude Bernard à propos de la fonction glycogénique. Chez les animaux nourris avec des aliments qui ne contiennent ni sucre, ni matière capable de se transformer en sucre dans le tube digestif, du sucre sort incessamment du foie, surtout pendant le temps de la digestion. Ce sucre, versé dans le cœur droit par les vaisseaux sus-hépatiques et la veine cave inférieure, est détruit dans le poumon en partie ou en totalité, suivant la richesse du sang, c'est-à-dire l'éloignement plus ou moins grand de la période de suractivité glycogénique coïncidant avec la digestion, en sorte que, chez les animaux à jeun, Claude Bernard ne trouvait point de glycose dans les vaisseaux de la circulation générale. Voilà la première forme de la théorie glycogénique.

« Mais sur ce dernier point, Claude Bernard était dans l'erreur. Les faits qui le prou-

©BIU Santé

vent surgirent de tous côtés, et s'accumulèrent en telle quantité que la démonstration de la localisation de la glycogénie dans le foie en fut ébranlée. C'est alors que je publiai mes travaux, démontrant que le foie est bien réellement, comme l'affirme Claude Bernard, un foyer de production incessante de sucre et qu'à côté de ce foyer de production il existe un foyer de destruction tout aussi actif. Seulement, ce dernier n'est pas localisé dans le poumon. Il est répandu partout, car il a son siège dans les capillaires de la circulation générale. Tout ceci est établi sur les faits qui résultent de mes expériences. Il est nécessaire de rappeler ces faits :

« 1° Chez les animaux à jeun, il existe effectivement du sucre dans le sang des artères et des veines de la circulation générale ; mais, dans les veines sus-hépatiques, ce fluide est plus riche en sucre que partout ailleurs, même quand il a été recueilli sans arrêt de la circulation, en évitant ainsi les causes d'erreur provenant de la stagnation du sang dans le foie ; donc le foie est bien pour le sang une source de sucre.

« 2° Cette richesse relative en glycose s'observe dans le sang des veines sus-hépatiques, non seulement chez les sujets à jeun, mais encore chez les animaux soumis à un jeûne prolongé, poussé jusqu'aux environs de l'inanition, alors que les matières sucrées provenant de l'alimentation antérieure et emmagasinées provisoirement dans le foie, sous forme de glycogène, sont épuisées depuis longtemps ; d'où cette conséquence que le foie sait faire du sucre de toutes pièces, et est ainsi, pour cette substance, un foyer actif de production.

« 3° Le sang du cœur gauche est aussi sucré que celui du cœur droit ; démonstration évidente de la non destruction du sucre pendant le passage du sang à travers le poumon dans les vaisseaux de la petite circulation.

« 4° Dans les vaisseaux de la grande circulation, le sang veineux contient moins de sucre que le sang artériel ; ce qui établit que les capillaires de la circulation générale sont bien réellement un foyer de destruction du sucre (voir *Comptes rendus*, t. XLII, p. 1008, 1856, et *Moniteur des hôpitaux*. p. 946, 1856).

« L'importance de ces dernières démonstrations n'échappa pas à Claude Bernard. Après les avoir contrôlées, il les accepta, et les vulgarisa si bien qu'on commet fréquemment l'erreur de lui en attribuer l'initiative.

« Avant la fin de 1856, j'avais déjà fait près de cent analyses dans le but de chercher s'il existe réellement moins de glycose dans le sang qui sort des organes que dans celui qui y arrive. Depuis, le nombre de ces analyses a presque doublé. Elles représentent donc une masse énorme de documents ; tous témoignent dans le même sens.

« Si j'ai consacré tant de labeur à cette recherche, c'est que, au point de vue de la calorification, la perte de glycose subie par le sang en passant des artères dans les veines constitue un fait primordial d'une haute importance. En effet, c'est dans le lieu même où cette perte s'effectue, c'est-à-dire dans les capillaires de la circulation générale, que se passent les phénomènes de la combustion, source de la chaleur animale. Ce rapprochement autorise nécessairement l'idée de faire jouer un rôle considérable dans la production de ces phénomènes à l'oxydation, soit directe, soit indirecte de la glycose qui disparaît au moment où ils se produisent.

« B. *En comparant le sang de deux organes dont l'activité thermogène, à l'état physiologique, est très inégale, on constate toujours que la destruction incessante de la glycose est beaucoup plus active dans celui de ces organes où les combustions organiques le sont elles-mêmes davantage ; en d'autres termes, la quantité de la chaleur produite au sein des tissus animaux, toujours proportionnelle à l'intensité des combustions, se montre également en rapport avec l'absorption de la glycose du sang dans le système capillaire.* — C'est là encore un des faits fondamentaux de notre étude ; il est entièrement nouveau et inédit. La constatation de ce fait était inévitable, si vraiment la disparition partielle de la glycose du sang dans les capillaires est liée directement ou indirectement aux phénomènes de combustion, source de la chaleur animale. Les deux faits doivent marcher parallèlement : là où les combustions sont peu actives, il n'y aura qu'une faible absorption de glycose dans les vaisseaux capillaires et inversement. »

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

© BIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Prolapsus utérin. — Hystérectomie vaginale. — II. A. Trousseau : Note sur le santonate d'atropine. — III. H. Stapfer : Revue tri-mensuelle obstétricale. — IV. Bibliothèque : Dictionnaire de botanique. — De l'action physiologique des soustractions sanguines. — V. Revue des Journaux : Chorée syphilitique. — Effets diurétiques du melon d'eau. — VI. Thérapeutique : Des névroses. — VII. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Gannat (1885-1886). — VIII. Variétés : De la morbidité et de la mortalité dans le Grœnland septentrional. — IX. Courrier.

Prolapsus utérin. — Hystérectomie vaginale.

Par L.-G. Richelot.

Elisabeth J..., 60 ans, blanchisseuse, est mère de six enfants et n'a jamais eu d'affection utérine. Ses règles ont toujours été normales; à 46 ans est survenue la ménopause.

Depuis sept ans environ, l'utérus est peu à peu descendu. A cette époque, le museau de tanche affleurait l'orifice vulvaire, se réduisait par la position assise et n'apportait aucune gêne pendant la marche ou pendant le travail. La procidence augmenta graduellement, et depuis deux ans elle est complète.

La tumeur saillante au dehors est constituée par l'utérus tout entier; le fond de l'organe est senti nettement au-dessous de l'orifice vulvaire; sa cavité mesurée n'est pas notablement agrandie. Renversement complet du vagin; cystocèle et rectocèle.

Il y a depuis deux ans des douleurs pelviennes, une pesanteur incommode, et la marche est devenue presque impossible. Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc n° 17, pour des ulcères variqueux, la malade accepte avec empressement l'idée d'une intervention qui la délivrera de son infirmité.

Je pouvais, sans nul doute, essayer les opérations diverses dont la valeur est bien établie : élytrorrhaphie antérieure ou postérieure, colpo-périnéorrhaphie, cloisonnement vaginal du professeur Le Fort. Bien faites, elles réussissent; quand elles échouent d'abord, on peut les recommencer; l'insuccès définitif est assez rare. Cela dit, beaucoup de chirurgiens pourront trouver étrange que j'aie fait d'emblée l'hystérectomie, au lieu de la garder comme ressource dernière en cas d'échec des procédés anaplastiques. Je répondrai seulement, pour y revenir tout à l'heure, que j'ai fait l'ablation de l'utérus de propos délibéré, parce qu'elle me semble, en de pareilles conditions, très facile et très bénigne.

On pourrait aussi donner comme raison qu'elle est radicale et supprime toute chance de récidive. Ici on ferait erreur; étant donné le mécanisme de la procidence et le rôle que joue la chute préalable des parois vaginales accompagnées de la vessie et du rectum, on doit prévoir la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle après l'extirpation de la matrice. Je l'ai prévue, et c'est en faisant de formelles réserves sur la nécessité ultérieure d'une opération complémentaire, que j'ai entrepris l'hystérectomie vaginale; mais aussi en affirmant que, les parties n'ayant plus à supporter le poids de l'utérus, l'anaplastie réussirait forcément.

L'opération eut lieu le 25 juillet 1886, avec l'aide de MM. Laskine, Aubert et Oustaniol, internes du service, en présence de MM. les docteurs Auburtin et de Madec. J'ai à peine besoin de la décrire, tant elle fut simple. Je saisis le col avec des pinces de Museux, non pour l'attirer, mais au con-

©BIU Santé

traire pour le soutenir ; je le repoussai même un peu, dans la pensée qu'une anse intestinale pourrait se présenter et voir le jour (ce qui, d'ailleurs, n'eut pas lieu). L'incision circulaire fut placée tout près des lèvres du col, pour éviter la paroi vésicale ; le décollement de la vessie et du rectum, la double ouverture du péritoine ne me donnèrent aucune peine. Puis, ayant sous les yeux, hors de la vulve, des ligaments larges très lâches et d'une faible hauteur, il fut aisé de prendre chacun d'eux avec une pince de longueur moyenne.

J'aurais pu les lier tout aussi bien ; j'aurais pu, sans nulle difficulté, coudre les bords du péritoine avec ceux de la section vaginale ; j'aurais pu, à ciel ouvert, placer quelques fils sur de petits vaisseaux. Mais je n'y voyais aucun avantage, et partant de cette idée, que l'usage des pinces à demeure est non pas une ressource pour les cas difficiles, mais un procédé toujours bon, je préférai mettre encore dans la plaie quatre pinces hémostatiques ordinaires, refouler le tout vers la cavité pelvienne pour rendre au vagin son attitude normale, ajouter les tampons d'iodoforme et finir au bout d'un quart d'heure.

Les pinces furent retirées le 26 au matin, avec les tampons superficiels ; la température atteignait 39°. Le lendemain, 37°6. Le 28, les tampons profonds furent enlevés à leur tour ; injections de sublimé, trois fois par jour, avec beaucoup de douceur ; après chacune d'elles, un tampon iodoformé. Quelques débris noirâtres se mêlaient à l'eau des lavages ; un suintement léger, séro-purulent, sans odeur, continua jusqu'au 10 août ; la malade put se lever à partir du 20.

Le 1er septembre, je vis sans étonnement la cystocèle reparaître et augmenter peu à peu jusqu'au milieu du mois ; la malade maintenait son vagin procident avec un gros tampon d'ouate et un bandage en T. Elle eut bientôt un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois, et quitta l'hôpital vers le 15, avec l'intention de subir prochainement l'opération complémentaire que je lui avais promise.

Celle-ci fut faite à l'Hôtel-Dieu dans le courant d'octobre : large avivement des parois antérieure et postérieure, et cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort ; suture au crin de Florence. Comme la vulve est très large, avivement et suture des grandes lèvres dans leur moitié inférieure. Guérison parfaite au bout d'un mois.

*

Je répète que j'ai fait ici l'hystérectomie vaginale sans y être forcé, parce qu'elle est d'une grande simplicité en cas de prolapsus et me paraît presque inoffensive, double condition sans laquelle il serait paradoxal de proposer l'ablation de l'utérus comme opération préliminaire à l'anaplastie. Mais je ne veux pas donner cette conduite comme un exemple à suivre en tous cas.

Et d'abord, l'hystérectomie est toujours une opération délicate ; elle n'est bénigne qu'avec une antisepsie rigoureuse. Les manœuvres anaplastiques, à ce point de vue, sont moins difficiles à réussir.

Elles peuvent donner la guérison du premier coup, et dût-on les recommencer, elles n'ont pas sous ce rapport une infériorité évidente, puisque l'ablation elle-même n'évite pas à coup sûr une intervention complémentaire.

En outre, si l'ablation peut convenir aux femmes d'un certain âge, il faut préférer chez d'autres les opérations qui conservent l'utérus et permettent, non seulement la copulation, mais la grossesse.

En résumé, s'il est permis aux chirurgiens habitués à l'hystérectomie vaginale de la choisir d'emblée dans certaines conditions, cette manière de faire ne peut être érigée en principe, et les divers procédés de rétrécissement du vagin et de la vulve conservent toute leur importance. Mais en revanche, comme certaines femmes ont des tissus tellement lâches que les avivements et les sutures n'y peuvent rien et que toujours l'infirmité se reproduit, il est bon de savoir que l'hystérectomie vaginale, sans faire courir de grands dangers, peut triompher de ces prolapsus rebelles.

Note sur le santonate d'atropine.

Par le docteur A. Trousseau.

Bombelon (*Pharm. Zeitung*, 1886, 230) vient de préconiser le santonate d'atropine pour remplacer le sulfate généralement en usage, mais qui se conserve difficilement à cause de la formation des mucédinées. D'après l'auteur, le nouveau produit jouit d'une excellente stabilité. Il doit être gardé dans des flacons en verre jaune pour éviter l'action de la lumière et la formation d'acide photosantonique.

Désirant me rendre compte des propriétés du nouveau sel, j'ai eu recours à l'obligeance de M. Boymond, qui a bien voulu me fournir des solutions de santonate d'atropine à 1 centig., 2 centig. et 5 centig. pour 20 grammes d'eau.

Il m'a d'abord été facile de constater qu'aucune de ces solutions n'irritait l'œil et n'amenait de sensation pénible. Elles sont parfaitement tolérées.

Avec la plus faible, la mydriase, sur un œil sain, commence à se manifester vingt minutes après une instillation de 2 à 3 gouttes. Elle met une heure pour être à peu près complète. Au bout de ce temps, la pupille ne réagit plus à la lumière et la paralysie de l'accommodation est totale; les réactions pupillaires restent intactes pendant une demi-heure environ, puis commencent à s'affaiblir jusqu'à leur disparition définitive.

La solution à 2 centig. pour 20 agit de la même façon, son action n'est guère plus rapide; elle n'offre donc aucun avantage.

Quant à la solution à 5 centig. pour 20, elle amène le début de la dilatation pupillaire au bout de dix minutes; celle-ci se complète en trois quarts d'heure environ. L'accommodation est atteinte après vingt minutes.

J'ai instillé chez 4 patients, dans un œil, le santonate d'atropine à 5 centig. pour 20, et, dans l'autre, le sulfate neutre à 5 centig. pour 10, et j'ai obtenu un résultat à peu près semblable. Toutefois, le sulfate paraît plus énergique, mais il est vrai que la solution était plus concentrée. Il me semble donc que les deux sels agissent de la même façon.

Mes expériences ont porté sur des yeux sains et ont été faites lorsque j'avais à me livrer à des examens de réfraction, pour que mon expérimentation ne nuisit en rien aux malades.

Un mot, pour compléter, sur l'influence des instillations de santonate sur la tension intra-oculaire.

Après une série de 7 expériences comparatives, j'ai constaté que le santonate d'atropine produisait le même effet que le sulfate.

Je cite, en terminant, une simple application thérapeutique :

Chez 2 malades atteints d'iritis, la solution à 5 centig. pour 20 a été instillée 6 fois par jour pendant 10 et 12 jours. Je n'ai constaté aucun accident, et, dans 2 cas, j'ai obtenu une mydriase parfaite. Il est vrai qu'il s'agissait de 2 iritis au début.

De tout ceci je pense pouvoir conclure que nous possédons un nouveau mydriatique bien supporté par l'œil, se conservant facilement et pouvant remplacer à l'occasion le sulfate d'atropine dont il a les propriétés.

©BIU Santé

REVUE TRI-MENSUELLE OBSTÉTRICALE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE — JUILLET 1886.

Recherches expérimentales relatives à l'influence de la grossesse sur la circulation, par le docteur Otto Engelstrœm, agrégé à Kelsingfors. — Je n'entrerai pas dans la description des appareils ingénieux que le docteur Otto Engelstrœm a construits pour reproduire la circulation utérine, l'intérêt de pareilles recherches étant surtout théorique. Je me bornerai à signaler les conclusions. Pour le docteur Engelstrœm, la circulation n'est pas ralentie dans l'organe gestateur par la disposition spéciale des canaux d'irrigation. L'adjonction du système circulatoire de l'utérus gravide n'exerce pas d'action obstructive sur le cours du sang dans l'aorte. D'où vient donc le surcroît de travail du cœur pendant la gestation, surcroît démontré par l'hypertrophie du ventricule gauche et par l'aggravation assez fréquente des maladies du cœur pendant la grossesse? Est-ce le résultat de l'augmentation de la masse totale du sang? Le docteur Otto Engelstrœm rejette aussi cette cause et attribue la surcharge du cœur à l'augmentation générale de la pression intra-abdominale.

Fibrome utérin sous-péritonéal resté latent jusqu'à l'âge de 37 ans. — Grossesse. — Hypertrophie énorme du fibrome. — Péritonites répétées. — Avortement au cinquième mois. — Mort. — Par M. Varnier, interne des hôpitaux. — Lefour, dans sa thèse sur les fibromes, conseille l'expectation dans le cas de tumeur sous-péritonéale compliquant la grossesse, parce que ces tumeurs s'hypertrophient peu et causent le moins d'accidents.

L'observation de M. Varnier s'écarte de tous points de la règle classique sur laquelle s'est appuyé Lefour, et pose la question de l'intervention active pendant la grossesse compliquée de fibromes pédiculés sous-péritonéaux, l'excavation restant libre. C'est l'hypertrophie et les accidents inflammatoires qui déterminent l'intervention. Voici le fait :

Une femme, âgée de 37 ans, entre à Lariboisière, dans le service du docteur Duguet.

Mariée à 28 ans, irrégulièrement et douloureusement réglée, elle a fait deux fausses couches, sans complications.

Depuis deux mois, son ventre a augmenté de volume; les règles s'étaient supprimées en décembre, mais elle avait eu déjà des suppressions sans grossesse. Ces suppressions étaient suivies de débâcles de caillots. Elle constate l'existence d'une tumeur abdominale.

Elle entre à l'hôpital pour s'y faire soigner de douleurs vives et de vomissements.

On constate une poussée de péritonite. Une tumeur volumineuse remplit la portion sous-ombilicale de l'abdomen. Elle est immobile. On perçoit à son niveau la crépitation amidonnée. Excavation vide. On pose le diagnostic : tumeur fibreuse sous-péritonéale; grossesse probable. On traite la péritonite.

Quatre mois plus tard, la tumeur remplissait toute la cavité abdominale. L'état général s'était amélioré lorsqu'une nouvelle poussée péritonitique survint, et la malade avorta. Elle mourut dix jours après.

Autopsie. — La tumeur est un fibro-myome nullement ramolli. Elle est entourée d'une épaisse coque inflammatoire. Trois ou quatre cavités renferment du pus et au niveau de la fosse iliaque droite existe un foyer purulent enkysté d'origine péritonitique, contenant trois litres de pus. La tumeur adhère par sa coque à l'épiploon, aux anses intestinales et à la face inférieure du foie. Son pédicule s'insère au fond de l'utérus, qui, ainsi bridé, n'a pu revenir sur lui-même.

M. Varnier se demande si, en pareil cas, pour parer aux deux dangers, évolution rapide de la tumeur, péritonite, on ne serait pas autorisé à provoquer l'avortement. Il rejette la myomectomie, qui, d'après les statistiques, donnerait une mortalité de 25 p. 100.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — AOUT 1886.

Note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du

fœtus dans la basiotripsie, par le docteur RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé, accoucheur des hôpitaux. — Il s'agit d'une manœuvre assez simple, extrêmement utile, qui peut tirer l'accoucheur d'un grand embarras et épargner à la femme une prolongation de travail ou une nouvelle opération. Voici cette manœuvre : Lorsque la tête broyée a été extraite, le tronc résiste souvent aux tractions les plus énergiques. Or, les tractions énergiques sont toujours dangereuses. En admettant même qu'elles aboutissent, elles laissent une légitime appréhension à l'opérateur. La manœuvre indiquée par le docteur Ribemont supprime les tractions énergiques et rend l'expulsion du tronc facile. Elle consiste à chercher l'un des bras de l'enfant, le postérieur de préférence, parce qu'on a plus de place, et à abaisser ce bras qu'on accroche par l'aisselle et qu'on fracture au besoin. L'une des extrémités du diamètre bi-acromial étant ainsi dégagée, le reste suit sans difficulté. Au besoin, on irait chercher aussi l'autre bras. La manœuvre est excellente, comme pourra s'en convaincre tout praticien qui l'expérimentera. En somme, on a fait, de prime abord, ce qu'on ferait si l'on avait arraché le cou. Il faudrait bien alors chercher un bras, sinon les deux. Pourquoi, dit le docteur Ribemont, ne pas commencer par là?

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — SEPTEMBRE 1886.

Une épidémie de furoncles à la Maternité de Nancy, par le docteur HERRGOTT, agrégé. — Très intéressante communication. Voici comment s'exprime M. Herrgott :

Semmelweiss, dès 1848, avait insisté sur les grands avantages que l'accoucheur peus obtenir en se désinfectant les mains avec du chlorure de chaux, et en prenant des soint minutieux de propreté. Il pensait que le médecin était souvent l'agent de propagation de l'infection puerpérale. Ces préceptes sages passèrent inaperçus.

M. le professeur Tarnier insiste sur la nécessité de désinfecter les objets mobiliers : literie, tables de nuit, bassins qui servent aux femmes réunies dans la même salle.

Un fait qui vient de se passer à la Maternité de Nancy, où cependant l'antisepsie est de rigueur, montre le bien fondé de cette proposition.

Il s'agit d'une épidémie de furoncles.

En résumé, cinq femmes furent atteintes successivement de furoncles, toutes au niveau des fesses.

Cette singularité fit découvrir la cause de l'affection. Le bassin plat servant aux toilettes n'avait pas été désinfecté. On le désinfecta, et l'épidémie s'évanouit.

Ces observations mettent encore nettement en évidence la *contagion du furoncle.*

Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines, par M. le docteur VERRIER; Paris, Savy. — Ces leçons ont été professées à l'Ecole pratique. Après quelques considérations générales sur les races humaines; le docteur Verrier décrit le bassin de ces différentes races : les variétés ethniques des parties molles de la génération, les signes probables et certains de la grossesse, les moyens d'investigation employés dans les divers pays. Un chapitre est consacré aux anomalies symétriques des membres et au rôle que l'atavisme joue peut-être dans ces anomalies. Le docteur Verrier se demande si, dans une période géologique à venir, nous n'aurons pas six doigts; le perfectionnement ne me paraît pas plus nécessaire que d'avoir les pieds palmés pour mieux nager. Nous nageons fort bien, et la poule d'eau également, quoi qu'elle n'ait, pas plus que nous, les pieds palmés.

Après avoir étudié la fréquence des présentations et des positions du fœtus, le docteur Verrier décrit, avec figures démonstratives, les attitudes que prend la femme pendant l'accouchement, verticale, horizontale, assise, et termine par quelques considérations sur la délivrance et l'avortement criminel.

Des hémorrhagies utérines. Etiologie, diagnostic, traitement, par le docteur SNEGUIREFF, professeur à l'Université de Moscou. Edition française rédigée par M. VARNIER, sous la direction du docteur PINARD; Paris, Steinheil. — Le docteur Sneguireff réclame, dans sa préface, l'indulgence du lecteur. C'est, dit-il, le premier livre que je fais paraître. Or, ce livre témoigne de qualités de premier ordre. C'est l'ouvrage d'un clinicien de grand sens et d'un esprit très méthodique. A ces deux qualités, il faut joindre une ori-

©BIU Santé

ginalité, une saveur personnelle que possèdent seuls les hommes qui n'ont pas été entravés par les liens d'une école, et qui, de grande probité scientifique, livrent simplement au public les fruits de leur expérience, sans souci des parades d'érudition.

Après avoir montré comment on doit interroger et explorer une femme au point de vue des affections génitales, le docteur Sneguireff passe en revue les causes de métrorrhagie : les dégénérescences malignes, bénignes ; les phlegmasies chroniques ; l'avortement; la grossesse (chapitre trop court); les maladies puerpérales; les déplacements; les apoplexies ovariennes et hémorrhagies du péritoine pelvien; la ménopause; les troubles de la nutrition générale (obésité, pléthore, etc.)

Ayant ainsi montré l'importance du diagnostic et indiqué la marche à suivre pour le poser avec certitude, le docteur Sneguireff passe au traitement, qui occupe la seconde moitié de son ouvrage.

Le professeur de Moscou est, comme on sait, un ardent promoteur des irrigations chaudes et des irrigations continues. Il en étudie les indications et contre-indications, les effets bienfaisants et malfaisants, le mode d'emploi avec une compétence qui s'impose. On sent que tout ce qu'il enseigne a été vu et bien vu. Aussi est-il peu de livres dont la lecture soit plus profitable à quiconque s'occupe sérieusement de gynécologie.

Dr H. Stapfer.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire de botanique, par M. H. Baillon, avec la collaboration de plusieurs savants botanistes. — Dessins de A. Faguet. — Vingtième fascicule, complétant le tome II de l'ouvrage. — Librairie Hachette.

Le dictionnaire de M. Baillon, on le sait, n'est pas un simple *lexique*. Sans doute, on y trouve tous les mots qui appartiennent à la botanique, avec leur orthographe, leur signification, leurs rapports, et les explications utiles; mais on y trouve aussi l'exposé raisonné des doctrines qui ont eu ou qui ont encore cours dans la science; on y trouve de plus des dessins qui s'élèvent au-dessus de tout ce qui avait été jusque-là produit dans ce genre.

Les mots qui composent normalement un dictionnaire de botanique sont innombrables. Il est vrai que les individualités végétales le sont également. Or, le dictionnaire qui nous occupe ne s'est pas borné à la nomenclature normale; il nous donne des mots inconnus en général, qui sont particulièrement usités dans certaines langues, dans certains pays, dans le langage vulgaire, et qu'il était important de faire connaître aux travailleurs, comme chobaz, chobœz, noms arabes de l'*Hibiscus purpureus*; cran, nom vulgaire du *Cochlearia rusticans;* chupo-chupo, nom péruvien vulgaire du Matisia cordata, dont le fruit est alimentaire et rappelle, pour la couleur et le goût, les abricots; chobbeize, nom arabe du *Malva rotundifolia*; choaune, nom turc du café; coyolli, nom mexicain du cocotier; fleur du vent, la pulsatile; fleur en casque, l'aconit napel, etc., etc. — Et un grand nombre d'autres mots, qui ne pouvaient se passer d'une interprétation; tels que chondrohypha; les chondrohyphes sont des éléments anatomiques filamenteux des lichens. Dichogame, dichogamie; ces mots ont donné lieu à un article extrêmement curieux. De même les mots suivants : cormophyte, cleistogame, cystolithes, décussé, dermatogène, duramen, epigœus, et tant d'autres.

Plusieurs mots sont de véritables têtes de chapitre. C'est ainsi qu'un article très développé a été consacré aux euphorbiacées; qu'avec le mot fougères nous avons des études sérieuses et les élégants dessins des *fougères tropicales en arbre;* que cycadées est en tête d'une histoire savante de cette famille, et de celle des cycadées fossiles; que le mot desmidiées a amené des détails curieux sur la reproduction de ces algues par copulation; qu'au mot cynomorium se joignent des détails intéressants sur la germination de cette famille, qui paraît être en contradiction avec les lois connues de la nature, etc., etc.

Mais c'est aussi dans les choses usuelles que se trouve le charme d'une pareille publication. On voit avec plaisir le chou et les jolis dessins de ses divisions; la digitale et

son portrait; le dessin élégant de la gracieuse et féroce DIONŒA MUSCIPULA; les CIERGES GÉANTS de l'Amérique; la CLÉMATITE, accompagnée de nombreuses et intéressantes explications; le cousso, avec son inflorescence; le DALHIA, un des ornements de nos jardins; au mot CINCHONA, un magnifique bouquet, au-dessous duquel nous lisons *succirubra, officinalis, calisaya;* le COTON, le COTONNIER, qu'on peut appeler un des amis de l'homme, avec le port de l'arbre et les détails de sa fleur, de son fruit, de sa graine; etc., etc.

Parmi les planches, dont le nombre est considérable, on remarque surtout les dessins des fleurs et des fruits des COMPOSÉES, qui constituent la famille la plus nombreuse du règne végétal, puisqu'on en a décrit plus de douze mille espèces; les images charmantes de la GENTIANE, de la GERMANDRÉE, du GINGEMBRE, du GIROFLIER, de la GUIMAUVE, dont la racine a été histologiquement étudiée; le port de l'arbre à GUTTA-PERCHA et de l'EUCALYPTUS GLOBULUS; et de véritables paysages nous offrant les DRACÆNAS AFRICAINS; le FRESNE A MANNE (*Fraxinus ornus*), le FRESNE COMMUN (*Fraxinus excelsior*); le CYPERUS PAPYRUS; le FIGUIER D'AFRIQUE, le FIGUIER SYCOMORE, le FIGUIER DES PAGODES, arbres magnifiques; un groupe de COCOTIERS CULTIVÉS et un groupe de COCOTIERS COMMUNS; etc., etc.

Les articles didactiques, éclairés par de remarquables dessins, sont nombreux dans ce deuxième volume. Entre autres : CILS VIBRATILES, CHLOROPHYLLE, FEUILLE, FLEUR, FRUIT, COROLLE, GYNÉCÉE, GOUSSE, GRAINE, CONIFÈRES FOSSILES, les CHARA avec leurs longues cellules cylindriques : c'est dans cette dernière plante que fut signalée pour la première fois, en 1774, par Corti, la circulation intra-cellulaire. On remarquera d'ailleurs les articles de doctrine et de discussion : GERMINATION, où des expériences intéressantes sont décrites; CIRCULATION, DIGESTION chez les plantes, qui renferment les acquisitions les plus récentes sur la vie des végétaux; DISSÉMINATION, qui est accompagné d'une planche charmante, où l'on voit le fruit de l'*Eballium elaterium* arrivé à maturité, lançant au loin avec force les graines qui doivent reproduire la plante.

La lecture du dictionnaire de M. Baillon est loin d'être aride comme l'est, en général, la lecture d'un dictionnaire. A quoi tient son attrait, qui est incontestable? Aux discussions scientifiques et doctrinales, cela va sans dire; mais aussi et beaucoup aux excellentes images, qui viennent se placer à côté des descriptions et se mêler aux disquisitions savantes.

Maintenant, que dire de l'œuvre comme appréciation et jugement, sinon qu'elle nous offre les notions les plus complètes et les plus avancées que possède notre époque sur la botanique? — Dr G. RICHELOT père.

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES SOUSTRACTIONS SANGUINES, par M. Léon FRÉDÉRICQ. Bruxelles, 1886; A. Manceaux.

L'Académie de médecine de Belgique avait mis au concours la question qui fait l'objet de ce mémoire; l'heureux concurrent, M. Frédéricq, a mérité les lauriers promis. Déterminer *l'action physiologique des soustractions tant locales que générales* et fixer *leurs indications et leurs contre-indications dans le traitement des maladies* n'était assurément pas une œuvre aisée.

Rester sur le terrain de l'empirisme, en l'absence de documents nouveaux et dans un temps où les praticiens ont rarement recours à la saignée, aurait conduit l'auteur de ce mémoire à compiler les innombrables documents qui ont été écrits contre la saignée ou en faveur de cette méthode. Il a jugé qu'il y avait mieux à faire en s'adressant à la physiologie et à la médecine expérimentale. L'inspiration était bonne et le mémoire possède des qualités de réelle originalité.

La première partie est le résumé historique des travaux de physiologie relatifs à la saignée. Je ne m'y arrête pas. La deuxième contient les recherches personnelles de l'auteur, et en particulier l'exposé des résultats nouveaux. Il a constaté que l'action de la saignée sur le rhythme cardiaque varie suivant les espèces animales. Le tonus d'arrêt du pneumo-gastrique est-il continu? La saignée le suspend chez le chien et le bœuf et le rhythme cardiaque s'accélère. Chez le lapin, en l'absence de tonus, le rhythme n'est pas modifié.

Les oscillations respiratoires de la pression artérielle montent à l'inspiration au début

©BIU Santé

de la saignée ou dans la phase mortelle des saignées à 4 ou 5 pour 100 du poids du corps. Elles s'abaissent quand la saignée correspond à 2 ou 4 pour 100.

En même temps, la consommation de l'oxygène varie. Si l'animal est en digestion, cette consommation diminue; s'il est à jeun, cet abaissement de l'oxygénation n'est que temporaire. A ces phénomènes, correspond une atténuation de la température rectale que M. Frédéricq attribue à l'exagération de la quantité de chaleur perdue par le rayonnement et aussi à la diminution de la production de chaleur.

Les indications de l'emploi raisonné de la saignée en thérapeutique sont la conséquence de ces faits physiologiques. Les saignées déplétives ne peuvent avoir qu'une action temporaire puisque la masse du liquide sanguin se reconstitue rapidement.

Comme moyen de provoquer la résorption de la lymphe interstitielle une saignée copieuse peut être utile. C'est ainsi que les soustractions sanguines rendent des services dans l'œdème pulmonaire, la pneumonie exsudative et la pleurésie.

Leur emploi contre la congestion ou l'apoplexie cérébrale imminente trouve peut-être sa raison dans les modifications de pression sanguine qu'elles produisent. Cependant il est établi par ces expériences que les phénomènes varient d'une espèce animale à une autre. Conséquemment, rien n'autorise à conclure que les choses se passent chez l'homme comme chez le lapin.

Dans les états fébriles, la saignée est contre-indiquée, car, après une soustraction sanguine, l'organisme brûle principalement de l'albumine et non plus ses réserves de graisse et de glycogène. Saigner dans les fièvres, revient donc à détruire les albuminoïdes.

Ces conclusions cliniques ne suffiront pas sans doute pour réconcilier sur un terrain pacifique les adversaires et les partisans de la saignée. Elles montrent néanmoins que l'auteur a su, dans cette question controversée, s'en tenir aux faits seuls et à leur rationnelle interprétation, sans entrer dans des polémiques plus bruyantes que fécondes. On doit l'en féliciter. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Chorée syphilitique, par Francheschi. — Il s'agit d'un jeune malade dont la singulière maladie avait excité, à Buenos-Ayres, une grande curiosité, et qui, parmi les manifestations ordinaires de la chorée, présentait surtout des désordres du côté des muscles de la poitrine et de l'abdomen; sa situation était devenue assez grave pour qu'il ne pût plus quitter l'appartement. L'électricité, les bains sulfureux, la strychnine, l'hyoscyamine, étaient restés sans résultat.

Dans une consultation tenue entre MM. Valdes et Alcorta, le premier se rappela avoir soigné le malade, six mois auparavant, pour un chancre dont la nature spécifique n'avait pas paru assez déterminée pour qu'on s'adressât aux mercuriaux. On ne trouvait pas, du reste, en ce moment, d'adénite ou d'autre stigmate de la syphilis; néanmoins, il paraissait rationnel de recourir aux antisyphilitiques : pilules de Ricord, frictions mercurielles et crotonées sur l'épine, liqueur de Van Swieten et vin ferrugineux.

En trois jours, la salivation apparut et les convulsions choréiques cessèrent. On crut devoir suspendre la médication, mais il fallut la reprendre, parce que les accidents recommencèrent presque immédiatement. La salivation devenant extrêmement abondante, il fallut encore interrompre, ce qui devint comme la première fois le signal de la reprise des convulsions, moins violentes cependant qu'au début.

C'est ainsi qu'on put continuer le traitement mercuriel et iodé pendant six mois, au bout desquels le malade se trouvait définitivement guéri.

Le cas parait très intéressant à l'auteur, en ce que non seulement les différents auteurs, Bouchut, Graves, Jaccoud, Diday, Trousseau, etc., n'ont pas soupçonné la syphilis dans l'étiologie de la chorée; mais ils ont même admis que la mercurialisation était un des facteurs secondaires de la maladie. Il est possible, en outre, que la

syphilis joue un rôle, par l'hérédité, dans certaines chorées qui ne s'accompagnent d'aucun accident syphilitique évident; il y a donc lieu d'étendre les indications du traitement mercuriel. (*The Lancet*, 31 juillet 1886.)

Effets diurétiques du melon d'eau, par Popoff. — L'auteur a démontré par une série d'expériences que l'extrait concentré de melon d'eau jouit de propriétés diurétiques extrêmement actives. En en administrant de 50 à 100 grammes par petites doses réparties dans les vingt-quatre heures, la quantité des urines émises chez les animaux atteignait trois à quatre fois la quantité normale; en injections intra-veineuses, au bout de quelques minutes, déjà le cathéter introduit dans la vessie verse des flots d'urine, alors qu'il n'en coulait que goutte à goutte auparavant. L'absorption de quantité massives et simultanées n'a, par contre, qu'un effet insignifiant sur la sécrétion. La diurèse urinaire persiste de dix à soixante minutes après l'injection intra-veineuse de 1 gramme d'extrait; l'urine, foncée, contient du sucre; la pression artérielle est légèrement accrue; à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 5 par kilog., la pression baisse et le pouls s'accélère; à 3 grammes par kilog. il s'ensuit rapidement une véritable paralysie du cœur, qui paraît consécutive à une action toxique de la substance active du melon d'eau sur les extrémités cardiaques du nerf pneumogastrique. (*Medical Record*, 21 août 1886.)

R. L.

THÉRAPEUTIQUE

Des névroses.

L'étude des névroses et des divers moyens de les combattre est à l'ordre du jour. Jamais, en effet, le nervosisme n'a tenu dans la société une aussi large place. Il n'est vraiment pas difficile d'en deviner la cause : les émotions du jeu, l'abus des boissons alcooliques, du tabac, cette vie à outrance que l'on mène dans les grandes villes surexcitent le système nerveux, et pour peu qu'une diathèse héréditaire prédispose le sujet par une impressionnabilité excessive, il devient la proie de ces affections les plus douloureuses de toutes.

De nombreux traitements sont employés contre ces affections toujours longues et si difficilement curables; presque tous, faut-il l'avouer, sont inefficaces. C'est que nous avons affaire ici à des troubles fonctionnels sans lésions apparentes et dont on a souvent beaucoup de peine à deviner le siège. Les névralgies qui se localisent appellent un traitement spécial sur les points douloureux; mais les névroses qui affectent l'organisme tout entier, l'hypocondrie, l'hystérie, la mélancolie, l'épilepsie, où pourrons-nous les attaquer utilement? Il n'est pas douteux qu'il faut un traitement général, qu'on doit recourir aux substances douées de la propriété de régulariser les fonctions cérébrales, de combattre la convulsibilité, de calmer l'éréthisme nerveux et de diminuer l'injection vasculaire ou d'autres désordres s'il en existe. Le bromure de potassium a paru répondre à ces *desiderata*, et il est de fait qu'il a joué le rôle le plus utile dans la thérapeutique des maladies nerveuses. Mais, tout en reconnaissant ses bienfaits, il n'en faut pas moins constater son insuffisance.

M. le docteur Gelineau a eu l'idée d'associer au bromure de potassium un sel arsenical et la picrotoxine. Il a raisonné de la manière suivante :

Le bromure de potassium est un antiphlogistique et un sédatif du système nerveux; il produit un resserrement des vaisseaux et affaiblit la circulation générale. Son intervention ne peut donc manquer d'être favorable dans la plupart des névroses et spécialement dans l'épilepsie, la plus terrible de toutes, mais dans celle-ci précisément, elle se trouve insuffisante, en raison des excitations constantes auxquelles est en proie l'épileptique. C'est pour atténuer et annihiler leur retentissement sur le système nerveux que le docteur Gelineau associa au bromure de potassium primitivement la poudre de coque du Levant, dont il avait pu constater l'efficacité dans les Indes pour le traitement de l'épilepsie; mais, plus tard, frappé par l'exposé des expériences du docteur Planat sur la picrotoxine, il remplaça la poudre de coque du Levant par la picrotoxine qui en est

©BIU Santé

l'alcaloïde, et dont le dosage, d'ailleurs plus facile, permettait de diminuer le volume trop gros de ses pilules dragéiformes. Enfin, il ajouta à la composition de son médicament de l'arsenic dont les docteurs Delhieux de Savignac, Cahen, Aran et Isnard avaient reconnu l'utilité dans le traitement des névroses anciennes et de la chorée. L'arsenic en fluidifiant le sang, en aidant à le reconstituer, en métallisant en quelque sorte à la longue la fibre nerveuse, en détruit la sensibilité exagérée et maladive. De plus, il combat les divers états diathésiques dont l'épilepsie est souvent *la résultante;* il a encore l'avantage de mettre les malades à l'abri des éruptions pustuleuses qui suivent l'emploi du bromure de potassium à doses massives, et, enfin, en développant l'appétit, en relevant les forces du malade, en augmentant son énergie morale et musculaire, il le met à l'abri de l'anémie consécutive à l'usage prolongé du bromure de potassium.

Le docteur Gelineau est donc parvenu en associant trois substances, également énergiques, mais douées de propriétés différentes, à composer un médicament complet, réunissant les avantages de chacune d'elles, et annihilant les inconvénients qu'elles présentaient dans leur emploi séparé. Aussi, les pilules qui portent son nom sont-elles devenues le remède par excellence dans toutes les maladies nerveuses et convulsives, et spécialement dans l'épilepsie. Elles ont, sur le bromure de potassium, le mérite d'être très facilement acceptées et tolérées par le malade qui n'y trouve pas le mauvais goût du bromure en solution, ni la fatigue d'estomac que fait éprouver l'emploi réitéré des sirops. Leur action est rapide et durable, leur administration facile, leur dosage exact. Ce dosage peut d'ailleurs être modifié au gré du médecin : chaque dragée Gelineau contient un gramme de bromure de potassium, un milligramme de sel arsenical et un demi-milligramme de picrotoxine; en partant de cette donnée, on peut, suivant le besoin, modifier les doses.

Les dragées doivent toujours être prises au milieu des repas.

Il n'y a pour le moment dans la thérapeutique aucune préparation qui réponde d'une manière aussi satisfaisante aux indications raisonnées du traitement des névroses convulsives, aucune dont les résultats aient été aussi efficaces.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT PENDANT L'ANNÉE 1885-1886.

Plus encore que celui des années précédentes, ce compte rendu témoigne des efforts de nos confrères du département de l'Allier pour maintenir la réputation scientifique de leur laborieuse Société. En effet, les communications ont été nombreuses durant cette année. Parmi elles il en est plusieurs qui présentent un grand intérêt. Telle est la *Contribution à l'étude de la phthisie laryngée*, par G. DE LAMALLERÉE.

L'enquête et les recherches cliniques de cet observateur portent sur 502 cas et permettent d'établir la fréquence de la phthisie laryngée dans la tuberculose héréditaire. De plus, elles montrent son individualité propre, soit qu'elle accompagne, soit qu'elle précède la phthisie pulmonaire.

M. de Lamallerée insiste sur l'œdème séreux des laryngites tuberculeuses. Cet *œdème mou* existe dès le début aussi bien que pendant la période des lésions cartilagineuses; mais, entre ce phénomène et l'*œdème dur*, on observe un *œdème de transition*. De plus, l'auteur fait remarquer que la paralysie des cordes vocales est causée par la douleur et pour ce motif la dénomme : *paralysie a timore*.

Malgré la nature de cette affection, il accepte le traitement chirurgical pour certains cas, prescrit les astringents au début de l'œdème, les caustiques contre les végétations laryngées, leur excision par polypotome quand ces agents sont impuissants, le nitrate d'argent et les solutions narcotiques contre la dysphagie, enfin les inhalations calmantes. M. de Lamallerée n'a pas donné son opinion sur la valeur des antiseptiques en application sur les ulcérations tuberculeuses : la nature de l'affection motive cependant leur emploi ou tout au moins leur essai.

Les *corps étrangers du tube digestif* ont été l'objet de plusieurs communications. L'une a aussi pour auteur M. DE LAMALLERÉE, pour occasion trois malades qui avaient avalé des pièces de monnaie et des noyaux de pêche, et pour conclusion la tolérance relative du tube digestif pour les corps étrangers de moyen volume quand ils sont peu nombreux. L'autre de M. MIGNOT est un cas d'*obstruction du gros intestin par des os de grenouille*. La troisième a été lue par M. FABRE sous le titre de: *Quelques cas d'obstruction intestinale par accumulation de noyaux de cerise dans le rectum*. Notre distingué confrère attribue à ces corps étrangers des symptômes spéciaux, différents de ceux des autres formes d'obstruction intestinale. Ce sont des épreintes incessantes, du ténesme rectal, de l'incontinence des matières fécales en même temps que l'impossibilité d'aller à la selle. Les purgatifs augmentent l'irritation intestinale, mais ne provoquent pas l'évacuation des corps étrangers qui est obtenue seulement par le lavage du rectum maintenu béant avec un spéculum ani.

L'*érysipèle non traumatique de la main* s'observe rarement. Le cas que M. MIGNOT rapportait débuta sans blessure de la région et au moment où il n'existait pas de cas d'érysipèle dans l'hôpital. Quelle en fut l'étiologie ? Notre confrère n'insiste pas sur ce point dont l'intérêt serait d'autant plus grand que l'enquête est ouverte sur la pathogénie de l'érysipèle. Un de ses collègues, M. GIRARD, fait aussi connaître un cas *d'érisypèle avec complications de pneumonie et d'albuminurie* dont la nature infectieuse est hors de doute.

Le *prurit ictérique* est fréquent et rebelle. M. NICOLAS est souvent appelé à le combattre dans sa clientèle thermale de Vichy. Il a essayé de le traiter par le sulfate d'atropine et en a obtenu des succès lorsque l'ictère était de date récente ; que son origine soit catarrhale ou bien consécutive aux coliques hépatiques. Les doses d'un demi-milligramme doivent être administrées plusieurs fois par jour et proportionnées aux effets produits. Toutefois l'action obtenue n'est souvent que partielle, mais alors encore, le soulagement procure aux malades un peu de calme.

Dans le domaine de la pathologie chirurgicale, M. FABRE a rapporté l'histoire de deux *tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou*. L'une résultait probablement de la rupture de la membrane thyrohyoïdienne. Dans l'autre, il existait en même temps une absence de la première pièce du sternum. La poche gazeuse faisait une saillie de quelques centimètres, se gonflait à chaque expiration et s'affaissait brusquement au début de l'inspiration. Ces deux malades étaient de jeunes enfants, presque nouveau-nés.

Enfin, la pharmacologie, la matière médicale et l'hygiène ont été l'objet de travaux parmi lesquels on consultera avec profit le compte rendu de l'*exposition d'hygiène urbaine* par M. FABRE, la communication de M. MALLAT sur l'*organisation de l'hygiène publique en France* et le mémoire de M. LAMOTTE sur le *Rheum officinale*.

Cette analyse sommaire permet de mesurer toute la vitalité de cette vaillante Société pendant sa quarantième année. Cet âge est critique, dit-on. Il ne l'a pas été pour ce corps savant, toujours militant et toujours laborieux. L'Académie de médecine a voulu sans nul doute reconnaître ses états de service dans la personne d'un de ses membres dévoués, M. Mignot, auquel elle a décerné récemment le titre bien mérité de membre correspondant. — Ch. E.

VARIÉTÉS

DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ DANS LE GROENLAND SEPTENTRIONAL.

Dans un mémoire récemment publié dans un journal de Copenhague, M. Hastrup a étudié la géographie médicale du Grœnland septentrional dans les districts situés entre 67°,55 et le 73e degré de latitude.

Clairsemée sur le littoral et dans les îles voisines, la population s'élève à 4,328 habitants, parmi lesquels on compte un plus grand nombre de femmes que d'hommes. Elle appartient à un mélange de la race des Esquimaux avec les Européens, et depuis vingt ans s'est accrue de 350 individus. Deux mille sept cent quatre-vingts naissances ont été

©BIU Santé

enregistrées pendant cette période. La mortalité infantile a été de 3, 4 p. 100 de la totalité de la population, proportion peu différente de la mortalité et de la natalité du nord de l'Ecosse et du Danemark.

La mortalité générale a été de 2,7 p. 100 en moyenne ; mais les vieillards sont rares, et M. Hastrup attribue leur petit nombre à l'activité de la lutte pour la vie. La phthisie, qui fait peu de victimes en Islande, tue 70 p. 100 des Grœnlandais du Nord. Cette malignité serait due au séjour prolongé dans des maisons mal ventilées et probablement aussi à la promiscuité des habitants avec les malades, cause puissante à coup sûr de contagion. La mortalité la plus grande coïncide avec les mois d'hiver. En 1865, la diphthérie causa une mortalité de 3,14 p. 100; mais, de toutes les maladies zymotiques, la plus meurtrière est la grippe qui, en 1867, causa 55 décès sur 100. Les affections les moins fréquentes, d'après les statistiques de M. Pfaff, sont celles des reins et du foie; celles du cœur sont rares, et, parmi les formes du rhumatisme, on remarque surtout le rhumatisme chronique. Le vertige est au contraire très commun et on l'attribue à la consommation excessive du café; mais M. Hastrup l'a constaté souvent parmi les individus qui n'en faisaient pas usage. Enfin, les maladies vénériennes ont été importées par les équipages des navires de pêche. — C. L. D.

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1887

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

COURRIER

Concours des prix de l'internat. — Le concours pour la médaille d'or a donné les résultats suivants :

Médaille d'or, M. Hallé; médaille d'argent, M. Hartmann ; 1re mention, M. Roger; 2e mention, M. Marfan.

Hôpital Necker. — M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 8 décembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours pratique d'accouchements. — Le docteur Loviot, chef de clinique, fait à la clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas, un cours pratique en 40 leçons. — S'adresser à la Clinique.

LA MÉDICATION AU CHAMPAGNE tend à se substituer à la médication à l'eau-de-vie; le prix élevé du champagne est le seul obstacle à cette transformation. Nous recommandons à nos lecteurs la maison Besserat, rue Saint-Lazare, 100, dont les produits défient toute concurrence : elle fournit, à côté des meilleures sortes, des champagnes à bon marché d'une qualité excellente.

VÉSICATOIRE. — Le plus efficace est celui au cantharidate de soude de A. Beslier, Il n'a aucune influence sur la vessie et par conséquent ne produit jamais de cystite.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. H. Hallopeau : Lettre à M. le professeur Hardy. — II. Paul Chéron : Sur l'ascite. — III. Bibliothèque : La symphyse cardiaque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie — V. Variétés : La médecine dans les Deux-Mondes. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

A Monsieur le professeur A. Hardy.

Mon cher maître,

Vous dédiez à vos élèves le *Traité des maladies de la peau* (1) que vous avez écrit pour eux; vous voulez ainsi « vous les unir par un nouveau lien ». Permettez à l'un d'eux, qui compte aujourd'hui parmi les plus anciens, de vous en remercier.

Privés, à leur grand regret, d'entendre désormais dans l'amphithéâtre de la Charité votre parole toujours claire et vibrante, ils sont heureux de retrouver votre enseignement si pratique et souvent si élevé dans ce livre où vous étudiez la partie de la pathologie qui a été pour vous un sujet de prédilection, celle que vous avez, pendant vingt ans, professée brillamment à l'hôpital Saint-Louis où vous étiez l'émule de Bazin. Quel succès accueillait, parmi les élèves et les médecins, ces leçons pleines de verve, d'érudition et de sens clinique! Vos auditeurs en ont gardé le vivant souvenir.

Vous êtes admirablement servi par des qualités qui sont particulièrement importantes en dermatologie, je veux dire la clarté, la netteté et la précision. Ennemi de l'obscurité, des subtilités et des conceptions systématiques, vous vous en tenez à l'exposé lucide des faits. Ce sera une bonne fortune pour les nouvelles générations médicales, auxquelles fera défaut votre enseignement oral, de pouvoir lire vos descriptions toujours si simples et en même temps si complètes, véritables modèles, et d'y trouver exprimés les résultats de votre grande expérience en clinique et en thérapeutique cutanées.

Votre livre fait honneur à notre école dermatologique. Nous ne saurions mieux vous témoigner combien nous vous sommes reconnaissants de l'avoir écrit et de nous l'avoir dédié, qu'en l'étudiant et en profitant des leçons qu'il renferme. Pour ma part, mon cher maître, vous pouvez compter que je le prendrai pour guide le jour prochain où mon tour viendra de participer à l'enseignement libre des maladies de la peau dans notre hôpital Saint-Louis; continuer la tradition de mon ancien maître et marcher dans la voie qu'il a tracée, tels seront mon but et mon ambition.

Votre tout dévoué, H. Hallopeau.

Sur l'ascite.

I. De l'ascite chyleuse.
II. Valeur séméiologique des liquides ascitiques.
III. Pronostic de l'ascite dans la cirrhose du foie et les tumeurs abdominales.

I

Quelquefois, lorsque dans le cours d'une ascite on se décide à pratiquer la paracentèse abdominale, on est fort surpris de voir la ponction donner

(1) *Traité pratique et didactique des maladies de la peau*, par A. Hardy. Paris, J.-B. Baillière, 1886.

©BIU Santé

issue, non pas au liquide ascitique ordinaire, mais à un fluide blanc jaunâtre, d'apparence laiteuse. Les épanchements de ce genre, auxquels on a appliqué, vu leur aspect, la dénomination de chyliformes, ont récemment été étudiés avec détails, et leur valeur séméiologique, ainsi que leur pathogénie, ont donné lieu à de nombreux travaux.

Le liquide chyliforme offre un certain nombre de caractères spéciaux que l'on retrouve toujours les mêmes dans la plupart des observations recueillies avec soin : blanc jaunâtre, homogène, fluide et sans odeur, il ne se coagule pas spontanément et présente une remarquable résistance à la putréfaction. A l'examen microscopique, on trouve un très grand nombre de granulations excessivement fines, qui, sous l'influence de l'éther, se réunissent en gouttelettes de graisse parfaitement nettes; on rencontre aussi des cristaux de cholestérine, et enfin des globules blancs et des globules rouges en très petite quantité et non d'une manière constante (1).

C'est l'analyse chimique de ces épanchements qui a donné les résultats les plus intéressants. La réaction est alcaline et les matières grasses existent toujours, mais en proportion très variable. Les chiffres extrêmes trouvés varient, en effet, de 0,48 (Méhu) à 52 gr. 50 (Guttmann); et la moyenne est inutile à établir vu le petit nombre des cas où les recherches ont été sérieusement faites. L'albumine est généralement un peu moins abondante que dans le liquide ascitique habituel, la fibrine est très rare, et, comme sels minéraux, on a principalement rencontré des chlorures, le chiffre des sulfates et surtout celui des phosphates restant toujours peu élevés.

Cliniquement, les liquides chyliformes ont été observés dans les affections péritonéales chroniques, primitives ou consécutives à des lésions du foie ou du cœur, et leur pronostic se confond avec celui de l'affection qui leur a donné naissance; il devra toujours, du reste, être des plus réservés vu la fréquence relative des casde cancer ou de tubercules du péritoine accompagnés de cette forme d'ascite.

Une fois ces épanchements bien connus, on s'est naturellement efforcé d'expliquer leur production, et trois opinions principales ont presque en même temps été émises :

a) Le liquide résulte de la transformation des globules de pus;

b) C'est un épanchement chyliforme formé de graisse finement émulsionnée;

c) C'est un épanchement de chyle.

La transformation des liquides purulents en graisse admise pour la plèvre par N. Gueneau de Mussy, reconnue comme possible par Quincke pour certains cas d'ascite chyleuse, a été regardée par Veil et surtout par Letulle comme la cause presque unique des épanchements qui nous occupent. Pour ce dernier, on a affaire, dans ce cas, à un véritable *liquide résidual.* « Les leucocytes, la fibrine, peut-être même certaines substances albuminoïdes, subissent, en mourant plus ou moins vite, une fonte granulo-graisseuse », et contribuent pour leur part à la coloration spéciale du liquide quand la quantité de matières grasses y est très petite; on a donc affaire, dans les ascites chyleuses, à une forme « rare ou rarement constatée d'épanchement péritonitique en voie de régression granulo-graisseuse. »

La meilleure objection que l'on puisse présenter à cette théorie a été

(1) Dans un cas unique de Winckel, on observa dans le liquide un nombre très considérable de petits entozoaires filiformes à cils vibratiles.

développée par Debove dans un mémoire important lu à la Société médicale des hôpitaux en 1881. Il est assez fréquent que des ponctions répétées à de cours intervalles soient nécessaires dans les épanchements chyliformes du péritoine; or comme, dans ces cas, les liquides retirés à chaque paracentèse ont à peu près tous la même composition, cela prouve surabondamment qu'ils ne proviennent pas de la fonte graisseuse des globules de pus ou des fausses membranes, car, si c'était là leur origine, la proportion des matériaux solides différerait beaucoup d'une ponction à l'autre, ce qui est loin d'être la règle, ainsi que le prouve, après plusieurs autres, le cas de Strauss dont nous parlerons tout à l'heure. Pour Debove, ainsi que pour Mme Perrée, son élève, les ruptures des chylifères ne sont démontrées par aucun fait indiscutable ou sont des accidents d'autopsie, et il admet qu'il « peut se produire dans l'économie, notamment dans les cavités séreuses, de la graisse émulsionnée »; il ignore de quelles transformations elle est le résultat, et s'abstient, à ce sujet, de toute hypothèse.

Les choses en étaient là lorsqu'une observation de Strauss vint prouver, d'une manière absolue, la possibilité de la présence du chyle dans la cavité péritonéale. Ayant retiré du liquide chyliforme par une première ponction, il donna à son malade du lait additionné de beurre : une nouvelle paracentèse devint rapidement nécessaire, et le produit obtenu, analysé par Guinochet, fut trouvé des plus riches en butyrine, graisse que l'on ne rencontre en grande quantité que dans le beurre. La démonstration fut encore complétée par les résultats de l'autopsie : on trouva un cancer généralisé du péritoine, deux fistulettes chyleuses, des ecchymoses sous-séreuses de chyle, et enfin, par places, la muqueuse intestinale absolument laiteuse par suite de la réplétion des villosités par de la graisse ; toutes ces lésions résultaient de l'imperméabilité des ganglions lymphatiques devenus cancéreux et de l'obstruction de tous les lymphatiques à leur émergence de l'intestin par des noyaux néoplasiques.

S'appuyant sur ce fait ainsi que sur ceux observés par Rokitansky, Quincke et Whitle, Strauss soutient que l'ascite chyleuse « résulte toujours d'une lésion ou d'un obstacle siégeant sur les vaisseaux chylifères, les ganglions ou le canal thoracique ».

Faut-il être aussi absolu que lui ? c'est ce que des observations nouvelles pourront seules établir; en tout cas nous ferons remarquer dès maintenant que l'épanchement chyleux est compatible avec une longue survie (2e obs. de Letulle) et que l'existence de graves altérations des chylifères s'accorde difficilement avec ce fait.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

La Symphyse cardiaque.

L'oblitération de la cavité péricardique a été depuis longtemps observée; elle l'avait été même avant Morgagni, qui le premier mentionnait, à propos d'elle, l'état du muscle cardiaque. Mais, si la lésion était bien connue, il n'en est pas de même de ses symptômes. Bouillaud avouait n'avoir aucun moyen de la diagnostiquer, et nous n'étions guère plus avancés de nos jours, malgré les remarquables leçons, pour ne citer que quelques noms, des professeurs, Riegel, en Allemagne, Peter, Sée et Jaccoud, en France.

C'est cette lacune qu'a cherché à combler, dans une thèse récente, M. Morel-Lavallée (1).

(1) A. Morel-Lavallée. Th. Doct. Paris, 1886. — Steinheil, éd.

©BIU Santé

Rassemblant ses matériaux épars, là où il les trouvait, — car il n'avait été publié aucune monographie digne de ce nom sur une affection encore trop peu étudiée pour avoir pris vraiment rang dans le cadre nosologique, — l'auteur a fouillé avec soin les travaux de ses devanciers, et aux résultats de cette étude il a pu joindre et comparer ceux de son expérience personnelle. Il a eu en effet le mérite et la chance de réunir, en deux ans, une trentaine d'observations, dont près de la moitié lui appartiennent, en propre, d'une maladie dont il a par cela même démontré la fréquence relative, niée jusqu'à la publication de son travail.

Nous allons tâcher d'exposer brièvement où en est sur la symphyse cardiaque l'état de la science tel qu'il ressort de la lecture de ces pages instructives.

Nous ne nous arrêterons pas sur la physiologie du péricarde, sujet pourtant négligé, écourté dans tous les ouvrages classiques, et traité d'une façon très remarquable par M. Morel-Lavallée, qui reproduit là le résultat des recherches de son maître, M. Fr. Franck. Sur la table d'autopsie, il est possible de reconnaître si l'adhérence des deux feuillets du péricarde est ancienne, si elle résulte d'une série de péricardites, ou si elle s'est faite déjà d'une façon intime, en quelques jours, par un processus rapide (symphyse aigue). Or il est maintenant avéré que le myocarde est susceptible, non seulement de dilatation, mais d'hypertrophie dans un temps extrêmement court. Dans la symphyse cardiaque, on trouve le cœur tantôt hypertrophié, tantôt atrophié. Est-ce au hasard? Non; dans la symphyse consécutive à la péricardite *franche* aigue du jeune âge, l'hypertrophie est la règle; l'atrophie se rencontre le plus souvent, quand elle existe, dans les symphyses dues à des processus prolongés (tuberculose, artério-sclérose, médiastinite chronique).

On trouve en outre, presque toujours, des insuffisances ou des rétrécissements valvulaires, mais l'endocardite n'en est pas seule coupable; souvent elle manque, et la cause en est alors à la déformation des orifices par l'infiltrat de la séreuse et cela aussi bien à l'orifice aortique qu'au mitral.

Le myocarde est altéré, cirrhosé, bien qu'à un moindre degré qu'on ne le pense. Enfin il y a, ou non de la médiastinite, véritable *péricardite externe*.

Quelles sont les causes de cette annihilation du péricarde? En première ligne, la péricardite du rhumatisme articulaire aigu, fréquente surtout dans le jeune âge. Puis les inflammations chroniques : tuberculose, néphrite interstitielle, diathèse fibreuse, sclérogène, alcoolisme. Or, l'étiologie influerait à un haut degré sur l'évolution de la lésion : tandis que ces dernières maladies donneraient lieu à des symphyses tolérées, souvent latentes, avec cœur petit, la symphyse par péricardite rhumastismale, plus fréquente, précoce, détermine rapidement une énorme hypertrophie du cœur. C'est elle que nous verrons avec un cortège symptomatique bruyant et émouvant, tuer en quelques années le patient, enlevé toujours à l'âge adulte.

Quels sont donc les symptômes? Le plus souvent ceux d'une hypertrophie du cœur. Et cependant il peut y avoir une dépression de la paroi précordiale, quelquefois permanente, souvent rythmique, systolique, prédominante à la pointe, et exagérant le phénomène de la *pulsation négative*. Le fait du ressaut diastolique est connu, mais il peut exister sans retrait systolique.

Mais le symptôme qui frappe le plus, est l'ondulation précordiale, pouvant exister en n'importe quel endroit de la paroi, et s'exagérer au point de constituer le *mouvement de roulis* de M. Jaccoud.

Nous ne pouvons naturellement nous étendre ici sur les *dix-neuf* chapitres où M. Morel-Lavallée a décrit tous les signes de la symphyse cardiaque. Disons seulement qu'il a étudié avec le plus grand soin les symptômes fournis par le pouls artériel et veineux et que c'est sur la concordance de plusieurs des signes fournis par 1° l'examen du du cœur; 2° l'inspection des mouvements respiratoires et des phénomènes vasculaires, qu'il a été assez heureux pour établir les éléments du diagnostic, alors qu'il avouait franchement n'avoir aucun signe qui fût à lui seul pathognomonique.

Dans la pratique, la symphyse cardiaque réalise quelques types cliniques à peu près constants, à l'étude desquels nous renvoyons le lecteur. Signalons ici l'apparition, pas très rare, de l'angine de poitrine, la grave signification de ce symptôme, le danger qu'offre l'apparition d'une lésion valvulaire surajoutée.

© BIU Santé

En somme la symphyse cardiaque, *qu'il est le plus souvent possible de diagnostiquer*, est une affection assez fréquente, nous nous sommes laissé dire que dans tel service de Paris on en aurait relevé cette année plusieurs cas. Son pronostic serait des plus graves, s'il est vrai que la symphyse *d'origine rhumatismale, la plus fréquente, acquise dans le jeune âge, menace toujours la vie à une échéance rapprochée.* Nous croyons même que l'auteur a exagéré l'ombre du tableau, et que tel est l'avis de plusieurs de nos maîtres des hôpitaux.

Quoiqu'il en soit, l'œuvre de M. Morel-Lavallée porte les traces d'un labeur consciencieux, que l'auteur a du reste fort brillamment mené à bonne fin. Il a réussi à mettre en lumière plusieurs points d'une affection souvent méconnue, et dont il a ainsi facilité le diagnostic. Certains chapitres, tels que la physiologie du péricarde, — et la symptomatologie que nous avons à peine esquissée, — sont certainement remarquables, et se refusent à toute analyse. — Dr E. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Étiologie du tétanos; discussion. — Rapport sur une observation intitulée : « Phlegmon du ligament large; laparotomie sous-péritonéale. » — Présentation de malade : Kyste du poignet. — Présentation de pièce pathologique : Double hémato-salpingite; ablation par la laparotomie des deux trompes et des ovaires. — Élection d'un membre titulaire.

M. de Saint-Germain offre en hommage un ouvrage qu'il vient de publier avec la collaboration de M. le docteur Valude, et qui a pour titre : *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants*, avec une introduction de M. le professeur Panas.

— M. Larger fait une communication sur l'*étiologie du tétanos*. Depuis sa première communication sur la nature infectieuse de la maladie, la question a marché, grâce à l'intervention heureuse de M. Verneuil.

M. Larger apporte aujourd'hui de nouveaux faits relatifs à une épidémie de tétanos observée à l'hôpital de Colmar, dans le service de M. le docteur Macker.

Dans les premiers jours de janvier 1882, un adulte entre dans ce service pour une plaie de la main. Il y contracte le tétanos et meurt.

Quelques jours après, un autre adulte, également blessé à la main, est admis dans le lit situé immédiatement à gauche du précédent; le tétanos l'atteint et il succombe, comme l'autre, en trois jours. Au même moment, un enfant de 7 ans, atteint de tumeur blanche, est placé dans le lit situé à droite de celui du premier malade. Amputé de la cuisse, il meurt du tétanos cinq jours après.

En septembre 1886, un adulte, blessé au doigt, séjourne dans le lit occupé par le premier tétanique de 1882. Il contracte à son tour le tétanos, mais a la chance de guérir.

Des renseignements fournis par le docteur Macker, il résulte :

1° Que le refroidissement ne peut être invoqué que pour le deuxième malade, nullement pour les autres;

2° Que le tétanos n'existait pas dans la ville en janvier 1882, ni en septembre 1886

3° Que l'origine équine ne peut être démontrée pour ces cas, mais que M. le docteur Hirtz a observé l'été dernier un paysan, lequel avait eu un doigt broyé par suite d'un mouvement brusque de son cheval, et qui succomba au tétanos en peu de jours;

4° Qu'enfin la salle de chirurgie de l'hôpital n'a subi aucune réparation, aucune désinfection sérieuse dans l'intervalle de 1882 à 1886.

Il résulte rigoureusement de ce qui précède : que la salle de chirurgie de l'hôpital de Colmar a été, en janvier 1882, le théâtre d'une petite *épidémie* de tétanos. Ce n'est pas une *pseudo-épidémie* produite par les courants d'air, ainsi qu'on l'a avancé ici et ailleur pour des cas semblables, car le refroidissement est nié, sauf pour un malade.

©BIU Santé

D'ailleurs, ni Thiriar, à Bruxelles, ni Blanc, à Bombay, ni Labarrière, à Poissy, n'ont observé ces fameux courants d'air sur leurs tétaniques. Dans l'endémo-épidémie de Carrières-sous-Poissy, on ne saurait les faire intervenir sans heurter le bon sens. Il faut donc définitivement renoncer à cette cause étiologique du tétanos, cause adjuvante sans doute, mais dans certains cas seulement.

Une coïncidence frappante dans les faits du docteur Macker est celle-ci : que deux tétaniques occupaient le même lit à quatre ans et demi d'intervalle. Coïncidence toute fortuite, dira-t-on. — Soit, mais qu'il soit permis de faire observer que c'est la quatrième fois que cette circonstance *fortuite* se produit dans les quelques faits relatés ci-dessus. En effet, un intervalle de dix ans sépare l'invasion du tétanos chez les deux chevaux de la même écurie d'Achères : ou trouve deux ans entre le tétanos du dernier cheval et celui de la femme blessée devant l'écurie en question ; il y a onze ans entre le tétanos du premier ouvrier de Barentin et celui du deuxième ouvrier habitant la même chambre ; enfin, quatre ans et demi séparent le premier et le deuxième tétaniques occupant le même lit à Colmar.

D'autres faits ont trait à la médecine vétérinaire ; M. Larger les tient de l'obligeance de M. Nocard, professeur à Alfort.

Pendant vingt-cinq ans, M. Cagnat, vétérinaire à Saint-Denis, n'observe pas un seul cas de tétanos dans sa clientèle. En 1884, il enlève une tumeur du testicule à l'aide de l'écraseur linéaire : le cheval meurt du tétanos. Dans l'espace de six mois, 5 autres chevaux subissent diverses opérations avec ce même écraseur : ils meurent tous les cinq du tétanos.

Dans le même moment, M. Cagnat opère d'autres chevaux avec ses instruments de trousse ordinaires sans qu'un seul devienne tétanique. Sur les conseils de M. Nocard, l'instrument est plongé dans l'huile presque bouillante ; l'écraseur en question a servi depuis lors à de nombreuses opérations *sans qu'une seule ait été suivie de tétanos*.

Il faut avouer que ces faits, dont la rigueur équivaut presque à des expériences de laboratoire, sont singulièrement démonstratifs.

M. Verneuil fait remarquer que, depuis trois mois à peine que la question de la contagiosité du tétanos a été soulevée, les faits à l'appui de cette opinion ne cessent de se multiplier. Le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, en particulier, contient des observations nouvelles et très probantes ; non moins probantes que le cas remarquable relaté dans la communication de M. Larger, où l'on voit un vétérinaire qui perd du tétanos tous les chevaux auxquels il pratique une opération avec un même instrument, tandis que tous ceux opérés avec un instrument différent guérissent très bien, de même que tous ceux opérés avec le premier instrument désinfecté par le levage dans l'huile bouillante.

On cite encore le fait d'un vétérinaire dont toutes les opérations étaient suivies de mort par tétanos, tandis qu'un autre vétérinaire exerçant dans la même localité sauvait tous ses opérés.

A Noisy-le-Sec, le tétanos existe actellement à l'état endémique ; on n'y peut plus, pour ainsi dire, faire d'opération sans que le tétanos s'y montre. Il n'y a pas d'année où l'on n'observe au moins quatre ou cinq cas de tétanos sur un nombre total de trois cents chevaux environ qui existent dans cette localité. Des chevaux opérés et placés dans une même stalle à sept semaines d'intervalle, y meurent du tétanos.

Des observations analogues avaient déjà été faites en 1871, pendant le siège de Paris. Un malheureux soldat occupé à dépecer, pour s'en nourrir, un cheval qui venait d'être tué, reçoit un éclat d'obus qui le blesse à l'épaule ; il est transporté à l'ambulance, où il meurt du tétanos ; trois jours avant sa mort, un autre blessé entre dans la même ambulance, est placé à côté du premier, et meurt du tétanos.

Il semble résulter de relevés statistiques faits avec le plus grand soin que le tétanos se manifeste d'une manière plus particulière chez les individus dont le traumatisme a eu le cheval pour auteur. On cite, entre autres, le cas d'un épicier qui, blessé par son cheval, à la suite d'une chute du haut de sa voiture qu'il conduisait lui-même, est pris de tétanos dont il meurt. Un an après, sa veuve se remarie ; un accident semblable

© BIU Santé

arrivé au second mari, avec le même cheval et la même voiture, entraîne encore la mort par tétanos. Il semble à M. Verneuil qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence, et que l'influence de la contagion du cheval au cheval, du cheval à l'homme, et enfin de l'homme à l'homme, est bien près d'être démontrée par les faits recueillis jusqu'à ce jour.

M. Trélat déclare que, depuis seize ans, il a comme le sentiment que le tétanos est une maladie infectieuse et contagieuse. Il avait observé, pendant la guerre de 1870, que dans les ambulances infectées le tétanos était fréquent, tandis que, dans les locaux qui n'avaient pas subi l'infection de nombreux blessés, on le voyait rarement. Depuis lors, l'idée de la contagiosité du tétanos est demeurée dans son esprit à l'état de sentiment, et il pense que, tant qu'on n'aura pas découvert le microbe ou la substance animale, qui est l'agent ou le support de l'agent de la contagion (comme dans la rage, par exemple, M. Pasteur a découvert que l'élément contagieux se cachait dans la substance médullaire), tant que cette découverte n'aura pas été faite, il convient de se tenir sur la réserve. Toutefois, on peut d'ores et déjà, sinon affirmer, du moins supposer la propriété infectieuse et contagieuse d'une maladie que l'antisepsie tend à faire disparaître, comme elle a fait pour un grand nombre d'autres accidents.

M. Kirmisson a observé, dans le service de M. Théophile Anger, dont il était le remplaçant, un fait qui semble venir à l'appui des rapports du tétanos avec les traumatismes produits par le cheval. Un individu, couché dans une écurie, reçoit sur la tête un coup de pied de cheval. Malgré un lavage fait avec soin et la suture de la plaie suivie d'un pansement antiseptique, le blessé est emporté en quelques jours par le tétanos. A l'autopsie, on constate une fracture du crâne dans laquelle étaient restés des débris du foin et de la paille ayant servi au cheval.

M. Verneuil, répondant à M. Trélat, lui fait observer qu'en attendant les expériences de laboratoire à la recherche du microbe ou de l'agent de la contagion, il y a l'étude clinique qui a établi péremptoirement la transmission du tétanos du cheval au cheval, du cheval à l'homme et de l'homme à l'homme.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation intéressante de M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agit d'une *femme* qui présenta des phénomènes de suppuration profonde de la fosse iliaque, avec flexion de la cuisse, après un accouchement laborieux. M. Houzel en pratiqua l'incision et le drainage, après avoir retiré avec la curette tranchante des débris de muscles sphacélés, et avoir pratiqué une injection à la solution phéniquée forte.

M. Pozzi fait quelques réserves sur l'opportunité de ce grattage qui pourrait être dangereux, vu le voisinage de gros vaisseaux, et sur l'injection d'une solution phéniquée *forte* dans cette grande cavité, à cause des dangers d'intoxication.

M. Houzel a intitulé son observation : « Phlegmon du ligament large, laparotomie sous-péritonéale ».

M. le rapporteur regrette l'emploi de cette dernière expression qu'il a lui-même le premier proposée dans un mémoire récent pour qualifier une opération de recherche avec décollement du péritoine de la fosse iliaque afin d'atteindre les collections pelviennes.

Dans l'observation de M. Houzel, il s'agissait simplement d'une incision d'abcès dont la poche est venue se présenter d'elle-même au bistouri après la section de la paroi abdominale, sans décollement péritonéal explorateur, par suite sans *laparotomie sous-péritonéale*.

M. le rapporteur conclut en adressant des félicitations au chirurgien de Boulogne-sur-Mer pour son heureuse intervention.

M. Trélat dit que le mot laparotomie est employé d'une façon abusive pour désigner toutes les opérations qui se pratiquent sur la paroi abdominale. Suivant lui, elle ne devrait être appliquée qu'à celles dans lesquelles l'incision porte sur *toute* la paroi, y compris le péritoine.

©BIU Santé

M. Championnière se range à l'opinion de M. Trélat; on ne doit pas, d'après lui, se servir du mot laparotomie ou du mot gastrotomie pour désigner, par exemple, l'ouverture d'un abcès ou d'un kyste de la paroi abdominale; ces expressions ne doivent être employées que lorsqu'on fait l'ouverture de la cavité péritonéale pour aller à la recherche soit d'un abcès, soit d'un kyste, soit d'une autre tumeur, pour rendre possible ou plus facile une opération sur les organes contenus dans la cavité abdominale. En appliquant la même expression à des cas très différents les uns des autres, on s'expose établir une confusion regrettable et qui peut avoir, dans certains cas, des conséquences fâcheuses.

M. Guéniot pense, contrairement à l'opinion exprimée par M. Pozzi dans son rapport, qu'il ne s'agit pas là d'une psoïtis, mais plutôt d'un abcès profond de la fosse iliaque; on ne comprendrait pas, avec une psoïtis entraînant l'altération de la gaine du muscle psoas, la rapidité de la guérison de la malade.

M. Pozzi n'a pas eu la prétention de porter un diagnostic à la place de celui de l'auteur; il a voulu seulement le compléter en disant que l'abcès du ligament large avait pu propager l'inflammation au muscle psoas.

Quant à la signification du mot laparotomie, M. Pozzi partage l'opinion de MM. Trélat et Championnière, et pense que ce mot doit être réservé, d'une manière générale, à la division de la cavité péritonéale.

— M. Terrillon, sous le titre suivant : *Double hémato-salpingite, ablation par la laparotomie des deux trompes et des ovaires*, présente les pièces anatomiques résultant d'une opération qu'il a pratiquée hier matin chez une femme âgée de 34 ans.

Cette femme, mère de quatre enfants dont le dernier a un an, souffrait, depuis le mois de juillet, de douleurs abdominales et de pertes sanguines continues. Une tumeur existait derrière l'utérus et se prolongeait à gauche.

Après avoir pratiqué la laparotomie, M. Terrillon enleva un kyste sanguin de la trompe droite, tombé derrière l'utérus dans le cul-de-sac recto-utérin, où il avait contracté des adhérences avec les parties voisines. C'était un cas type d'hémato-salpingite. La section porta sur la limite de la corne utérine et l'ovaire fut enlevé. Du côté gauche existait une lésion analogue, mais moins accentuée, la poche n'ayant que la grosseur d'un œuf; elle était adhérente à la partie postérieure du trou obturateur.

Cette trompe, dont le pavillon seul formait la poche sanguine, le reste étant hypertrophié, fut sectionnée aussi vers la corne utérine.

Le petit bassin fut lavé avec soin avec de l'eau bouillie tiède.

La malade a bien supporté l'opération; M. Terrillon promet de tenir la Société de chirurgie au courant de ce qui surviendra.

M. Terrillon présente, en second lieu, un malade qu'il a opéré avec succès d'un kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce contenant des grains riziformes et des fongosités en grand nombre.

L'opération, pratiquée avec l'aide de M. le docteur Routier et de M. le docteur Vogt, médecin du malade, donna issue à un liquide filant entraînant avec lui une douzaine de grains riziformes. Le raclage avec une petite curette en acier introduite dans la cavité en ramena encore à peu près autant, avec un certain nombre de fongosités qui tapissaient les parois de la cavité; toutes les fongosités de la gaine furent enlevées avec soin, ainsi que celles qui recouvraient le tendon du fléchisseur du pouce, puis la cavité fut soigneusement essuyée avec de petites éponges trempées dans une solution de sublimé au 2 millièmes. Drainage, suture au catgut, pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate hydrophile. Guérison complète de la plaie en dix jours sans suppuration. Les mouvements du pouce se rétablissent rapidement grâce à l'électricité et au massage.

L'examen microscopique des grains riziformes ne fait découvrir aucun bacille de la tuberculose. L'inoculation aux lapins n'a pas non plus donné de résultats, du moins jusqu'à présent.

M. Trélat, depuis la communication de M. Nicaise sur ce sujet, a toujours rencontré

©BIU Santé

des bacilles de la tuberculose dans tous les kystes synoviaux, contenant des grains riziformes et des fongosités, qu'il a opérés.

M. Kirmisson a constaté le phénomène de la *crépitation* très manifeste, dans un kyste synovial où il n'existait que des fongosités, sans trace de grains riziformes.

M. Peyrot a trouvé des gains riziformes gros comme des œufs de fourmis dans le pus d'un abcès de l'anus.

— M. Schwartz est élu membre titulaire. — A. T.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE DANS LES DEUX-MONDES.

Etude sur l'organisation de l'instruction médicale en Europe, en Amérique et en Australie (1).

Aux qualifications que nous avons énumérées, il convient d'ajouter un diplôme mixte que délivre le Collège royal des médecins après entente avec le Collège des chirurgiens, et qui confère un titre équivalent à la licence en médecine combiné au titre de membre du Collège royal des chirurgiens.

La même convention est intervenue entre le Collège royal des médecins et le Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, de même qu'entre les corporations identiques de Glasgow. Ces corps examinateurs délivrent des diplômes mixtes de licence.

Un arrangement analogue est en voie d'organisation entre les Collèges royaux irlandais pour la médecine et la chirurgie.

Les Collèges royaux des chirurgiens et les Facultés de médecine et de chirurgie de Glasgow délivrent des licences de chirurgie dentaire qui sont sous la garantie et la réglementation de l'Etat ; ses conditions sont réglées par le Dentist's Act.

Les Universités d'Oxford, de Cambridge, de Londres, de Durham, d'Edimbourg, de Glasgow, de Dublin; l'Université royale d'Irlande; les Collèges royaux de médecins de Londres et d'Edimbourg; la Faculté des médecins et chirurgiens de Glasgow, ont qualité pour délivrer, après examen, les certificats et les diplômes dont doivent être pourvus les officiers de l'état civil et les fonctionnaires du corps d'hygiène publique, ainsi que les médecins et chirurgiens de la flotte.

Les examens. — La durée des études professionnelles doit être, au minimum, de quarante-huit mois (quatre ans), dont au moins trois sessions d'hiver et deux sessions d'été doivent être passées dans une Ecole médicale officiellement reconnue. Pour l'obtention des degrés des Universités de l'Etat (excepté pour celles de Londres et pour la Royal University d'Irlande), les élèves sont tenus d'appartenir pendant une bonne partie de leurs périodes d'études médicales à l'Université dont ils désirent prendre les grades ou dans un Collège médical dépendant de ces Universités. Outre l'examen d'admission et deux examens portant sur les branches accessoires de la médecine, les candidats au diplôme de licence ou du premier degré, lequel confère le droit d'exercer la médecine sous certaines réserves, doivent passer leurs examens dits professionnels portant sur les sciences spéciales de l'art médical.

Ces examens comprennent la chimie (spécialement théorique et médicale), la physique (chaleur, lumière et électricité), l'anatomie, la psychologie, la médecine (comprenant l'anatomie médicale, la clinique médicale et la thérapeutique), la chirurgie (comprenant l'anatomie chirurgicale, la clinique chirurgicale) l'obstétrique et les accouchements avec les maladies spéciales des femmes et des nouveau-nés, la théorie et la pratique de la vaccination, la médecine légale, l'hygiène et les maladies mentales.

Les Ecoles. — En Angleterre, les grands hôpitaux s'organisent en Ecoles de médecine dont les chefs de service sont les professeurs et les suppléants les professeurs agrégés. A l'hôpital est annexé tout ce qui constitue l'Ecole de médecine proprement

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre 1886.

©BIU Santé

dite, les bureaux, la direction, les amphithéâtres de cours, ceux d'examen, ceux de dissection, la bibliothèque, les musées dont les élèves de l'hôpital ont seuls la jouissance, les laboratoires et autres dépendances. Dans plusieurs de ces établissements sont réalisés et réunis tous les perfectionnements de la pédagogie moderne.

Quelquefois l'Ecole de médecine forme un établissement distinct; l'hôpital est une annexe plus ou moins éloignée de l'Ecole. Les élèves ne peuvent donc pas, comme en France, comme à Paris du moins, visiter ou suivre, sinon à titre d'exception, les divers services dans plusieurs hôpitaux différents, et aller où les attirent leurs préférences, leur curiosité ou leurs caprices du moment. Néanmoins, il convient d'ajouter que la richesse et la multiplicité des services dans un même hôpital est de nature à satisfaire toutes les activités.

Les Ecoles médicales du Royaume-Uni sont aussi nombreuses que vastes, ce sont, pour Londres, les Ecoles-Hôpitaux de Saint-Bartholomew's, de Charring Cross, de Saint-Georges, de Guy, de Sainte-Marie, de Middlesex, de Saint-Thomas, de Westminster, avec les Facultés médicales de King's College et d'University College.

Aux précédents, ajoutons encore le London School of Medicine for Women (Ecole de médecine de Londres pour les femmes) qui s'adjoint, pour les études de clinique, le Royal Free Hopital (hôpital royal libre), l'Ecole d'anatomie et de chirurgie de Thomas Cook et l'Ecole médicale préparatoire du West London Hopital.

Pour les provinces anglaises, l'instruction médicale se dispense, principalement dans le Queen's College de Birmingham, dans l'Owen's College de Manchester, le Collège médical de l'Université de Durham, à Newcastle on Tyne, à l'Ecole de médecine dépendant du Collège universitaire de Bristol, à la Faculté médicale du Collège universitaire de Liverpool, dans les Ecoles de médecine attachées aux Yorkshire College de Leeds et au premier Collège de Sheffield.

Aux Universités d'Oxford et de Cambridge, *on ne se pique pas* de former des médecins et de donner une éducation médicale complète; mais on dispense, à Cambridge, une instruction élémentaire assez soignée sur un certain nombre de branches de la science médicale, comme il convient à des fils de praticiens qui aspirent à plus haut qu'à devenir des spécialistes du Caducée.

Ce que nous avons dit de la culture active des sciences médicales en Écosse fait prévoir la multiplicité et l'importance des grands établissements d'instruction scientifique. Ce sont d'abord les Écoles de médecine dépendant des Universités d'Aberdeen, d'Édimbourg et de Glasgow, l'École de médecine extra-académique d'Édimbourg, le Collège Anderson, l'École de médecine de l'Infirmerie royale et la Western School of medecine de Glasgow.

Ces établissements sont tous de premier ordre.

En Irlande, les principales Écoles de médecine sont au nombre de 8 : ce sont le School of physic d'Irlande, l'École du Collège royal des chirurgiens et les Queen's College (Collèges de la Reine), de Belfast, de Cork et de Galway. (*A suivre.*)

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 AU 30 NOVEMBRE 1886.

Mardi 17. — M. Delattre : Essai sur l'histoire de la saignée. (Président, M. Laboulbène.) — M. Crivelli : Nature et traitement de la blennorrhagie. (Président, M. Brouardel.)

Jeudi 18 et vendredi 19. — Pas de thèses.

Samedi 20. — M. Geoffroy : Causes et traitement de l'obésité. (Président, M. Proust.) — M. Collin : De l'érysipèle curateur et modificateur. (Président, M. Grancher.)

Lundi 22. — M. Lannois : Contribution à l'étude des hémorrhagies dans les néphrites. (Président, M. Hayem.) — M. Audiat : Des kystes hydatiques des muscles. (Président, M. Lannelongue.)

Du 23 au 28. — Pas de thèses.

© BIU Santé

Lundi 29. — M. Rebory : De l'emploi du phosphate de chaux contre les sueurs des phthisiques. (Président, M. Potain.) — M. Renault : De la diphthérie consécutive à la rougeole. (Président, M. Lannelongue.)

Mardi 30. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'OTORRHÉE. — Würkner.

Lorsque l'otorrhée déjà ancienne s'accompagne d'une suppuration abondante et fétide, on pratique d'abord, pendant 3 ou 4 jours, des irrigations dans le conduit auditif, avec une solution aqueuse de sublimé corrosif à 1 p. 100. Puis, quand la suppuration est un peu amoindrie, on a recours à des injections faites avec une solution alcoolique renfermant de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. de bi-chlorure de mercure pour 100 grammes d'alcool. — Le traitement, au dire de l'auteur, réussit assez souvent dans les otites suppuratives anciennes. — N. G.

COURRIER

ACADÉMIE DES SCIENCES. — La section d'anatomie et zoologie a présenté, dans l'ordre suivant, les candidats à la place laissée vacante, il y a dix-huit mois, par la mort de M. Milne-Edwards :

En première ligne, M. Sappey ; en deuxième ligne, M. Dareste ; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Filhol, Périer, Ranvier; en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Sous ce titre fonctionne, depuis longtemps, dans notre principale colonie, un service qui a été institué en vue d'assurer aux indigents des secours médicaux gratuits.

Le personnel comprend une centaine de médecins, qui sont divisés en cinq classes, auxquels correspondent des traitements variant de 3,000 à 5,000 francs. Les titulaires des circonscriptions médicales ont, en outre, droit au logement ou à une indemnité représentative fixée à 500 francs. A ces allocations fixes peuvent s'ajouter des honoraires provenant tant de la clientèle payante que des services spéciaux, tels que vacations judiciaires, police des mœurs, service médical des hôpitaux, etc. Toutefois, ces avantages varient notablement d'une localité à l'autre. Presque nuls dans certaines circonscriptions où la population européenne est noyée dans l'élément indigène, ils ont, dans d'autres, une réelle importance. Les médecins de colonisation sont choisis, par le gouverneur de l'Algérie, parmi les docteurs en médecine n'ayant pas dépassé trente-cinq ans; mais la limite d'âge est portée à quarante ans pour ceux qui comptent cinq ans de services militaires.

Nous avons cru utile de donner ces renseignements sommaires sur une institution qui est si peu connue en France. Ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir des indications plus complètes les trouveront dans le décret du 23 mars 1883, qui a réorganisé le service dont il s'agit. (*Gaz hebdom.*)

LES ARRIVAGES DE L'EXTRÊME-ORIENT ET LES QUARANTAINES. — Les habitants de Toulon ont forcé le gouvernement français à aménager, dans les îles de Port-Cros et de Bagau, un sanatorium pour y recevoir les navires amenant les passagers militaires de l'Extrême-Orient et notamment du Tonkin. Le service sanitaire installé dans ces îles a fonctionné avec la plus grande régularité depuis plusieurs mois; mais les mauvais temps en rendent l'approche difficile pendant l'hiver, et tout récemment un navire a failli y sombrer; d'autre part, les dépenses y sont considérables. Aussi le ministre du commerce et de l'industrie a-t-il décidé, il y a quelques jours, que ces arrivages subiraient les mesures quarantenaires dans l'île de Ratoneau, dépendant du lazaret du Frioul, dans la rade de

©BIU Santé

Marseille. On sait que la France y possède l'un des plus remarquables et des plus complets établissements sanitaires du monde entier, et que la surveillance y est des plus faciles.

Néanmoins les habitants de Marseille, la Chambre de commerce de cette ville et ses représentants ne cessent en ce moment d'assaillir le gouvernement de réclamations; ils prétendent que cette mesure leur porte un préjudice très grave, et qu'elle est capable, sinon d'introduire le choléra dans leur cité, du moins d'en rendre les provenances suspectes dans les autres pays. Or le lazaret du Frioul sert depuis longtemps pour tous les arrivages maritimes; les transports et les navires s'y arrêtent tous pour la visite sanitaire, la désinfection, et au besoin la séquestration des voyageurs. Les navires qui amènent des troupes de l'Extrême-Orient n'éprouveraient aucune difficulté à y séjourner également, et la surveillance sanitaire peut s'y exercer de la manière la plus rigoureuse, beaucoup mieux que partout ailleurs. Les Marseillais espèrent sans doute que leurs plaintes amèneront l'État à entreprendre à ses frais l'assainissement de leur ville, qu'ils n'ont pu encore commencer malgré l'urgence. Quoi qu'il en soit, les navires en question ne vont plus séjourner au Frioul, et, pour complaire aux réclamations trop calculées des villes du littoral, les soldats de la France devront se rendre tout d'abord en Algérie, au lazaret du cap Matifou, avant d'obtenir libre pratique pour la France.

(*Gaz. hebdom.*)

Société d'anthropologie de Paris. — La troisième conférence Broca aura lieu à la Société d'antropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, le jeudi 9 décembre, à quatre heures. M. le docteur E.-T. Hamy fera cette conférence sur les Races humaines de la vallée du Nil.

Elle sera suivie de la lecture du rapport sur le prix Broca, par M. Chudzinski. — On délivre des cartes au siège de la Société.

Le bureau de la Société d'antropologie de Paris, pour l'année 1887, est ainsi constitué :

Président, M. Magitot; 1er vice-président, M. Pozzi; 2e vice-président, M. Mathias-Duval; secrétaire général, M. Letourneau; secrétaire adjoint, M. Hervé; secrétaires annuels, MM. Manouvrier, Fauvelle; conservateur des collections, Chudzinski; archiviste, Dally; trésorier, de Ranse.

Commission de publication : MM. Dureau, Lagneau, Thulié.

École pratique. — *Cours de médecine opératoire oculaire.* — Le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours le vendredi 17 décembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves seront exercés aux opérations.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Roux est nommé chef des travaux cliniques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.

M. Lecordonnier est nommé préparateur du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Rennes. — M. le docteur Dayot est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Lory, professeur de géologie et minéralogie, est nommé doyen de la Faculté.

— M. le docteur Flaissières, conseiller municipal, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la Bibliothèque de Marseille.

Hôpital Necker. — M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 8 décembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, rue 24, Chaucbat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Paul Chéron : Sur l'ascite. — II. Clemente Ferreira, de Rezende (Brésil) : De l'emploi de la terpine dans les affections broncho-pulmonaires. — III. E. Duval : Paralysie promptement guérie par l'hydrothérapie pendant la saison hivernale. — IV. Revue des Journaux : Influence de la peur sur le mouvement intestinal. — L'iodol dans la pratique chirurgicale. — Les micro-parasites de la blennorrhagie urèthrale de l'homme. — Le méricisme. — V. Académies et Sociétéssavantes : Académie de médecine. — VI. Variétés : La médecine dans les Deux-Mondes. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Sur l'ascite (1).

II

On vient de ponctionner une ascite, peut-on tirer des conclusions diagnostiques et pronostiques de l'examen du liquide, c'est ce que nous allons maintenant examiner rapidement.

L'épanchement péritonéal n'est pour ainsi dire jamais idiopathique ; il se produit soit par gêne de la circulation, locale ou générale, soit par irritation ou inflammation de la séreuse, soit enfin par altération du sang ainsi que dans les cachexies.

Dans les stases portes, la sérosité, d'après Hoffmann, contient des quantités d'albumine très variables, de 1 à 25 p. 100, et, pour Runeberg, son aspect varie d'après sa richesse en cette substance ; si elle en renferme peu, elle est opaline et jaune clair, tandis que, si la proportion devient considérable, sa couleur est bien plus foncée ; comme éléments figurés, on rencontre des globules rouges en petit nombre et surtout des globules blancs. Lors de stase générale, le liquide est plus foncé, plus riche en globules rouges, mais, ainsi que dans le cas précédent, l'épanchement ne contient pas de fibrine et ne laisse pas de dépôt dans le verre où on l'abandonne. Le résidu solide, d'après Méhu, s'éléverait en moyenne à 20 p. 100.

Lors d'inflammation péritonéale, simple ou due à une poussée tuberculeuse, le liquide est jaune citron clair, renferme des flocons de fibrine et laisse déposer des globules blancs et rouges assez nombreux ; dans d'autres faits, il est légèrement trouble et dégage une odeur de fromage en décomposition à laquelle Terrillon accorde une grande valeur diagnostique. Ces épanchements peuvent se coaguler spontanément et quelquefois un assez long temps après leur sortie de l'abdomen ; le caillot, d'abord volumineux et demi-transparent, se rétracte peu à peu, et on le trouve composé de fibrine ordinaire. La proportion d'albumine est toujours considérable et le résidu solide atteindrait 40 p. 100, ainsi que dans les ascites par irritation.

Dans ces dernières, le liquide peut revêtir des aspects très divers. Tantôt, en effet, il est albumineux, assez limpide, mais coloré et ressemblant à un mélange de bile, tantôt, au contraire, trouble, jaunâtre, sale et se clarifiant par le repos. Le sédiment renferme des globules rouges et blancs et, dans le cas de tumeur maligne, de grandes cellules irrégulières possédant autour du noyau central des granulations nombreuses. Les liquides chyleux, nous l'avons vu, se rencontrent aussi dans ces cas.

L'ascite bilieuse ne se voit que dans l'ictère. Enfin les ascites cachectiques se caractérisent par un liquide presque incolore, légèrement opalescent et

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

©BIU Santé

ne contenant presque pas d'éléments figurés ; la proportion d'albumine varie de 1 à 1,5 p. 100.

Dans quelques cas, le liquide de l'ascite est sanglant, et, ainsi qu'on l'a fait remarquer depuis longtemps, il ne faut pas se hâter, à la suite de cette constatation, de conclure à l'existence d'un cancer abdominal ; le sang peut en effet manquer dans des cas de cancer et se montrer dans des épanchements dus à l'inflammation simple de la séreuse.

Si l'on envisage toutes ces recherches d'une façon générale, on voit qu'en fait l'étude du liquide ascitique en lui-même donne peu de renseignements bien utiles et qu'il ne peut guère aider que d'une manière secondaire au diagnostic de l'affection qui est la cause de l'épanchement.

III

L'apparition d'une ascite dans le cours d'une cirrhose atrophique du foie a été jusqu'à ces derniers temps regardée comme un signe pronostique des plus graves. Plusieurs observateurs avaient cependant remarqué que l'épanchement péritonéal pouvait disparaître pendant fort longtemps, ou même d'une manière définitive dans le cours de la sclérose hépatique vulgaire, mais tel était l'empire de l'opinion régnante que, sauf Leudet (de Rouen), ils avaient cru, dans ces cas, à des erreurs de diagnostic ou rattaché la production du liquide à l'existence de lésions péritonéales subaiguës.

L'idée que l'on se faisait de la pathogénie de l'épanchement ne permettait guère d'admettre qu'on pût, quelque traitement que l'on employât, en débarrasser complètement ou pour un long temps les malades ; aussi, lorsque Troisier apporta à la Société médicale des hôpitaux son observation de disparition d'ascite dans le cours d'une cirrhose, elle souleva une vive discussion.

A cette occasion, Guyot, Féréol, Dujardin-Beaumetz relatèrent des faits remarquables d'où il ressortit avec la plus grande évidence qu'un cirrhotique avéré (diagnostic vérifié par l'autopsie) pouvait définitivement ou temporairement guérir de son épanchement, et que, dans d'autres cas, ce symptôme pouvait se produire dès le début de la cirrhose, le foie étant alors susceptible de revenir à l'état normal.

Courtray de Pradel, dans une thèse inspirée par Hanot, a donné de cette évolution de l'épanchement une explication des plus plausibles. Se basant sur ce fait que les lésions vasculaires sont une des conséquences les plus habituelles de l'alcoolisme, que Balzer, Duret, Hanot ont vu des altérations des veines de l'estomac, du rectum et de l'œsophage chez les éthyliques avant le moindre symptôme de cirrhose, il admet que l'ascite temporaire reconnaît pour cause des troubles survenus dans la circulation des branches d'origine de la veine porte. Les lésions, qui amènent cette gêne circulatoire, consistent principalement dans la phlébite chronique des veines de l'estomac et des intestins, avec une formation possible de thrombus dans ces vaisseaux. Elles dépendent du passage de l'alcool, ainsi que les altérations intra-hépatiques de la veine porte qui se produisent plus tardivement et donnent lieu alors à l'épanchement classique.

Quelle que soit la valeur de cette hypothèse, il n'en reste pas moins établi que la cirrhose accompagnée d'ascite ne doit pas donner lieu à un pronostic fatalement mauvais.

La valeur diagnostique et pronostique de l'épanchement péritonéal est

© BIU Santé

encore très importante à connaître dans les tumeurs de l'abdomen, et les conséquences que peut avoir sa présence au point de vue opératoire nous décident à insister un peu sur cet ordre de faits.

Les cas dans lesquels l'ascite se rencontre sont, par ordre de fréquence, et pour ne tenir compte que des tumeurs communes, les kystes ovariques ordinaires, les myomes utérins, les kystes ovariques végétants, et enfin les tumeurs malignes.

Les kystes de l'ovaire à parois lisses et unies peuvent donner lieu à un épanchement subinflammatoire par leur ouverture dans la cavité péritonéale ; mais, quoique Terrillon et Reclus en aient rapporté des exemples, il est rare que, cet accident mis à part, la quantité de liquide soit très abondante. Dans les corps fibreux, l'ascite est assez exceptionnelle, mais il n'en est pas de même dans les kystes végétants de l'ovaire; ainsi que l'a dit Terrier, les végétations irritent le péritoine comme un véritable corps étranger, elles sécrètent elles-mêmes du mucus, et cette double cause suffit pour expliquer la production de l'épanchement. Les relations entre ce dernier et la malignité des tumeurs sont un peu discutées : pour Terrillon, quand il augmente constamment ou se reproduit avec une grande rapidité, sa valeur pronostique est très importante; pour Terrier, il convient, dans les mêmes conditions, d'être beaucoup moins affirmatif.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de tumeur une fois établi, et il est bien souvent nécessaire pour cela de recourir à la ponction ou à l'incision exploratrice, il y a lieu de rechercher si la présence du liquide crée des indications spéciales.

En premier lieu, l'épanchement n'empêche pas d'opérer, et, malgré l'opinion soutenue par Kœberlé au Congrès de Copenhague, Olshausen, Schrœder, ainsi que la plupart des chirurgiens, n'hésitent pas à conseiller d'intervenir surtout si l'ascite devient par elle-même une cause d'accidents, car on possède de nombreux cas où l'ablation de la tumeur a empêché la reproduction de l'épanchement.

L'opération une fois résolue, la complication doit elle modifier les règles habituelles de l'intervention? Faut-il, en un mot, employer ou non le drainage de la cavité abdominale?

Sur ce point particulier, les opinions sont très partagées, et cependant Terrillon semble être dans le vrai lorsqu'il conseille de régler sa conduite suivant les cas en présence desquels on se trouve. Si la tumeur est d'une énucléation facile, que la surface saignante résultant de son ablation soit peu considérable, on pourra fermer la cavité péritonéale; si, au contraire, les adhérences sont nombreuses, s'il est nécessaire de former plusieurs pédicules, le drainage est parfaitement indiqué et pourra être pratiqué soit par le vagin, soit par la paroi abdominale.

Quoique le premier mode semble offrir aux liquides un écoulement plus facile, il ne faut pas oublier que le vagin est un véritable « milieu de culture naturel », et que les précautions antiseptiques devront être, si l'on choisit cette voie, plus minutieuses que jamais. Elles sont aussi absolument indispensables dans le drainage par l'abdomen, mais ce dernier est d'une surveillance bien plus facile et devra être employé de préférence. Le drain, tube en caoutchouc ouvert seulement aux deux bouts, ou tube en verre, devra être désinfecté à l'intérieur par un tampon d'ouate iodoformée et hydrophile que l'on y promènera, et sera maintenu à l'extérieur sous un pansement de Lister; quant à l'écoulement des liquides, on l'obtiendra soit

©BIU Santé

en plaçant dans le drain des filaments de charpie peu serrés, soit en pratiquant de temps à autre l'aspiration à l'aide d'un appareil à vide, ce qui permet d'avoir un pansement moins souillé.

Paul Chéron.

De l'emploi de la terpine dans les affections broncho-pulmonaires,

Par le docteur Clemente Ferreira, de Rezende (Brésil).

Différents praticiens se sont attachés, depuis quelques années, à mettre en relief le rôle thérapeutique de la terpine et du terpinol dans les affections catarrhales de l'arbre aérien.

Le plus grand nombre des observations qui ont été publiées a trait à l'emploi de la terpine; celle-ci a mérité, en raison de son innocuité et de la facilité avec laquelle elle est tolérée, la faveur des cliniciens, qui l'ont préférée au terpinol, bien que les études et l'expérimentation cliniques de Dujardin-Beaumetz et de Guelpa semblent faire ressortir l'action beaucoup plus favorable et les effets plus bienfaisants de ce dernier dans les catarrhes pulmonaires.

Dès que j'ai connu les premières applications qui avaient été faites de la terpine, je me suis empressé de l'essayer dans ma pratique privée et hospitalière, et je puis, aujourd'hui, présenter plusieurs cas concernant diverses maladies de l'appareil broncho-pulmonaire, où j'ai employé le nouveau médicament avec d'excellents résultats.

Je n'ai pu essayer qu'une fois encore, à mon grand regret, le terpinol, dont les premiers échantillons sont arrivés d'Europe tout récemment, en dépit de mes demandes réitérées. Le premier malade à qui je l'ai administré en a retiré de grands avantages; il s'agissait d'un pneumophymique arrivé à la phase cavitaire, chez qui l'expectoration se montrait beaucoup trop abondante, et constituait une véritable bronchorrée fétide.

Quand il a eu pris un flacon de capsules de terpinol, les phénomènes catarrhaux se sont amendés, et la sécrétion catarrhale a diminué d'une façon frappante; en même temps les accidents d'auto-infection se sont montrés plus restreints, l'appétit est revenu et l'état général s'est sensiblement amélioré.

La terpine, ou hydrate d'essence de térébenthine, a été proposée et employée pour la première fois par le professeur Lépine (de Lyon), qui en a pu constater les effets marqués sur la muqueuse bronchique et l'action diurétique à la dose de 20 à 60 centigrammes. D'après cet expérimentateur, la terpine pourrait même, à la dose de 1 gr., guérir les névralgies et amender d'autres accidents nerveux. Elle pourrait donc remplacer avec avantage la térébenthine, dont elle posséderait tous les bons effets sans en avoir les inconvénients.

Après les premières recherches de Lépine sont venues les études de Dujardin-Beaumetz et de Guelpa à l'hôpital Cochin, et les résultats obtenus par ces observateurs n'ont pas été de tous points conformes à ceux qu'avait recueillis le professeur de Lyon. Tout en reconnaissant quelques propriétés anticatarrhales à la terpine, ils n'en ont pu constater les effets diurétiques et antinévralgiques, même à la dose de 2 ou 3 grammes.

Aussi ont-ils bientôt substitué le terpinol à la terpine, et leurs expériences ont mis en relief la supériorité du terpinol au point de vue des effets sur l'appareil respiratoire. Dans une belle leçon sur les nouvelles médications, le docteur Dujardin-Beaumetz, en s'occupant de l'action comparative de la terpine et du terpinol, s'exprime ainsi qu'il suit : « S'il fallait classer ces trois corps : térébenthine, terpine et terpinol, nous dirions que, pour les affections catarrhales des bronches, c'est le terpinol qui occupe le premier rang et la térébenthine le dernier; tandis que pour les catarrhes des voies urinaires, c'est l'ordre inverse qui existe, et c'est la térébenthiue qui occupe le premier rang et le terpinol le dernier, la terpine occupant un rang moyen dans l'une et l'autre de ces affections.

Germain Sée, qui a fait aussi des recherches sur l'action thérapeutique de la terpine, est arrivé à des conclusions qui mettent en évidence les excellents effets de ce corps

dans la phthisie catarrhale, les hémoptysies de la tuberculose commençante et les bronchites chroniques. D'après lui, la terpine aurait une action prompte, sûre et exempte d'inconvénients physiologiques; elle doit donc être préférée à l'essence de térébenthine et à la créosote, qui sont difficilement tolérées, toutes les fois qu'il s'agit de combattre une expectoration abondante et fétide, une sécrétion muco-purulente exagérée, qu'elle soit fournie par des cavernes pulmonaires ou par des dilatations bronchiques, ou bien qu'elle résulte de bronchorrhées anciennes et rebelles. Pour Germain Sée, donc, la terpine constituerait un modificateur énergique de la muqueuse respiratoire, un hémostatique et un antisécrétoire puissant, la meilleure dose étant celle de 1 gramme. Contrairement à l'opinion du professeur Lépine, il ne lui reconnait pas de propriétés diurétiques et antinévralgiques.

Le docteur Ch. Éloy, dans un excellent article de l'*Union médicale*, a résumé l'an dernier, d'une manière concise, mais complète et nette, les propriétés médicamenteuses du nouvel agent broncho-pulmonaire, en se fondant sur les résultats de la pratique de différents cliniciens et observateurs distingués. Ainsi, il établit que la terpine administrée à la dose de 10 à 30 centigrammes augmente la sécrétion bronchique, fluidifie les crachats et aide l'expectoration; à cette dose donc elle agit comme expectorant et doit être prescrite contre les bronchites subaiguës et chroniques. Aux doses élevées de 80 centigrammes à 1 gramme, elle agit comme un anti-sécrétoire, comme desséchant et hémostatique, et doit être utilisée pour le traitement des bronchorrhées rebelles, de la dilatation bronchique, des cavernes pulmonaires à sécrétion muco-purulente, profuse et abondante, et aussi contre les hémoptysies de la période initiale de la tuberculose.

Les résultats que j'ai recueillis dans ma clientèle hospitalière et privée semblent confirmer cette manière de voir, et les observations qui vont suivre démontrent les bons services que la terpine est appelée à rendre dans les nombreux cas d'affections catarrhales de l'appareil broncho-pulmonaire. Je ne l'ai pas encore employée dans les accidents hémoptoïques de la tuberculose commençante, de façon que je ne suis pas en mesure d'en juger la valeur hémostatique en de pareilles conditions. (*A suivre.*)

Paralysie promptement guérie par l'hydrothérapie pendant la saison hivernale.

Les paralysies sont des affections contre lesquelles échouent trop souvent toutes les médications, même l'hydrothérapie, nous n'hésitons pas à l'avouer. Cependant, nous devons dire que, lorsque nous avons à traiter une paralysie due à une cause rhumarismale hystérique et encore autres, nous obtenons presque toujours sinon la guérison, du moins des améliorations assez notables pour rendre beaucoup moins pénible la situation des malades. Aujourd'hui, nous allons entretenir nos lecteurs d'un cas de paralysie dont beaucoup de grandes célébrités médicales, entre autres les docteurs Ricord, Chauffard, n'osaient espérer la guérison. Voici le résumé très succinct de ce cas intéressant :

Le comte de X..., grand chasseur, qui menait une vie assez active, tantôt s'occupant de science, tantôt menant la vie à grandes guides; enfin, sachant bien employer son temps.

M. de X... nous fut adressé par le docteur D. Calvo; âgé de 32 ans, il avait eu dans sa jeunesse, c'est-à-dire à 22 ans, des accidents vénériens qui lui donnèrent l'idée d'aller voir notre confrère, pour savoir si sa paralysie ne dépendrait pas de la syphilis. Notre confrère le traita en conséquence, mais n'ayant pas obtenu d'amélioration, et l'état de M. de X... empirant plutôt, il nous l'adressa, pensant que peut-être, par l'eau froide, nous pourrions agir plus efficacement.

Le 28 juin 1868, M. de X... nous fut confié. « Depuis six mois, nous dit-il, j'ai commencé à éprouver des engourdissements dans tous les membres inférieurs, et, au mois de juillet, j'ai ressenti comme une pesanteur; mes jambes me semblaient lourdes; la marche devint alors difficile, et, au mois d'août, je tombais tout à fait paralysé.

©BIU Santé

MM. Ricord et Chauffard furent appelés en consultation; on me fit prendre plusieurs médications, la strychnine, la noix vomique, mais rien n'y fit. C'est alors que je fis appeler le docteur Calvo qui, autrefois, m'avait soigné pour une affection vénérienne. Après plusieurs tentatives par l'iodure de potassium, la paralysie continua quand même sa marche; les bras se prirent, et j'arrivai à ne plus pouvoir rien faire du tout. »

M. le comte de X... une fois entré, nous entreprîmes de suite le traitement. Nous commençons d'abord, pendant les trois premiers jours, par des lavages de tout le corps avec de l'eau à 8°.

Le 1er décembre, nous faisons transporter le malade dans la salle de douche où nous administrons une douche en pluie de vingt secondes, suivie de celle en jet brisé promenée sur tous les membres; eau à 6°.

Le 12, nous faisons prendre deux douches par jour.

Enfin, nous n'avions encore rien obtenu, lorsqu'à force de questionner le malade, je finis par apprendre que l'année précédente, à la chasse, il était resté trempé jusqu'aux os, plusieurs fois pendant au moins trois ou quatre heures, c'est alors que je portais un diagnostic précis en rassurant sa mère, Mme la marquise de X..., qui ne faisait que pleurer, croyant son fils perdu. « Pour moi, lui dis-je, nous avons affaire à une paralysie rhumatismale, et si mon diagnostic est sûr, votre fils sera guéri avant deux mois »; ce qui se réalisa.

Le 20 décembre, je fais précéder la douche du matin d'une sudation à l'étuve sèche.

Le 1er janvier, quelques mouvements se font sentir dans les membres supérieurs.

Enfin, le 25 janvier, M. le comte de X... commence à faire quelques pas dans la chambre, nous ne faisons plus transpirer le malade que tous les deux jours, et, à la fin de février, M. de X... nous quitte tout à fait guéri.

Pendant deux années encore, M. le comte de X... vint faire, pendant deux mois, de l'hydrothérapie.

Depuis, il s'est marié, est père de beaux enfants et se porte comme s'il n'avait jamais été malade; n'est-ce pas un des beaux faits de l'hydrothérapie?

E. Duval.
Direct. de l'étab. hydroth. de l'Arc-de-Triomphe.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Influence de la peur sur le mouvement intestinal, par M. le professeur Fubini. (Cabinet de physiologie de l'Université de Palerme. In *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. 277. Octobre.) — Les mouvements de l'intestin, d'après les expériences de Lehmann, ne s'exécuteraient dans la partie où on a établi une fistule que sous l'influence du passage de la bile ou des aliments. M. le professeur Fubini vient de démontrer qu'à ces excitants normaux de la contractilité intestinale il convenait d'ajouter les causes morales, entre autres la peur.

Les chiens mis en expérience, et parmi ceux-ci le professeur a eu soin de choisir les plus impressionnables, ont démontré que le sentiment de la peur activait les mouvements de l'intestin, de telle façon qu'un pois peut parcourir l'anse intestinale fistuleuse avec une vitesse qui est le double de la normale, si l'animal se trouve sous l'influence de cette excitation.

L'iodol dans la pratique chirurgicale. Etude de M. le docteur Gaëtano Mazzoni. (Compte rendu de l'Institut chirurgical de l'Université de Rome. In *Rivista di chirurgia*. Octobre. Tome V.) — L'iodol découvert par M. le professeur Camician, assistant de M. le professeur Cannizzaro, est un produit composé d'iode, de carbone, d'hydrogène et d'azote, dont la formule est $C^4 I^4 NH$. Ce nouveau produit se présente sous l'aspect d'une poudre impalpable, inodore, de couleur blanc jaunâtre, légère, avec une cristallisation microscopique.

De nombreuses expériences physiologiques et cliniques ont été faites avec l'iodol, et ses applications eurent toujours lieu pour l'usage externe, en solution, dans l'alcool et la glycérine.

Dans les affections syphilitiques (ulcères, adénites, etc.), ce produit a donné des résultats surprenants en peu de jours. On faisait quelques badigeonnages, ou bien l'on recouvrait les parties de la poudre médicamenteuse, et toujours le résultat était promptement bon. Dans toutes les plaies atoniques, le résultat fut le même, tandis que l'action de l'iodol était nulle dans les ulcères gangréneux à larges sphacèles.

Enfin, l'auteur a employé avec avantage ce produit dans les grandes opérations pour recouvrir les surfaces cruentées ou réunies par la suture après la désinfection des parties par la méthode antiseptique et les résultats ont été heureux sans que jamais on ait constaté des symptômes d'empoisonnement, comme cela a été vu maintes fois avec l'iodoforme dont l'odeur est si repoussante, tandis que l'iodol en est complètement dépourvu.

Les micro-parasites de la blennorrhagie uréthrale de l'homme, par Sebastiano Giovannini. Laboratoire de pathologie générale de l'Université de Bologne (prof. Tizzoni). — Des recherches expérimentales et des cultures faites avec le pus de la blennorrhagie ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Du muco-pus de la blennorrhagie uréthrale de l'homme, on peut isoler cinq espèces de micro-parasites différents entre eux par les caractères morphologiques, et surtout par ceux des cultures ;

2° De ces micro-organismes, deux variétés sont identiques à celles qui se trouvent à l'état normal dans l'urèthre de l'homme sain ;

3° Aucun de ces micro-organismes ne peut être rapproché de ceux qui déterminent la fermentation ammoniacale de l'urine ;

4° Aucun de ces micro-organismes injectés à des lapins sous la peau et dans le péritoine ne se comporte comme pyogène ;

5° Aucun de ces micro-parasites mis au contact de l'urèthre humain n'est capable de produire la blennorrhagie ;

6° En fin de compte, avec aucun des moyens ordinaires de nutrition, y compris le sérum de sang humain, on ne réussit à cultiver un micro-parasite possédant la propriété pathogène attribuée au gonococcus ; ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas un micro-parasite de la blennorrhagie, mais que celui-ci n'est pas cultivable avec les moyens mis actuellement en usage, ou bien qu'il subit rapidement une atténuation.

Le méricisme. Etude de M. le professeur Rusconi. (Premier-Milan, *Gazetta degli ospitali*, nos 93-94.). — Fabrice d'Acquapendente, le premier, a décrit deux cas de méricisme, c'est-à-dire de cette perversion qu'éprouvent certains sujets dans l'acte de la digestion, et qui leur fait ruminer leurs aliments comme des bœufs. M. le docteur Rusconi a relevé le plus grand nombre des cas connus (il y en a plus de 60) où cette étrange fonction digestive a été constatée. Quelle est la cause du méricisme? Chaque observateur a émis la sienne; en somme, on n'en sait rien. L'imitation est une cause qui plus d'une fois a contribué à la diffusion de cette infirmité qui rentrerait ainsi dans la grande classe des névroses. Les hommes y sont plus sujets que les femmes; les médecins en proportion plus grande que les autres professions. Le plus célèbre entre tous fut Brown-Séquard, qui ruminait à volonté et répétait sur lui-même les expériences classiques de Réaumur et de Spallanzani en avalant une éponge liée par un fil pour étudier les phénomènes de la digestion stomacale; peu après l'ingestion, l'estomac repoussait le corps étranger avec régurgitation des aliments jusqu'à la bouche, phénomène que notre célèbre physiologiste enregistra pendant bien des années.

Millot-Carpentier.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Yvon et Chastaing pour la section de pharmacie; de M. Emile Rivière pour la section des associés libres.

2° Une note de M. le docteur Bec contenant des observations au sujet de la suppression de l'inspectorat des eaux minérales. (Commission de l'inspectorat des eaux minérales.)

— M. le Président annonce que la séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 21 décembre prochain.

— M. Giraud-Teulon met sous les yeux de ses collègues un appareil destiné à substituer la lumière directe à la lumière latérale réfléchie dans l'éclairage ophthalmoscopique binoculaire.

— M. Tarnier offre en hommage le deuxième volume du *Traité d'accouchements* qu'il publie en collaboration avec M. le docteur Budin.

M. Panas présente, au nom de M. le docteur Meyer, un exemplaire de la 2e édition de son *Traité pratique des maladies des yeux*.

M. Lannelongue présente, au nom de M. le docteur L. Championnière, une brochure sur *la cure radicale des hernies*.

— M. Marc Sée fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Demons (de Bordeaux) relatif à l'emploi du drainage de la vessie après la taille hypogastrique.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer sa note dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— M. le docteur Henrot (de Reims) lit une note relative à un *projet d'organisation de l'hygiène publique en France*.

L'auteur se place plus au point de vue administratif que scientifique. Il a été frappé de l'insuffisance des moyens légaux dans une récente épidémie de variole, qui a fait de nombreuses victimes. On n'aurait pu empêcher la propagation du mal sans enfreindre les règlements administratifs.

Pour obvier à ce fâcheux état de choses, M. Henrot propose l'obligation de la déclaration des malades contaminés, de l'isolement et de la désinfection, qui sont pour lui la base de tout système sanitaire sérieusement compris.

En chargeant le maire de chaque commune de la surveillance et de l'application des lois sanitaires, on ajoute peu de chose à ses attributions déjà si nombreuses, et on assure le fonctionnement facile et régulier de l'institution nouvelle.

Son projet d'organisation de l'hygiène en France comprend :

L'organisation communale, l'organisation départementale et l'organisation centrale des services sanitaires.

Outre le maire, chargé de la surveillance de l'application des lois sanitaires, il y aurait, dans chaque commune, un médecin sanitaire qui aurait pour attributions : 1° la vérification des décès et le dépouillement des déclarations des maladies contagieuses faites à la mairie; 2° la surveillance des établissements insalubres ou dangereux, des logements malsains et de la loi Roussel.

Dans les villes importantes, le médecin sanitaire communal serait remplacé par un bureau d'hygiène.

Au chef-lieu de chaque département, la loi imposerait au Conseil général l'obligation de voter des fonds suffisants pour la rétribution d'un médecin sanitaire et pour les frais du bureau départemental.

Enfin, le projet serait couronné par la création d'une direction générale de la santé publique.

— M. Terrillon lit un travail intitulé : « Hydropisie de la vésicule biliaire due à la présence d'un gros calcul dans le canal cystique. — Laparotomie; ouverture de la vésicule; ablation du calcul qui obturait le canal cystique. — Résection d'une partie de la vésicule; soudure de la paroi à la plaie abdominale; fistule biliaire consécutive. »

L'opération a eu lieu le 23 novembre; incision sur la ligne blanche, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, en passant dans la cicatrice, à gauche de la tumeur. Le bord du foie et la vésicule sont mis à découvert. Une ponction aspiratrice donne 250 grammes de liquide clair, chatoyant.

La vésicule est fixée aux deux angles de la plaie abdominale et ouverte largement. Les bords de la section saignent beaucoup. Un calcul libre dans la cavité est extrait facilement; un autre, enchatonné dans le canal cystique, est enlevé par morceaux et avec difficulté.

Le fond de la vésicule est réséqué et les bords de la cavité qui restent sont suturés à la plaie abdominale par des fils d'argent. On place deux tubes à drainage. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate hydrophile.

Les suites de l'opération furent des plus simples; dans les premiers pansements, la bile s'écoula en abondance, surtout pendant la nuit; aucune trace de fièvre. On enlève les fils le huitième et le dixième jour.

Actuellement, la fistule est très petite, légèrement garnie par la muqueuse et la vésicule, qui empêchent la cicatrisation totale, et la bile s'écoule toujours pendant la nuit. (Comm. MM. Alphonse Guérin, Léon Le Fort, Polaillon.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE DANS LES DEUX-MONDES.

Etude sur l'organisation de l'instruction médicale en Europe, en Amérique et en Australie (1).

L'instruction clinique. — Dans tous les hôpitaux dépendant des Écoles médicales, les chefs de service font, à des périodes et à des heures déterminées, des leçons sur les cas qui se présentent dans leurs services, sans préjudice des commentaires faits au lit du malade ou à l'amphithéâtre d'opérations. En outre du professeur titulaire, des professeurs de clinique suppléants, des « lecturers » sont nommés et choisis parmi les plus capables des médecins ou chirurgiens suppléants du personnel médical de l'hôpital. Ces « lecturers » sont l'analogue de ce que sont chez nous les médecins du Bureau central. Dans plusieurs hôpitaux, un certain nombre de lits sont réservés pour l'instruction clinique; à l'hôpital Guy, au London Hopital, 40 malades sont choisis pour faire le sujet des leçons cliniques des chefs titulaires et des suppléants.

A l'Hôpital royal et à l'hôpital de l'University College, des nominations au professorat clinique sont faites spécialement en outre des professeurs ordinaires. Là se font entendre George Johnson, pour la clinique médicale, et les professeurs John Wood et sir Joseph Lister pour la chirurgie.

A l'hôpital de l'University College, on a créé deux chaires connues sous le nom de « Professorat Holme » pour la clinique médicale et pour la chirurgie. Le titulaire de cette chaire pour la médecine est le célèbre Wilson Fox, qui, tous les mardis et jeudis, fait des leçons de clinique médicale sur la valeur particulière des signes morbides, sur les modes spéciaux d'examen des malades, sur l'art du diagnostic et le traitement des maladies individuellement considérées chez chaque malade. L'autre chaire appartient, pour la chirurgie, à M. Cristopher Heath.

Dans certains hôpitaux, outre les médecins et chirurgiens titulaires et suppléants, on a nommé des chirurgiens et médecins consultants qui font également des leçons de clinique; c'est ainsi qu'à Leeds, Clifford Allbutt, médecin consultant, et MM. Wheelhouse et Pridgin Teale, chirurgiens, sont chargés de leçons cliniques spéciales.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 octobre et 7 novembre 1886.

©BIU Santé

Dans certains grands hôpitaux-écoles, comme à Charring Cross, à Saint-Georges, à Guy, à Middlessex, il y a en outre des répétiteurs, ou *clinicals tutors*, qui entraînent directement les élèves à l'examen clinique des malades.

Les spécialités sont enseignées à peu près dans toutes les Écoles de Londres, et les grands hôpitaux réservent un certain nombre de lits pour les maladies de l'appareil de la vision. A Charring Cross, où cette disposition n'existe pas, les élèves sont admis à pratiquer l'ophthalmologie au Royal Westminster ophthalmic Hospital.

L'hôpital Guy, outre les 50 lits qu'il réserve aux maladies de l'œil, soigne en outre une moyenne constante de 3,000 malades du dehors (out-patients).

La chirurgie et les maladies de l'oreille ont leur enseignement dans toutes les principales Écoles de médecine. Les maladies de la gorge et du nez sont l'objet de cours et de leçons cliniques faits par des spécialistes dont la renommée est, pour quelques-uns, parvenue jusqu'à nous : Bullin (hôpital St-Bartolomew's), Rose (King's College Hospital), etc.

L'étude de la chirurgie orthopédique se fait, à St-Bartholomew's, sous la direction de M. Walsham et, à Westminster, sous la direction de M. Richard Davy.

Pour les affections de la peau, les Anglais n'ont pas comme nous le grand centre de Saint-Louis; aussi connaissons-nous bon nombre d'étudiants anglais qui viennent à Paris étudier les maladies cutanées et admirer notre musée dont la renommée est universelle.

Les maladies mentales sont étudiées partout au point de vue théorique. Pour l'instruction clinique, des arrangements spéciaux ont été pris pour que les élèves de St-Bartholomew's Hospital aient accès dans un grand asile public, que ceux de Guy soient admis à Bethleem Hospital (1), ceux du London Hospital à Bethmal House, et ceux de Middlessex à Leavensden Asylum.

En province, des arrangements semblables permettent aux élèves d'étudier ces maladies théoriquement et pratiquement soit sur place, soit dans les asiles voisins. Tandis que l'organisation pour l'étude pratique de la physiologie et l'histologie par la création de laboratoires est, chez nous, d'origine récente, au contraire, chez nos voisins, les élèves ont été initiés au maniement du microscope presque à l'origine de l'histologie végétale et animale. Des laboratoires d'études pratiques existent dans toutes les Écoles et sont assidûment surveillés par un démonstrateur et deux démonstrateurs assistants, sous la haute surintendance des professeurs des chaires correspondantes.

A Guy, il y a en outre un laboratoire dirigé par le docteur Wooldridge pour les étudiants avancés qui veulent se perfectionner en physiologie expérimentale, en chimie pratique, et en histologie et embryologie spéciale.

Les hôpitaux. — Le service médical se fait dans les hôpitaux anglais dans l'après-midi et commence à des heures très variées depuis onze heures du matin jusqu'à quatre heures du soir.

Le personnel se compose de simples élèves, d'élèves « dressers » chargés des pansements, des observations, des petites opérations à pratiquer, d'un ou plusieurs résidents et de chefs de service. Le résident est l'analogue de nos internes des hôpitaux ; il doit être docteur en médecine et obtient sa charge après un concours très sérieux et très probatoire des capacités qu'il peut mettre au service des malades. Ce résident a généralement de 28 à 30 ans ; il est logé et entretenu avec le confortable ordinaire aux Anglais.

A l'hôpital St-Barthelemy, 4 résidents en médecine et 10 résidents chirurgiens sont nommés tous les ans, car les fonctions sont d'un an. Tous les six mois est nommé un assistant accoucheur résident et un oculiste résident. Ce dernier peut être renommé. Tous les ans aussi on procède à la nomination d'un *chloroformisateur* (assistant chloroformist senior) responsable et en chef et d'un aide chloroformisateur (As. chlo. junior). Chacun de ces fonctionnaires a sa chambre à l'hôpital, le senior perçoit 50 livres par an (1,250 francs), les autres assistants ont 25 livres anglaises par an (625 francs). Deux aides diplômés et dûment qualifiés sont nommés tous les six mois pour le département

(1) Grand centre spécial des maladies mentales.

de l'Electricité. Ces aides reçoivent des émoluments. Les aides de clinique, les aides pour les accouchements et les dressers sont, comme je l'ai dit, choisis parmi les étudiants.

40 élèves distingués sont investis du grade de dressers et sont chargés du pansement des malades de chirurgie et des malades du département du Casuel.

Mais cette fonction est purement honorifique pour celui qui l'obtient, car les élèves qui ne sont pas assez favorisés pour appartenir au corps des dressers peuvent acquérir cette charge, que nos élèves chez nous considèrent comme une pure servitude inéluctable attachée à leur fonction, moyennant paiement à l'hôpital de 10 livres 10 shellings (275 francs) pour 3 mois de charge et de 16 livres 16 shellings pour 6 mois. La vénalité de la charge du dresser (panseur) pourrait être regardée chez nous comme... un comble ou une mystification par qui ne saurait jusqu'à quel point les jeunes étudiants anglais sont restés exempts de l'esprit de scepticisme, de frivolité et de *pause* qui prévaut dans la jeunesse médicale de notre pays.

A l'hôpital de Charring Cross, on nomme tous les six mois 2 résidents médecins, 2 résidents chirurgiens et 1 résident accoucheur. Tous les quatre mois, on nomme un assistant électricien. Les chefs de clinique, 5 par service, et les dressers, 3 par chirurgien et chirurgien assistant, ainsi que les deux chefs de clinique du médecin-accoucheur en premier, et les deux clercs accoucheurs du médecin accoucheur en second sont nommés après concours pour une période de quatre mois. Chaque étudiant de Charring-Cross doit avoir fait fonction de clerc et de dresser. Pour les autopsies, les aides sont appointés pour trois mois. A l'hôpital Guy, on nomme pour une période d'un an un résident médical et un résident chirurgical senior et un résident junior, un résident senior et un résident junior pour l'obstétrique, des dressers de chirurgie générale et des dressers de chirurgie oculaire, des aides d'autopsie, des aides de cliniques médicale et chirurgicale, des aides d'obstétrique, des aides pour l'électricité, pour la chirurgie dentaire, des assistants pour les accouchements faits à l'extérieur, etc.

Tous ces postes sont donnés aux plus dignes et retirés avec une rigoureuse facilité à la moindre irrégularité dans le service. J'ai vu menacer d'un renvoi immédiat un élève qui, pour la seconde fois de l'année, avait négligé de prendre une température; un pansement omis, une plainte justifiée d'un malade à l'égard d'un élève négligent entraînerait presque inéluctablement une semblable exécution. Mais tel est l'esprit de subordination et de ponctualité dans le service qui anime l'état-major du chef que l'occasion de semblable rigueur est au moins des plus rares. La première conséquence d'un tel état de choses est d'assurer au service une régularité et aux malades une continuité et une attention dans les soins auprès desquelles le laisser-aller et le sans-gêne de nos services les mieux tenus ne sauraient se comparer. « *Dura veritas, sed veritas.* »

L'hôpital du Collège royal choisit ses fonctionnaires assistants, dressers, clercs, parmi les élèves inscrits à l'Université dont dépend l'hôpital. Il en est ainsi pour la plupart des hôpitaux affiliés à une Université, comme l'*University College Hospital*. A ce dernier établissement, les résidents médecins, chirurgiens, accoucheurs au nombre de 18, sont logés, mais ils ont à payer leur nourriture, tandis que presque partout ailleurs ces fonctionnaires résident et sont entretenus gratuitement à l'hôpital.

Dans certains établissements, les résidents, outre le logement et l'entretien, reçoivent encore des honoraires. C'est ainsi qu'au London Hospital les cinq house-physicians, les aides de clinique, les résidents accoucheurs, les house-surgeons, les dressers, nommés pour une période de trois à six mois, ont l'entretien et le logement et que les assistants de clinique médicale reçoivent en outre un traitement de 80 livres par an (2,000 francs).

Au contraire, au Bristol Royal Infirmary les dressers et les aides de clinique résident à l'hôpital où ils passent à tour de rôle par une mutation hebdomadaire et ont à payer, outre les droits de pratique hospitalière que payent tous les élèves, une consignation supplémentaire de 130 francs pour une charge de 6 mois et de 210 francs pour une charge de un an. Les élèves chargés des accouchements (Obstetric clercs) payent un droit supplémentaire de 80 francs. Il en est de même à l'Hôpital Général de Bristol. Enfin il est d'autres établissements où les suppléants médecins et chirurgiens sont

©BIU Santé

assez grassement payés; du reste ces fonctionnaires ont à peu près partout une rétribution honorable.

Dans bon nombre d'hôpitaux, des bourses ou des récompenses sont offertes aux élèves qui se sont particulièrement distingués dans l'exercice de leurs fonctions ou dans le cours de leurs études.

Notre prochain article sera consacré à l'étude de l'organisation allemande.

(*A suivre.*)

Lucien Deniau.

FORMULAIRE

Mixture contre les gerçures. — P. Vigier.

Acide tannique.....	0 gr. 50 centigr.
Glycérine à 30°.....	20 grammes.
Hydrolat de roses.....	100 —

Faites dissoudre. — On frotte les mains, matin et soir, avec quelques gouttes de cette solution, pour assouplir la peau et faire disparaître les gerçures. — Cette mixture réussit également contre les gerçures des lèvres. — 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.

École de médecine de Caen. — Ont été proclamés lauréats :

Deuxième année. — 1er prix, M. Rolland; mention honorable, M. Rancin.

Troisième année. — 1er prix, M. Loiset.

Concours Le Sauvage : 1er prix M. Loiset; mention honorable, M. Rancin. — Concours Dan de la Vauterie : prix, M. Fauvel.

École de médecine de Rouen. — Ont été proclamés lauréats :

Première année. — 1er prix, M. Bourdet; 2e prix, M. Bouju.

Deuxième année. — Prix M. de Beaumais.

Prix Pillore : M. Leroy. — Prix des hospices : 1er prix M. de Beaumais; 2e prix, *ex æquo*, MM. Rocher et Lireux.

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 décembre 1886. — *Ordre du jour* : 1. Élections du Bureau pour 1887. — 2. M. Duroziez : Rapport sur la candidature de M. le docteur Luc au titre de membre titulaire. — 3. M. Malibran : Insuffisance tricuspidienne primitive diagnostiquée pendant la vie. — 4. M. Dehenne : Gommes multiples de l'iris. Présentation de dessins.

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*.

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, rue 24, Chaucbat.

©BIU Santé

Sommaire

I. J. Girou (d'Aurillac) : Lettre à M. le professeur Verneuil. — Réponse. — II. Clemente Ferreira, de Rezende (Brésil) : De l'emploi de la terpine dans les affections broncho-pulmonaires. — III. A. Dehenne : Traitement des kératites. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

L'érysipèle en province.

Lettre à M. le professeur Verneuil.

Monsieur et très cher maître,

Je viens de lire avec la plus grande attention tout ce qui a trait à l'érysipèle dans le quatrième volume de vos *Mémoires de chirurgie*. J'ai vu, et je vous en suis fort reconnaissant, que vous aviez bien voulu noter ce que je vous avais dit l'an dernier à la Pitié, sur la coexistence, fréquemment observée par moi, des épidémies de pneumonie et d'érysipèle.

La bienveillance que vous avez mise à bien vouloir tenir compte de cette observation me décide à soumettre à votre jugement quelques observations se rapportant à plusieurs des questions que vous soulevez.

Recherchant l'étiologie des érysipèles à répétition, vous arrivez à conclure que généralement ils se produisent par une auto-infection du sujet. Vous montrez, à propos d'une malade qui eut 115 érysipèles en vingt ans, que l'hypothèse d'un contage nouveau pour chaque nouvelle atteinte doit être souvent repoussée. Cependant, j'ai vu un cas me paraissant militer en faveur de l'hypothèse que vous combattez :

En février 1879, j'étais interne dans un service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine. J'allais tous les jours, à pied, à Clamart. J'y fus pris un jour, en disséquant, d'un frisson violent. C'était le début d'un rhumatisme articulaire subaigu qui coïncida avec un eczéma, ou mieux un érythème eczémateux probablement arthritique de la face, dont la guérison fut prompte, et d'un coryza ulcéreux des fosses nasales extrêmement intense. Après quelques jours de repos complet pris dans ma chambre, à l'hôpital, je recommençai mon service, mais me rendant seulement à la salle d'hommes dont j'étais chargé, et où il n'y avait pas d'érysipèle. Le 11 mars, je fus obligé d'aller à la salle de femmes, vers minuit, pour une double amputation de jambe et de cuisse. Je restai trois heures dans la salle, et, la majeure partie du temps, adossé à un lit dans lequel se trouvait une femme atteinte d'un érysipèle traumatique. Dans la matinée du lendemain, j'eus un nouveau frisson; vers deux heures, un érysipèle débutait autour des deux narines. Je partis le soir même pour Aurillac. L'érysipèle fut long, gagna toute la tête, le cou, une partie du tronc, et s'accompagna de subdélirium et de quelques nouveaux phénomènes articulaires. Dès que je fus guéri, je revins à Paris; les ulcérations des fosses nasales persistaient, mais je n'avais plus de lésion cutanée.

Du mois d'avril au mois de juillet, j'eus quatre nouveaux érysipèles, mais bénins, et débutant toujours au niveau des narines.

Les raisons suivantes me font croire, je dirais presque affirmer, que j'avais subi chaque fois une nouvelle infection :

1° Je pratiquais tous les jours deux irrigations dans les fosses nasales avec une solution de chloral à 3 p. 100. Ces irrigations, faites avec un siphon à chute d'eau assez élevée, pénétraient par une narine et sortaient

©BIU Santé

par l'autre. Aucune croûte pouvant donner abri à un microbe ne séjournait dans les narines, et aucun microbe, érysipélateux ou autre, n'aurait résisté, je crois, à des irrigations antiseptiques aussi fréquemment répétées.

2° Ces nouveaux érysipèles se sont toujours déclarés après l'admission d'érysipélateux dans les salles auxquelles j'étais attaché, ou après ma visite, un jour de garde, dans un service voisin en contenant.

3° J'ai commencé, le 1er août, une saison à Royat sur les conseils de MM. les docteurs Rigal et Dujardin-Beaumetz. Les lésions des fosses nasales guérirent, et, depuis lors, je n'ai eu aucun accident en soignant des malades atteints d'érysipèle. Cependant, en 1880, j'étais attaché au service de mon regretté maître Broca à Necker, et l'érysipèle existait en permanence dans les salles.

Ainsi un premier érysipèle m'avait prédisposé à en avoir une série, mais cette prédisposition a disparu quand la porte d'entrée nasale, qui avait servi au premier, a été fermée. Ce fait semblerait montrer qu'un premier érysipèle ne crée qu'une prédisposition momentanée et locale aux récidives, car, depuis lors, je me suis bien souvent exposé à la contagion, avec des portes d'entrée plus ou moins largement ouvertes, et toujours impunément.

J'ai observé, dans ma clientèle, trois autres cas d'érysipèle récidivants, qui paraissaient plutôt dus à la persistance du germe, à l'abri de quelques lésions permanentes des téguments.

I. — J'ai vu, par occasion, une jeune fille, scrofuleuse, atteinte d'eczéma chronique du cuir chevelu, d'intertrigo rétro-auriculaire, et qui eut, à ce qu'elle me raconta, en quelques mois, trois ou quatre érysipèles de la face, débutant toujours autour de la même oreille.

II. — Mme C..., strumeuse, 32 ans, atteinte d'eczéma chronique des fosses nasales, du bord palpébral, du conduit auditif externe, me fait appeler en novembre 1883, pour un érysipèle grave de la face et du cuir chevelu ayant débuté au grand angle de l'œil. Elle était à peine convalescente de cet érysipèle, qui avait été long et inquiétant, quand une première recidive eut lieu, dans les mêmes régions, à l'occasion de ses règles. Depuis lors, jusqu'au printemps 1885, elle a eu 16 ou 17 érysipèles se reproduisant toujours à l'époque cataméniale, et occupant toujours les mêmes régions de la face. Tous n'ont pas eu, du reste, la même intensité, et je ne fus appelé auprès d'elle que pour les plus graves, en février, mars, octobre et novembre 1884 notamment. Ces érysipèles persistèrent malgré un changement de logement et même de quartier, et se reproduisirent à des moments où il n'y en avait pas d'autres en ville, où ils sont assez fréquents.

Un traitement tonique et dépuratif (iodure de fer, quinquina, huile de foie de morue) fut fait régulièrement pendant plusieurs mois. Les lésions strumeuses des muqueuses guérirent, et, à partir de ce moment, l'érysipèle n'a plus récidivé (mars 1885, — octobre 1886).

III. — Je vois, dans les premiers jours d'août 1886, à Ytrac, petit bourg de 300 à 400 habitants, Mme G..., âgée de 25 ans environ, atteinte d'un érysipèle de la face. Mme G..., nourrice depuis dix mois, est réglée depuis trois. L'érysipèle a débuté au moment de ses dernières règles. Elle avait, antérieurement, un léger intertrigo rétro-auriculaire qui persiste après l'érysipèle.

Le 6 septembre, elle est reprise d'un deuxième érysipèle de la même région, également à l'occasion d'une époque menstruelle.

Ces deux observations sont identiques par quelques détails : sexe, lésions strumeuses tenaces et récidive au moment des règles. Ne doit-on pas admettre que le microbe de l'érysipèle est resté latent, après une première atteinte, près d'une lésion cutanée toute disposée à lui donner entrée, mais attendant qu'une maladie intercurrente, affaiblissant l'organisme, diminuât la résistance qu'elle oppose à son développement ?

Dans le cas de Mme G... (obs. III), notons qu'une petite épidémie d'érysipèle venait de sévir à Ytrac, mais sa première atteinte avait été la dernière du bourg et des village voisins. Si le microbe avait persisté ailleurs que dans le sillon auriculaire malade, il aurait dû frapper d'autres personnes bien plus exposées. Notons : l'enfant de Mme G... atteint d'un eczéma du front et du cuir chevelu et qu'on a préservé en l'éloignant de sa mère pendant les deux atteintes de celle-ci; une jeune femme de 18 ans, habitant le même étage de la même maison, accouchant, dans un état d'anémie d'extrême, peu de jours avant la deuxième atteinte de Mme G..., et l'enfant de cette dame qui, né très délicat, garda, plus longtemps que d'habitude, la plaie ombilicale.

Ces quatre observations d'érysipèles récidivants me paraissent montrer que généralement on peut et l'on doit trouver, dans une lésion chronique des téguments, la cause des récidives, et l'abri derrière lequel a pu vivre le microbe, mais que quelquefois un premier érysipèle a laissé une simple prédisposition locale et temporaire, une réceptivité particulière à de nouveaux microbes venus du dehors.

Permettez-moi aussi, cher Maître, de vous indiquer quelques faits récents, observés par nous, et venant à l'appui de ce que j'avais eu l'honneur de vous dire sur la coexistence des épidémies de pneumonie et d'érysipèle.

Le 23 mai 1886, je fus appelé à Ytrac pour un enfant de 7 à 8 ans, atteint, depuis deux jours, d'une pneumonie franche de la base droite, accompagnée d'une bronchite double intense, et d'une éruption herpétique confluente des deux lèvres qui se produisit le cinquième ou sixième jour. Le 24 mai au soir, je revis le petit M... et sa mère atteinte d'un frisson violent. Le 25, la mère avait un érysipèle de la face gagnant le cuir chevelu, et il évolua rapidement; seulement la lèvre inférieure, épargnée par la maladie, fut couverte de vésicules d'herpès comme les lèvres de l'enfant.

Le 25 mai, je fus appelé dans une maison de garde du chemin de fer pour un enfant atteint d'une pneumonie droite avec bronchite et violente éruption d'herpès labial. Or, cette maisonnette est à 600 mètres du bourg d'Ytrac. L'enfant J..., du garde-barrière, était en classe chez l'instituteur d'Ytrac avec le petit M... Le 30 mai, la mère de cet enfant était atteinte d'une angine pultacée à rougeur livide du pharynx dans l'intervalle des plaques pultacées. Cette angine avait débuté par un frisson violent et se termina par une éruption herpétique des lèvres qui s'entoura d'une légère rougeur érysipélateuse. Dès le début, j'avais pu affirmer la nature de l'angine, en tenant compte du gonflement œdémateux de la gorge, de sa couleur rouge foncé et de l'engorgement ganglionnaire précoce, intense et douloureux.

A la même époque, je soignais en face de la maison d'école où allaient les petits M... et J..., un enfant de 2 ans 1/2 atteint d'une pleuro-pneumonie qui se termina par une péricardite mortelle.

©BIU Santé

Veuillez agréer, mon cher maître, l'expression de mes hommage et du profond dévouement de votre tout dévoué et reconnaissant élève.

Dr J. Girou (d'Aurillac),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cher confrère,

Je vous remercie d'avoir fixé votre attention sur l'érysipèle à répétition et d'avoir apporté une importante contribution à sa pathogénie.

Des quatre observations que vous relatez, trois confirment mon hypothèse, puisqu'il n'y a pas eu manifestement de contagions nouvelles. La quatrième semblerait admettre une autre interprétation; mais, le cas pourrait se plaider.

D'ailleurs, l'important est de savoir qu'en cas d'érysipèle à répétition il existe, outre le germe spécifique, une porte d'entrée permanente ou susceptible de se rouvrir, et qui rend la réinfection menaçante tant qu'elle n'est pas définitivement close : d'où la nécessité de la chercher et de la fermer par les moyens convenables.

Quant à la seconde partie de votre note, c'est-à-dire à la relation intime entre la pneumonie et l'érysipèle, elle confirme des idées anciennes imparfaitement établies et dont la démonstration est d'une importance pratique incontestable.

Bien cordialement à vous, Verneuil.

De l'emploi de la terpine dans les affections broncho-pulmonaires (1),

Par le docteur Clemente Ferreira, de Rezende (Brésil).

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation première. — *Phymatose pulmonaire à la seconde période.* — M..., âgé de 25 ans, entre à l'hôpital de la Charité de Rezende, le 13 décembre 1885.

Diagnostic : Bacillose pulmonaire à la seconde période. Sécrétion catarrhale profuse.

Prescription : Terpine, 2 grammes ; Beaume de tolu, 1 gramme. — Mêlez pour 9 pilules. En prendre 3 par jour.

Le 23 décembre. — Atténuation marquée des phénomènes catarrhaux, diminution de l'expectoration et amendement de la toux. Le malade a déjà pris 9 grammes de terpine, dont j'ai fait porter la dose jusqu'à 1 gramme par jour.

Je formule : Terpine, 20 centigrammes ; Beaume de tolu, q. s. — Mêlez pour 1 pilule. En prendre 6 par jour.

Le 1er janvier 1886. — Le malade se trouve beaucoup mieux. La sécrétion catarrhale a diminué d'une façon remarquable. L'état général s'est sensiblement amélioré.

Le 11. — Le malade se considère comme guéri et demande son exeat.

Obs. II. — *Phthisie bacillaire à la troisième période.* — M..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 14 septembre 1885.

Diagnostic : Tuberculose pulmonaire à la phase de cavernes, expectoration fétide et abondante. Le malade remplit dans la nuit le crachoir ; la toux est très fréquente et la dyspnée intense.

Prescription : Terpine, 20 centigrammes ; Excipient, q. s. — Mêlez pour 1 pilule. En prendre 4 par jour.

Le 29 septembre. — Le malade se trouve quelque peu mieux ; l'expectoration se montre un peu diminuée et moins fétide. Je lui ordonne de prendre 5 pilules par jour.

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

©BIU Santé

Le 9 octobre. — La sécrétion des cavernes s'est atténuée ; cependant les accidents fébriles liés à l'auto-infection persistent au même degré.

Le 12. — Les symptômes bronchorrhéiques se sont notablement atténués. L'état général du malade empire pourtant et il succombe le 16 octobre avec tous les phénomènes de la phthisie confirmée.

Obs. III. — *Bacillose pulmonaire à la deuxième période.* — S..., âgé de 45 ans, entre à l'hôpital, le 12 avril 1886, salle d'hommes, n° 3.

Diagnostic : Tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement ; expectoration difficile ; les crachats sont rejetés au prix d'accès fatigants de toux, en raison de la viscosité marquée de la matière expectorée.

Prescription : Terpine, 1 gramme ; Excipient, q. s. — Mêlez pour 10 pilules. En prendre 5 par jour.

Le 5 mai. — L'Expectoration se montre beaucoup plus facile ; les crachats se sont fluidifiés et se présentent moins visqueux et filants. En conséquence, la toux s'est beaucoup amoindrie.

Prescription : Terpine, 15 centigrammes ; codéine, 3 centigr. ; Excipient, q. s. — Faire une pilule. En prendre 4 par jour.

Le 21. — Les phénomènes broncho-pulmonaires se sont modifiés d'une manière marquée ; le malade est bien disposé et ce n'est que le soir et le matin que la toux se montre par accès insignifiants et passagers.

Le 22. — Le malade demande sa sortie.

Obs. IV. — *Pneumophymie à la période de ramollissement.* — A. F... me fait appeler pour la première fois le 24 juillet 1886.

Je constate les signes physiques caractéristiques de la tuberculose pulmonaire à la seconde période. L'expectoration est difficile et les crachats visqueux et collants. La toux est fatigante et coqueluchoïde. L'état général est mauvais ; le malade est très affaibli et l'amaigrissement est marqué. Il est à remarquer qu'il s'agit là de phénomènes tuberculeux survenus chez un diabétique, ce qui explique l'amaigrissement prononcé que l'on constate. Je prescris la terpine en pilules.

Le 3 août. — Le malade se trouve beaucoup mieux. Les phénomènes broncho-pulmonaires se sont modifiés et l'expectoration se montre plus facile. Chose curieuse, la polyurie a beauconp diminué avec l'usage de la terpine.

Le 10. — Le malade se trouve beaucoup mieux.

Obs. V. — *Pneumophymie à la troisième période.* — F..., négresse, âgée de 35 ans.

Le 14 août. — Je constate les phénomènes caractéristiques de la tuberculose à la phase d'excavation. Il y avait une toux fatigante et opiniâtre qui se terminait par l'expulsion difficile de crachats visqueux et collants.

Je lui ordonne la terpine en pilules à la dose de 30 centigrammes par jour, en profitant de l'action expectorante de ce médicament ainsi administré.

Le 26. — La malade va mieux ; les crachats sont rejetés plus aisément et se présentent moins visqueux. La toux s'est notablement amendée.

Le 30. — Amélioration marquée ; amendement prononcé des phénomènes catarrhaux. La toux ne se montre que fort rarement.

Je fais continuer l'administration de la terpine.

Obs. VI. — *Bronchite alcoolique accompagnée de bronchectasie.* — C..., âgé de 38 ans, entre, le 22 avril 1885, à l'hôpital de la Charité de Rezende, salle d'hommes, n° 4. Antécédents alcooliques.

Diagnostic : Bronchite alcoolique accompagnée de bronchectasie. Sécrétion muco-purulente abondante et quelque peu fétide.

Prescription : Terpine, 15 centigrammes ; excipient, q. s. Faire une pilule. En prendre 5 par jour. Badigeonnages à la teinture d'iode sur la paroi postérieure de la poitrine, des deux côtés.

Le 5 mai. — Amélioration prononcée ; diminution sensible de l'expectoration.

©BIU Santé

Le 11. — L'amélioration s'accentue; les râles muqueux se montrent moins nombreux. Il survient de la diarrhée, que je combats à l'aide d'une potion au bismuth.

Le 13. — Disparition de la diarrhée. Je fais reprendre l'usage de la terpine.

Le 16. — Amélioration marquée. La bronchorrhée a disparu. Le malade demande son *exeat*.

Obs. VII. — *Bronchectasie.* — B. C... R..., âgé d'environ 56 ans.

Je l'examine le 6 juin 1885, et je lui trouve tous les symptômes d'une bronchectasie. L'expectoration, trop abondante, épuise le malade.

Fort des heureux résultats que j'avais si souvent obtenus de l'application de la terpine, je me décide à employer cet agent : Terpine, 15 centigrammes; codéine, 1 centigramme. — Mêlez pour une pilule. En prendre 3 par jour.

Le 20 juin. — Le malade se trouve beaucoup mieux. Je lui ordonne de continuer l'usage de la terpine.

Le 30. — L'amélioration s'est accentuée. Les phénomènes catarrhaux se montrent notablement amendés. Je fais porter la dose de pilules à 8 par jour.

Le 7 juillet. — Le malade se trouve à peu près guéri.

Obs. VIII. — *Bronchite et bronchectasie.* — Le docteur P. R...., âgé de 75 ans environ, me fait appeler, le 16 août 1886, pour le soigner d'une prostato-cystite et de phénomènes bronchitiques dont il souffre depuis longtemps.

Je lui trouve, du côté de l'appareil broncho-pulmonaire, les signes d'une bronchite chronique accompagnée de dilatations de quelques bronches.

Je formule : Terpine, 10 centigrammes; baume de tolu, 9 centigrammes. — Faire une pilule. En prendre 3 par jour.

Le 20 août. — Les phénomènes bronchitiques se sont amendés. L'expectoration a diminué, et, par l'auscultation, je constate des râles moins confluents.

Le 24. — Je constate une amélioration marquée du côté de l'appareil broncho-pulmonaire. La toux s'est notablement amendée.

Le 26. — L'amélioration s'est accentuée. Je fais suspendre l'usage de la terpine, et je prescris d'autres médicaments réclamés par les phénomènes de prostato-cystite.

Obs. IX. — *Bronchite aiguë.* — G..., nègre, âgé de 40 ans environ, se présente dans mon cabinet de consultation le 17 août 1886.

Je lui trouve tous les signes d'une bronchite aiguë.

Prescription : Terpine, 10 centigrammes; excipient, q. s. — Mêlez pour une pilule. En prendre 3 par jour.

Le 16 août. — Les phénomènes bronchitiques se sont amendés; le malade tousse beaucoup moins.

Le 20. — Amélioration frappante; l'expectoration est devenue facile et franche.

Le 30. — La bronchite s'est tout à fait dissipée et je cesse toute médication.

Outre les observations qui précèdent, je pourrais présenter d'autres cas dans lesquels j'ai obtenu des résultats frappants et de réels avantages de l'application de la terpine. J'ai pu, à plusieurs reprises, constater les effets favorables du nouveau médicament, effets qui varient suivant qu'il est employé à faibles ou à hautes doses; à la dose de 30 à 60 centigrammes la terpine agit comme expectorant en rendant plus facile l'expectoration et en amendant par là la toux fatigante et férine; à la dose de 70 centigrammes à 1 gramme et même au delà, elle se comporte comme un desséchant, comme un antisécrétoire énergique et excellent. Les résultats de mon expérience clinique concordent donc avec ceux de la pratique de M. le professeur Germain Sée et d'autres observateurs. C'est pourquoi j'ai cru devoir consigner ici d'une façon concise quelques faits tendant à mettre en relief les bons services que nous peut rendre la terpine dans le traitement des maladies broncho-pulmonaires, en apportant ainsi un nouvel appoint confirmatif des opinions précédemment émises au sujet des applications thérapeutiques de cet agent médicamenteux.

©BIU Santé

Traitement des kératites,

Par le docteur A. Dehenne.

Au point de vue du traitement, on peut diviser les kératites en trois grandes classes :

A. Les *kératites superficielles* (phlycténulaire, vésiculeuse, pustuleuse, herpétique, vasculaire, en bandelettes, etc.), communes surtout dans l'enfance.

B. Les *kératites interstitielles* et *parenchymateuses*.

C. Les *kératites ulcéro-phagédéniques* (à hypopion, des moissonneurs, etc.).

A. *Kératites superficielles.* — Elles s'accompagnent généralement d'une *forte photophobie*, d'autant plus intense que la kératite est plus superficielle. Ce caractère permet de les distinguer immédiatement des conjonctivites simples. Tout collyre métallique ou astringent en instillations doit être absolument *proscrit*.

1° La base du traitement local est l'*atropine* :

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée.....	30 grammes.

Quatre instillations par jour à la dose de 5 à 6 gouttes chaque fois.

Dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. Il vaut mieux employer l'atropine, pour une conjonctivite simple, que de ne pas en faire usage pour une kératite. L'ésérine n'est pas indiquée dans les kératites superficielles. Si la photophobie est intense, on emploie avantageusement les instillations de chlorhydrate de cocaïne au 1/20e.

2° Lotions fréquentes à l'eau de camomille chaude.

Chez les enfants dont la peau s'excorie facilement, il vaut mieux employer en applications externes la pommade suivante :

Acide borique.....	0 gr. 10 centigr.
Vaseline blanche.....	15 grammes.

3° Application d'un vésicatoire volant derrière l'oreille du côté malade.

4° Lunettes fumées forme coquille teinte n° 3.

5° Lorsque l'injection périkératique a diminué, on emploie avec grand succès la pommade suivante, que l'on insère à l'aide d'un petit pinceau, une fois par jour, entre les paupières :

Oxyde jaune d'hydrargyre obtenu par précipitation	0 gr. 5 centigr.
Vaseline.....	15 grammes.

6° Traitement général : Huile de foie de morue. Sirop antiscorbutique.

Le sirop de Gibert, à la dose d'une cuillerée à café chaque jour, m'a donné d'excellents résultats chez les jeunes enfants.

Deux ou trois jours après le début du traitement, 20 à 25 grammes de sirop d'ipéca agissent favorablement.

Exercices et promenades au grand air.

Je ne saurais *trop recommander l'abstention absolue* d'insufflations de poudres irritantes (sucre candi, calomel, etc.).

Il est une autre forme de kératite superficielle dont je parlerai à propos du traitement des granulations, c'est la *kératite panniforme*, dont la thérapeutique est subordonnée à celle de la conjonctivite granuleuse. (*Union médicale*, 28 juin 1884; n° 93.)

B. *Kératites interstitielles.* — Cette dénomination évoque non seulement l'idée d'une localisation anatomique particulière, mais encore celle d'une affection absolument spéciale, et qui a été décrite par Hutchinson sous le nom de kératite hérédo-syphilitique. Quelques auteurs français ne font jouer à la syphilis qu'un rôle tout à fait secondaire dans l'étiologie de cette affection.

Ici encore, la base du traitement local est l'instillation de l'atropine. Le traitement général est fort important. Le sirop de Gibert doit tout d'abord être ordonné à la dose d'une grande cuillerée à soupe que les enfants supportent parfaitement, d'autant que cette forme de kératite n'apparait guère avant l'âge de 11 à 12 ans.

©BIU Santé

A partir de l'âge de 15 ans, les frictions d'onguent napolitain et l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour remplacent avantageusement le sirop bi-ioduré.

Il faut y joindre l'huile de foie de morue.

La marche de l'affection est extrêmement lente. Aussi, chez l'adulte, *qui a besoin de travailler pour vivre*, le traitement chirurgical (iridectomie) est-il tout indiqué. (Voir *Union médicale :* « Du traitement chirurgical de la kératite interstitielle », par le docteur A. Dehenne, 9 décembre 1883, n° 174.)

Il faut s'abstenir très soigneusement de tous moyens irritants, et se rappeler d'une façon générale que, lorsque la cornée est prise, même s'il y a quelque incertitude dans le diagnostic, le collyre à l'atropine apporte toujours un grand soulagement.

C. *Kératite ulcéro-phagédénique* (kératite à hypopion). — Chez l'enfant, l'atropine, le bandeau compressif, les lotions chaudes et les lavages antiseptiques fréquents (sublimé au 1/3000e) suffisent souvent à amener la résorption du pus de la chambre antérieure. Quelquefois, cependant, il faut instituer le même traitement que chez l'adulte.

Cette différence entre les deux formes de kératite ulcéreuse tient probablement à leur pathogénie. Chez l'enfant, elle est le plus souvent spontanée; la convalescence des maladies graves et infectieuses (rougeole, variole, scarlatine), les diarrhées prolongées, etc.; en un mot, toutes les causes de débilitation jouent un rôle prépondérant. Rarement elle est traumatique; l'apport d'un germe infectieux extérieur semble manquer. Chez l'adulte, le traumatisme est presque toujours (99 fois sur 100) la cause déterminante; l'apport de germes peut provenir du corps vulnérant ou d'inflammations antérieures des voies lacrymales (*dacryocystite*).

Le surmenage constitue le milieu favorable au développement des micro-organismes. (Voir *Kératite des moissonneurs.*)

1° La base du traitement local est l'*ésérine :*

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 10 à 0 gr. 15 centigr.
Eau distillée.....	20 grammes.

Quatre instillations par jour à la dose de 5 à 6 gouttes.

D'une façon générale, pour le traitement des kératites, on peut toujours se faire le raisonnement suivant :

Si l'affection de la cornée paraît moins grave que les synéchies postérieures pouvant résulter de l'emploi de l'ésérine, il faut prescrire l'atropine. Si l'affection de la cornée paraît plus grave que la formation des synéchies, il est de toute indication de prescrire l'ésérine.

La kératite ulcéreuse, *chez l'adulte*, avec infiltration péri-ulcéreuse et hypopion, surtout lorsqu'elle est consécutive à un traumatisme, est une affection dont la gravité ne fait doute pour personne. Mal soignée, elle se termine infailliblement par la nécrose totale de la cornée. Aussi faut-il toujours commencer le traitement par le sulfate neutre d'ésérine dont la pureté doit être irréprochable.

2° Lotions fréquentes d'eau de camomille très chaude, au moins toutes les heures, pendant dix minutes chaque fois.

3° Application de quatre sangsues à la tempe du côté malade.

4° Lavages antiseptiques fréquents. Je donne la préférence à la solution de sublimé au 1/3000 instillée à l'aide d'un compte-gouttes, six fois par jour, dans l'œil malade.

La pommade au sublimé peut aussi être employée avec succès :

Sublimé.....	0 gr. 15 milligr.
Vaseline pure.....	30 grammes.

Dans nombre de cas, ce traitement suffit. J'ai pu, cette année même, en faire fréquemment l'observation.

Le lendemain, et voilà pourquoi il est indispensable de voir ces malades tous les jours, s'il n'y a pas une détente très marquée dans les symptômes, si l'infiltration péri-ulcéreuse semble s'étendre, il n'y a pas à hésiter, l'intervention chirurgicale reprend tous ses droits.

On peut l'appliquer de trois façons :

a) La cautérisation ignée seule (thermo ou galvano-cautère),

©BIU Santé

b) La transfixion de l'ulcère (opération de Sœmish).

c) La réunion des deux modes d'intervention précédents.

Dans ces trois cas, il faut continuer avec le plus grand soin les instillations d'ésérine, et d'une façon générale le traitement local indiqué plus haut.

a) L'œil étant cocaïné et bien lavé, toucher le centre de l'ulcération avec la pointe du thermo-cautère chauffée à blanc. Il n'y a aucun inconvénient à ouvrir la chambre antérieure. La détente n'en est que plus complète. L'humeur aqueuse se reforme rapidement, et la chambre antérieure se reconstitue sans synéchie antérieure.

b) *L'opération de Sœmish* consiste dans la transfixion de l'ulcère de part en part et d'arrière en avant. Aussitôt la chambre antérieure ouverte, le pus de l'hypopion, sous l'influence du changement brusque de pression, est projeté entre les lèvres de la plaie. On l'enlève à l'aide d'une petite pince. Le collyre à l'ésérine est instillé, après irrigation minutieuse des bords de la plaie et des culs-de-sac conjonctivaux avec la solution antiseptique (toujours le sublimé au 1/3000e).

Le lendemain, si du pus s'est reformé dans la chambre antérieure, on ouvre de nouveau la plaie avec un petit stylet mousse, et on procède au pansement comme la veille.

c) Incontestablement, le troisième mode d'intervention est le meilleur. Opération de Sœmish *ut suprà*, et cautérisation des bords de la plaie avec la pointe très fine du thermo-cautère.

En résumé, dans les kératites superficielles et interstitielles, l'*atropine* forme la base du *traitement local*.

Dans les *kératites ulcéreuses graves*, l'*ésérine* est tout indiquée.

Le traitement général doit être observé avec la plus scrupuleuse attention. Tout collyre irritant (*astringent ou métallique*) est absolument proscrit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 novembre 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine;

Annales de médecine thermale, n° 8;

Revue des travaux scientifiques du Ministère de l'instruction publique, t. VI, nos 6 et 7.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le docteur Larroque, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire;

Lettre de M. le docteur Malibran, ancien interne des hôpitaux, sollicitant le titre de membre titulaire, et demandant un tour de lecture pour une *Observation d'insuffisance tricuspidienne primitive, diagnostiquée pendant la vie*. La candidature de M. Malibran est appuyée par MM. Dehenne et Christian.

M. le docteur Luc, ancien interne des hôpitaux, lit à l'appui de sa candidature un travail intitulé : *Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales*. (Commission : MM. Polaillon, Reliquet et Duroziez, rapporteur.)

— M. Dubuc donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie*. (Sera publié.)

M. Reliquet : M. Dubuc nous parle des avantages de la cocaïne pour insensibiliser la vessie dans les cas de petite pierre. Mais je ne vois pas que les faits qu'il nous communique démontrent les avantages qu'il nous annonce. Ainsi pour des petites pierres, en employant la cocaïne, il est obligé de faire plusieurs séances, à chacune il ne retire qu'une quantité bien faible de débris, et à la fin de séance, en réalité peu longue, il y a toujours réapparition de la sensibilité, des douleurs vives qui l'obligent à remettre à une

©BIU Santé

nouvelle intervention. Enfin, il a observé plusieurs fois des phénomènes généraux d'intoxication qui l'ont obligé à retirer vivement la solution de cocaïne de la vessie.

Il résulte des faits de M. Dubuc, qu'en employant la cocaïne on n'est jamais certain, même lorsqu'il s'agit d'une pierre petite, de terminer en une séance, puisque chez tous ses malades il a été obligé de faire plusieurs séances. Les grands avantages de la lithotritie rapide n'existent plus, puisque toujours on laisse des débris dans la vessie ; on revient à la possibilité des accidents dus à l'entrée et à l'arrêt dans l'urèthre de fragments irréguliers. Accidents qui n'existent plus depuis que nous pouvons broyer la pierre avec mon brise-pierre, et que nous pouvons prolonger la séance grâce au chloroforme.

Ainsi, la cocaïne insensibilise pendant un temps trop court. Elle oblige à plusieurs séances, même lorsqu'il s'agit de petites pierres. Elle provoque facilement des troubles généraux d'intoxication.

Ces jours-ci j'ai injecté dans la vessie d'une dame 1 gr. 50 centigr. de cocaïne dissous dans 40 grammes d'une solution d'acide borique à 4 p. 100. Je voulais diminuer l'état d'excitation de la vessie dû à des graviers arrêtés dans l'extrémité inférieure d'un uretère. Il n'y avait pas de sensibilité de l'urèthre. J'ai bien obtenu une dilatation plus grande de la vessie. Mais, pendant plusieurs heures après, il y a eu des étourdissements, des douleurs dans les membres inférieurs avec sentiment général de faiblesse très grande. Tout cela a beaucoup inquiété la malade et sa famille.

Les malades, dont nous parle M. Dubuc, avaient déjà subi la lithotritie, plusieurs ont l'habitude du passage des sondes. Dans ces conditions, les séances de lithotritie sont toujours mieux supportées.

Enfin, il y a un point de la communication de M. Dubuc sur lequel je dois insister. Je suis étonné qu'après des séances de broiement de dix minutes de durée, pendant lesquelles il a été fait des nombres de prises considérables de 20 à 40, et même plus, à chaque séance, je suis étonné que M. Dubuc n'ait pas obtenu plus de débris de pierre. Il nous parle de 10 à 12 grammes de débris obtenus en trois séances. Mais ce n'est pas aller plus vite que lorsque nous faisions la lithotritie avec le porte-à-faux et les becs plats, sans chloroforme. Je ne comprends pas qu'avec mon brise-pierre, même en se servant de l'écrou brisé, on puisse avoir aussi peu de débris, en faisant un aussi grand nombre de prises. Certainement, toutes ces prises n'ont pas été effectives. J'entends par là, qu'on a pris et repris des fragments déjà assez petits pour sortir par la sonde, au lieu de prendre des fragments volumineux. Cela n'arriverait pas si on se servait de mon appareil pour la lithotritie, qui permet de toujours faire coïncider le point le plus déclive de la vessie avec le point de la paroi vésicale touché par le bec du brise-pierre.

M. Dubuc craint beaucoup le chloroforme dans les affections des voies urinaires. J'ai eu cette crainte longtemps ; mais, depuis plusieurs années, j'ai reconnu que le mode d'administration du chloroforme avait une influence considérable sur l'état consécutif des opérés. Depuis que le chloroforme est donné à mes malades par petites doses continues, comme le conseille M. L. Labbé, mes malades sont maintenus dans l'anesthésie complète pendant un temps très long, 40 minutes à une heure, avec une quantité relativement faible ; très rarement on use 25 grammes de chloroforme. Presque toujours, pour faire une lithotritie qui dure en tout de 25 à 30 minutes, on use de 15 à 20 grammes de chloroforme.

Depuis que je fais ainsi, j'ai toujours observé que les troubles généraux consécutifs sont très faibles. En tous cas, ils sont toujours beaucoup moins intenses que lorsque je donnais le chloroforme à dose massive.

M. Dubuc : Je n'irai jamais jusqu'à prétendre que la cocaïne peut remplacer le chloroforme ; mais je suis convaincu qu'elle anesthésie suffisamment la muqueuse vésicale pour permettre les séances longues. Dans une première séance, je m'attache à débarrasser la vessie de la plus grande quantité des calculs : je n'ai jamais observé aucun accident en agissant ainsi ; on avance la besogne, et à la rigueur on pourrait finir en une séance.

Lorsqu'il s'agit d'un malade à vessie inégale, qui fabrique des phosphates, qu'il faut

opérer une dizaine de fois par an, faut-il le chloroformer à chaque opération ? Je crois qu'il vaut mieux employer la cocaïne. Le chloroforme n'est pas sans inconvénients : certains malades ne le supportent pas. Il y a un auteur qui attribue la grande mortalité chez les vieillards âgés de plus de 80 ans à l'action du chloroforme. Enfin il n'est pas exact de dire que la douleur disparaît chez les malades qui ont été opérés souvent. Chez un de mes opérés j'ai voulu agir sans cocaïne, et l'opération a été très douloureuse.

M. Dehenne : Depuis plus de deux ans que j'emploie en chirurgie oculaire la solution de chlorydrate de cocaïne à 5 p. 100, je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer, et j'en fais un très grand usage. Trois fois seulement, chez des enfants opérés de strabisme, j'ai noté des vomissements qui ont commencé une heure environ après l'opération, et qui se sont reproduits sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures. J'ai facilement trouvé la cause de ces vomissements; dans ces trois cas j'avais employé une solution ancienne. J'en ai conclu qu'il fallait toujours faire usage de solutions fraîches, la vieille solution renferme de *l'hygrine, produit toxique.*

M. Dubuc : Dans les cas dont je parle j'ai fait usage de la solution toute fraîche à 15 p. 100, et j'y ajoute toujours de l'acide borique pour empêcher l'altération de la cocaïne.

M. de Beauvais : Les journaux ont publié dernièrement des observations d'empoisonnement à la suite d'injections sous-cutanées de cocaïne, notamment chez un ivrogne (journaux américains). D'après ce que dit M. Dehenne, ce ne serait pas la cocaïne qui serait l'agent toxique, mais un nouveau produit, l'*hygrine*, qu'aucun de nous ne connaît. Qu'est-ce que l'*hygrine?* M. Dehenne a-t-il quelques notions à cet égard ?

M. Dehenne : Je ne puis que signaler le fait; je ne sais rien des propriétés chimiques de ce nouveau produit.

— M. Duroziez lit la première partie d'un mémoire ayant pour titre : *Du rétrécissement mitral pur et du rétrécissement rhumatismal.* (Sera publié.)

M. Dehenne lit une deuxième note *Sur le sarcome de la choroïde* (sera publiée), et présente les pièces anatomiques recueillies sur son opéré.

Election. — M. le docteur Janson Zuède (de Liège) est nommé membre correspondant étranger, à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à six heures.

FORMULAIRE

Poudre antiseptique. — Lucas-Championnière,

Iodoforme passé au tamis.....	
Quinquina pulvérisé.....	
Benjoin pulvérisé.....	aâ parties égales.
Carbonate de magnésie pulv., saturé d'essence d'eucalyptus.....	

Mêlez avec soin. — On applique directement cette poudre sur la plaie, ou bien, ce qui est préférable, on l'étale par dessus du protective. Après la poudre, on met de l'ouate de bois, souvent une éponge, puis le mackintosh et une bande de gaze ordinaire. — Quand il s'agit de grandes opérations, ce pansement est renouvelé le troisième jour; pour les plus petites, on attend huit jours. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Chautard est nommé aide de chimie et bactériologie au laboratoire de clinique des maladies des enfants.

©BIU Santé

M. Lhomme est nommé aide d'anatomie pathologique au laboratoire de clinique des maladies des enfants.

— L'Académie des sciences, invitée à présenter au ministère de l'Instruction publique, deux candidats pour la chaire de pathologie comparée vacante au Muséum d'histoire naturelle de Paris, par suite de la mort d'Henry Bouley, a désigné dans sa séance de lundi dernier, par la voie du scrutin : en première ligne, M. A. Chauveau; en deuxième ligne, M. P. Gréhant.

— M. Brown-Séquard, professeur de médecine au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, par M. d'Arsonval.

M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, par M. Franck (François).

École de médecine de Toulouse. — M. Caubet, professeur de pathologie interne, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours est ouvert pour deux places d'internes à la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Les pièces à produire sont les suivantes :

1° Acte de naissance;

2° Certificat de scolarité constatant le nombre d'inscriptions prises;

3° Certificat d'un chef de service.

Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur sont imposées et sur les avantages qui leur sont réservés.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au samedi 18 décembre 1886.

École de médecine de Poitiers. — M. Pion, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. Rolland, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie.

Société médico-pratique. — Séance du 13 décembre 1886. — *Ordre du jour* : 1. MM. Cadet de Gassicourt, Dauchez, Ory et Le Bec : Rapports sur les candidatures de MM. Deligny, Bourdel, Blocq et Monnier. — 2. M. Paulin : De l'emploi de la cocaïne dans les opérations dentaires. — 3. M. Roux : De l'origine équine du tétanos. — 4. M. Huchard : La lésion des artères coronaires dans ses rapports avec la mort subite (observation nouvelle avec autopsie). — 5. M. Schwartz : Cas de trépanation du crâne pour un enfoncement de la voûte. — 6. M. Dauchez : Deux rougeoles successives à quinze jours de distance. — 7. M. Martin : Traitement de l'épistaxis. — 8. Élection de deux membres titulaires.

La Commission du Prix se réunira après la séance.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 13 décembre 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 quatre places de membres titulaires. — 2. Elections pour le renouvellement du Bureau. — 3. Discussion sur le viol dans l'hyptonisme et les états analogues, à propos de la communication de M. le docteur Gilles de la Tourette. — IV. Questions diverses.

Chez les convalescents, les phthisiques, on obtient d'excellents résultats par l'administration du *vin de Bayard* à la peptone *phosphatée*, mais on ne saurait perdre de vue que cette préparation, capable d'être assimilée directement et pour ainsi dire sans le concours de l'estomac, est tout indiquée dans les affections des voies digestives.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, rue 24, Chauchat.

Sommaire

I. PETER : Leçon d'ouverture. — II. BIBLIOTHÈQUE : Le secret médical. — III. THÉRAPEUTIQUE : De l'aconitine dans les névralgies dites « essentielles ». — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. COURRIER.

Hôpital Necker. — M. le professeur PETER.

Leçon d'ouverture

Recueillie par M. le docteur SCHLEMMER.

Messieurs,

Il y a soixante-sept ans que, dans cet hôpital, un homme petit, chétif, mal portant, a fait, tout seul, sans aide et sans laboratoire, une découverte qui devint l'origine d'une révolution complète dans le monde médical. Avec l'auscultation médiate, Laënnec apportait, en effet, à la médecine deux choses qui la firent entrer dans le domaine des sciences physiques, ou autrement dit des sciences exactes (si tant est qu'il existe des sciences inexactes!). Ces deux choses sont : la *précision* et *l'analyse;* c'est sur elles que reposent l'*anatomie pathologique* et la *séméiotique*. Je tiens à vous faire remarquer dès maintenant que, si la précision peut être parfaite à l'égard des *lésions*, il n'en est plus de même à l'égard de l'élément dynamique des maladies qui, par sa nature même, est un acte vital et, par conséquent, un *devenir*.

Laënnec et, à son exemple, Dupuytren ont fait de l'anatomie pathologique une science à part; car les beaux travaux de Morgagni n'avaient pas abouti à une classification méthodique. C'est de Laënnec aussi qu'est née la séméiotique, car le Viennois Avenbrugger, qui avait mis sept ans à faire son *Inventum novum*, était mort ignoré, et il a fallu que Corvisart vînt tirer son œuvre de l'oubli pour la faire consacrer en France et ouvrît ainsi la voie au célèbre clinicien de l'hôpital Necker.

Ainsi Laënnec, *vitaliste*, a matérialisé la médecine, parce qu'il a été *localisateur :* à l'encontre de ses devanciers, qui avaient bien observé la *fièvre pneumonique*, il a fait de la pneumonie une inflammation locale. Dans son livre, presque entièrement consacré à l'étude des lésions, il ne montre *le* pneumonique que dans les cinq dernières pages pour y déclarer que la fièvre est symptomatique et *consécutive;* et s'il parle de la pneumonie bilieuse, en revanche il ne dit pas un mot de la pneumonie typhoïde, si fréquente chez les débilités, les vieillards, les alcooliques. En réalité, il renverse l'ordre chronologique, car le frisson, la fièvre, l'ébranlement nerveux précèdent la lésion, et la lésion leur survit, comme le montrent d'ailleurs ses propres écrits. Sans prétendre critiquer l'œuvre de Laënnec, on doit donc reconnaître qu'il est ainsi devenu matérialiste sans le vouloir.

En rattachant la lésion aux symptômes, en donnant l'impulsion aux investigations physiques pratiquées sur le corps vivant, il a fondé la séméiotique moderne : du stéthoscope sont nés l'ophthalmoscope, le rhinoscope et le microscope (qui permet de faire en quelque sorte, par l'examen de l'urine et des crachats, l'autopsie du rein et du poumon d'un malade pendant sa vie); le même souffle scientifique a créé la thermométrie médicale et remis en honneur le spéculum assez longtemps délaissé. C'est encore l'impulsion donnée par Laënnec à l'investigation des organes qui a été le

©BIU Santé

point de départ de l'anatomie pathologique scientifique : il a parfaitement décrit les trois degrés de la pneumonie, les épanchements et les fausses membranes de la pleurésie dans leurs diverses variétés, les granulations et les infiltrations tuberculeuses au point de vue macroscopique, et il a su reconnaître l'*unité de la phthisie*, malgré sa variété morphologique, en évitant l'erreur de la doctrine dualistique que l'histologie a définitivement renversée dans ces derniers temps.

L'exemple de Laënnec a été suivi, et la recherche de la précision a transporté l'investigation d'abord de l'organe au tissu, puis à l'élément anatomique et puis enfin au microbe ; alors est née la *théorie de l'infection parasitaire*. Mais le microbe n'est pas la maladie. Il est l'agent pathogène : pour que le pneumocoque fasse la pneumonie, il faut qu'il entre dans l'organisme et l'infecte. Et voilà la pneumonie redevenue une maladie générale. Les outranciers de Laënnec ont ainsi défait son œuvre, et le chemin suivi par l'opinion médicale représente ici un cercle, qui n'est pas un cercle vicieux puisqu'il ramène à la vérité. L'histologie nous a rendu le service de bien montrer à nouveau que la *pneumonie est une fièvre* (avec un micrococcus). Mais ce qu'elle oublie de nous montrer, c'est que la *forme de la fièvre* doit dominer la thérapeutique.

En 1869, en face de l'organicisme intolérant qui régnait alors sans entraves, un agrégé, suppléant Grisolle, avait osé dire que la pneumonie est une fièvre et qu'il importait de s'occuper des formes particulières de cette fièvre, de tenir compte de l'individualité pneumonique et de varier la médication suivant qu'il s'agit d'une fièvre pneumonique ataxique, adynamique ou bilieuse. Ce que j'avais énoncé, bien avant Jürgens, les histologistes sont venus le confirmer, et je les en remercie.

L'organicisme proclame que la lésion, c'est la maladie. Eh bien ! non, la lésion n'est que le résultat de la maladie, elle la suit et elle lui survit. Mais suivons un instant l'organicisme dans son évolution : il a eu pour principe la recherche de la précision ; après avoir préconisé la *méthode numérique* (qui consiste à traduire en chiffres le sens plus vague de certaines expressions telles que : souvent, dans la plupart des cas, etc), on a voulu scruter davantage ; on ne s'est plus contenté de voir avec les yeux, on a cherché à savoir ce qui se passe dans l'organisme malade à l'aide de la chimie et de l'histologie, et l'on a fondé la *pathogénie*. La plus belle tentative qui ait été faite dans ce sens a eu pour résultat la *pathologie cellulaire*. *Vitaliste à sa façon*, Virchow a déclaré que la maladie est le produit de la *déviation trophique des cellules*. Rejetant toutes les tumeurs hétérologues (cancer, tuberculose), puisqu'il n'admet que des déviations du type normal des cellules, Virchow retrouve chez l'embryon, dans la gélatine de Wharton, les éléments morphologiques de certains cancers colloïdes qui constituent ainsi pour lui un exemple d'*hétérochronie* ou de déviation cellulaire par suite d'une aberration relative au temps ; il trouve dans les tumeurs cartilagineuses des exemples d'*hétérotopie* ou d'aberration du lieu, et il reconnaît dans les proliférations excessives de cellules normales des cas d'*hétérométrie* : il s'agit donc toujours d'une déviation trophique des cellules.

Mais voici que les microbes de la tuberculose et du choléra viennent détruire son édifice : au lieu d'une déviation par excès de prolifération, avec compression réciproque et obturation des vaisseaux nourriciers faisant mourir le tubercule par l'asphyxie et par la famine, Koch nous montre

BIU Santé

l'ennemi entré dans la place et devenant la cause de tous les désordres. Virchow alors, capitulant, proclame la lutte entre cellules et microbes, et *arrive à un solidisme pur.*

Le triomphe remporté par Koch ne dure pas longtemps : dans la granulie, comme dans le choléra, les bacilles sont loin d'être en proportion de l'intensité ou de la rapidité de la maladie. Dès lors, Koch déclare que le bacille n'est qu'un *agent indirectement morbifère en raison de la ptomaïne qu'il sécrète* et qui fait tout le mal. Celle-ci ne peut agir qu'en dissolution dans les humeurs, et Koch en arrive ainsi à l'*humorisme.*

Voilà donc deux hommes éminents dont l'esprit de haute généralisation nous conduit à deux dogmes opposés, à la suite d'un même fait, à l'occasion des mêmes microbes. — Ces discussions pathogéniques sont-elles salutaires à l'esprit humain? Quoi qu'il en soit, le médecin, forcément utilitaire, cherche à appliquer ses notions scientifiques nouvelles au soulagement de ses malades, et par conséquent ces doctrines ont un retentissement thérapeutique : les bactériologistes, voyant dans la dothiénentérie un microbe qui produit la fermentation et conséquemment la chaleur, concluent à la nécessité d'une thérapeutique réfrigérante. C'est qu'ils voient *la* fièvre typhoïde et non pas *le* typhique; c'est qu'ils voient les plaques de Peyer infiltrées et ne considèrent pas les formes variées de la fièvre; c'est qu'ils veulent combattre leur ennemi unique, le microbe, tandis qu'en réalité il y lieu d'opposer à des accidents morbides variés des médications diverses. La conséquence de cette erreur, c'est que le bain froid systématique a pu non seulement échouer, mais encore transformer dans maints cas une congestion locale en une inflammation hémorrhagique. J'ai lutté contre cette thérapeutique univoque, sachant bien que l'expérience restreint, en les fixant, les indications de toute médication trop uniforme, et que le progrès consiste dans l'addition de petites acquisitions scientifiques et non pas dans le renversement complet de la tradition.

Cette même doctrine bactériologiste nous a valu dans la pneumonie ces injections intraparenchymateuses de solutions antiseptiques, dont la formule compliquée me rappelle certain thé légendaire; si elle n'a pas été jusqu'ici suivie d'accidents, grâce à la résistance de l'organisme en général, cette médication n'en est pas moins irrationnelle : pour peu que les microbes n'aient pas été détruits jusqu'au dernier, les survivants devront repulluler d'après les lois bactériologiques, et l'on devra sans cesse recommencer cette pratique, qui a d'autant moins sa raison d'être qu'il s'agit, dans la pneumonie, d'une maladie généralement cyclique et souvent guérissant toute seule.

Quel a été le fruit des travaux de Koch pendant le choléra de Marseille ? Ayant trouvé que le bacille mourait quand il avait soif, il a donné le conseil de ne pas arroser les rues et d'y laisser régner une sécheresse désagréable aux microbes... et aux citadins.

C'est une erreur de vouloir assimiler l'antisepsie médicale à l'antisepsie chirurgicale. Que celle-ci s'oppose à l'entrée des germes dans une brèche faite à un organisme sain, rien de plus rationnel; la tâche du médecin, qui se trouve au contraire en présence d'une maladie déjà constituée, c'est de combattre les accidents divers développés sous l'influence de l'agent pathogène par lequel l'organisme s'est trouvé infecté. Aussi l'antisepsie médicale n'a pas justifié les espérances qu'on avait fondées sur elle, et la mé-

©BIU Santé

thode préconisée maintenant contre la rage me paraît devoir péricliter très prochainement, parce qu'elle est irrationnelle : si vous inoculez la vaccine chez un individu qui est en incubation de la variole, vous verrez chez lui la vaccine et la variole évoluer parallèlement, on ne peut rien sur l'individu en incubation; c'est là ce que l'observation nous montre.

Ce qui doit guider le médecin dans le choix de sa médication, c'est la *clinique*, c'est l'observation terre-à-terre *du* malade, *du* pneumonique, *du* typhique, etc.; chaque patient individualise sa maladie. La clinique recueille tous les faits; la pathogénie, qui les groupe après les avoir triés, me représente pour ainsi dire le roman de la maladie; la clinique en est l'histoire.

Observez la fièvre typhoïde de ce paysan robuste et bien alimenté, qui passe sa vie en plein air : il vous présente un type de réaction inflammatoire; en le saignant, vous allez peut-être le sauver d'une pneumonie foudroyante; les bains froids peuvent la lui donner, — Comparez maintenant cette fièvre typhoïde à celle de cette ouvrière chétive, vivant dans un milieu confiné et médiocrement nourrie : en présence de cette forme adynamique, songerez-vous à la saignée? Conseillerez-vous une médication débilitante? Ne penserez-vous pas, bien plutôt, à donner du sulfate de quinine et à prescrire un traitement tonique? — Voici, d'autre part, une fièvre typhoïde qui suit une évolution régulière, et au cours de laquelle vous n'avez eu jusqu'ici que fort peu à intervenir; tout à coup une hémorrhagie se produit : est-ce le microbe qui est seul à combattre ici? Et l'inflammation trop vive qui vient de se manifester n'exige-t-elle pas que vous la réprimiez au moyen de la révulsion? — Ce qui importe donc ici, c'est l'*acte morbide du patient réagissant à sa façon* contre un ennemi infectieux quelconque. La clinique, qu'enseignèrent en France Corvisart, Laënnec, Andral, Louis, Trousseau, c'est l'observation de l'état des forces, de la vitalité du malade, tels qu'ils se révèlent dans les divers éléments morbides de l'évolution nosologique.

J'ai eu la bonne fortune d'avoir pour maîtres des cliniciens illustres, tels que : Gosselin, ce chirurgien prudent; — Cruveilher, qui a été non seulement l'anatomo-pathologiste que tout le monde peut apprécier encore, mais aussi le *médecin*, auquel nous devons la révélation de l'ulcère simple de l'estomac et de l'amyotrophie progressive étudiée par Aran sous sa direction; — j'ai eu pour maîtres aussi Monneret; puis Roger, qui a tant fait pour la pathologie infantile; — et, enfin, Trousseau, que ses envieux n'ont su critiquer autrement qu'en l'appelant « un esprit brillant », afin de ne pas dire « savant ». C'est à ces hommes que je rapporte tout l'honneur de la situation que j'occupe aujourd'hui, et c'est leur enseignement clinique que je vais m'efforcer de continuer ici.

Mais je ne veux pas terminer cette conférence d'ouverture sans évoquer aussi le nom de l'éminent clinicien auquel je succède à présent, de M. le professeur Hardy, dont vous saviez apprécier les leçons toujours si remplies d'expérience et de bon sens, et que l'âge de la retraite vient d'atteindre dans toute la force de son talent.

BIBLIOTHÈQUE

LE SECRET MÉDICAL, par le professeur P. BROUARDEL. — J.-B. Baillière et fils, 1887.

Un fantaisiste définissait le secret médical : l'obligation, pour les médecins, de ne

CDIU Santé

causer qu'entre eux des maladies de leurs clients. Si, comme homme d'esprit, M. Brouardel eût souri de cette définition, comme professeur de médecine légale, il eût froncé le sourcil presque aussitôt, lui qui vient de consacrer un livre très chaleureux à restaurer la doctrine du secret médical rigoureux, un peu attaquée sur certains points depuis quelques années, un peu relâchée quelquefois dans la pratique, et sur laquelle des débats retentissants (affaire Watelet, affaire Boutan, du Havre) ont réveillé récemment l'attention des médecins.

M. Brouardel a reçu bien des lettres qui l'ont fait le confident des hésitations et des défaillances d'un grand nombre de ses confrères en cette matière délicate. « Presque tous se plaignent qu'une règle fixe ne leur trace pas leur conduite. » C'est pour répondre autant que possible à tous ses correspondants passés et futurs que M. Brouardel s'est décidé à publier son opinion sur la question; il n'a pas prétendu édicter « un code qui ne saurait, quels que soient les détails et les cas de conscienee discutés, résoudre toute les difficultés. Il a choisi celles sur lesquelles on l'a le plus souvent interrogé, et en s'appuyant d'une part sur les opinions léguées par la tradition, de l'autre sur les cas qui ont été soumis au jugement des tribunaux, il offre sur la plupart des points litigieux les solutions qui lui paraissent les plus sages.

En quelques mots d'historique, M. Brouardel rappelle que le devoir impérieux du secret médical exprimé dans le serment d'Hippocrate avait été résumé en 1599 par la Faculté de Paris sous cette forme quasi lapidaire : *Ægrorum arcana visa, audita, intellecta eliminet nemo.* Le législateur français, en rédigeant l'article 378 du Code pénal, n'a fait que donner une forme légale à ce que les médecins considéraient comme leur devoir professionnel. Cet article, que nous savons tous par cœur et qui donne à l'obligation du secret une sanction pénale, comprend deux parties : dans la première, la loi pose le principe du secret; dans la seconde, elle y apporte une exception pour le cas où les dépositaires des secrets sont tenus de se porter dénonciateurs. Ces deux parties ont fourni un plan naturel au livre de M. Brouardel.

Mais, avant de passer en revue les diverses circonstances dans lesquelles le médecin pourrait être entraîné à se croire délié du secret, M. Brouardel commente l'arrêt rendu par la Cour de cassation dans l'affaire Watelet. Jusqu'à cette époque, la Cour de cassation et presque tous les jurisconsultes avaient admis que *la révélation n'est délictueuse que si elle a été faite avec l'intention de nuire.* Le jugement qui a terminé les débats auxquels nous faisons allusions a modifié la jurisprudence, et nous ne devons plus oublier désormais que le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, ndépendamment de toute intention de nuire. M. Brouardel déclare qu'il donne à eette nouvelle doctrine son entière approbation.

Ainsi nous sommes prévenus que l'intention même d'être utiles ne nous rendra jamais aux yeux du législateur excusables d'avoir divulgué la maladie d'un de nos clients, et l'on pourrait prendre pour épigraphe de l'affaire Watelet certain aphorisme de la Sagesse des nations relatif au mode de pavage de l'enfer.

M. Brouardel passe ensuite en revue les conjonctures dans lesquelles le médecin peut être exposé à enfreindre la première partie de l'article 378.

Quand il s'agit d'un *recouvrement d'honoraires*, qui nécessite une poursuite judiciaire, « dans l'immense majorité des cas le médecin n'est pas obligé de dire quelles maladies il a soignées; il a fait tant de visites, donné tant de consultations, le tribunal ne demande pas d'autres détails. Si le médecin, pour justifier des honoraires exceptionnellement élevés, est obligé de dire qu'il y a eu un accouchement, une fracture, une luxation, une thoracentèse, la révélation de la maladie n'a habituellement rien qui puisse éveiller une susceptibilité quelconque.

Mais, ajoute M. Brouardel, « si la révélation doit porter sur un acte coupable imputable à votre malade, et s'il est porté à la notoriété par votre réclamation, ou même si elle dénonce une affection dont la connaissance aiguise les langues malicieuses de l'endroit, votre silence doit être absolu. Vous devez renoncer à ce bénéfice, bien que légitimement acquis ». — C'est le cas ou jamais de dire : *Dura lex...* M. Brouardel calme d'ailleurs l'inquiétude que peut faire naître dans l'esprit du lecteur la crainte assez naturelle de n'être jamais rémunéré pour soins donnés à un vénérien ou à une femme

©BIU Santé

ayant accouché clandestinement : « Il y a lieu de remarquer que ces cas sont exceptionnels, que votre malade a plus d'intérêt que vous à ce que le secret soit absolu; que, s'il peut réellement payer, il s'empressera de le faire; vous n'auriez guère à poursuivre que ceux qui ne peuvent pas payer; quel est le médecin qui l'a jamais fait? » Ceux de nos confrères qui cultivent les lettres, — il en est encore quelques-uns — pourront, il est vrai, se consoler en pareille occurrence par la pensée que Cicéron avait déjà trouvé, pour résumer la question, cette formule d'une philosophie doucement railleuse : « *Medici, qui thalamos et tecta aliena subeunt, multa tegere debent etiam læsi, quamvis sit difficile tacere cum doleas.* »

Dans ses rapports avec le *mariage*, le secret médical soulève plus d'un embarras. Quel médecin peut voir sans scrupule s'accomplir, grâce à son silence, le mariage d'un de ses clients atteint d'une syphilis en pleine évolution! Et cependant il faut se taire; « le silence est une règle absolue, qui ne souffre pas d'exception. Exprimer son opinion lorsqu'elle est favorable, se taire quand elle est défavorable, est inadmissible. » M. Brouardel s'attache à réfuter la thèse soutenue en 1863 par le docteur Gaide, qui se déclarait obligé en pareil cas, par sa conscience, à rompre le silence « pour préserver d'une infection presque certaine une femme et sa génération tout entière ». Bien que la théorie de Gaide ait trouvé quelque faveur auprès de Tardieu, A. Latour, Brochin et Legrand du Saulle, M. Brouardel la condamne formellement comme contraire à la loi et au dogme médical du secret qui est la sauvegarde de la société.

Il pense d'ailleurs que, même sans révéler le secret de son client, le médecin peut arriver à empêcher le mariage; s'il s'agit d'un syphilitique, on saura l'effrayer par la perspective des scandaleux débats soulevés à propos de la séparation de corps et de l'infection de la nourrice, qui seront la suite d'une telle union. Si son client est atteint d'un début de phthisie, le médecin peut le faire temporiser sous divers prétextes; pendant ce temps, les progrès de la maladie ouvriront les yeux des parents de la jeune fille. On peut encore éveiller les préoccupations financières du père de la fiancée au sujet de l'avenir de son futur gendre et lui suggérer d'obliger celui-ci à contracter une assurance.

Nous ne devons pas même nous considérer comme quittes de l'obligation du secret, lorsque nous en sommes déliés par les familles elles-mêmes, car celles-ci, ne sachant presque jamais de nous la vérité tout entière, ne peuvent prévoir la portée de ce qu'elles nous autorisent à révéler : distinction peut-être subtile, mais nécessaire.

Pendant le mariage, si des demandes en séparation surgissent, le médecin traitant ne doit délivrer ni à l'une ni à l'autre des parties aucun certificat constatant les lésions ou les déformations qui peuvent servir de base à une action judiciaire.

Dans la question des *Assurances sur la vie*, M. Brouardel estime que le médecin traitant doit toujours et absolument, même sur la demande de son client, refuser les certificats demandés par la Compagnie sur la constitution, les infirmités, les antécédents de famille de celui-ci. Le médecin doit de même refuser tout certificat *post mortem* relativement à la nature de la maladie à laquelle a succombé son client, alors même que cette maladie n'a rien de défavorable aux intérêts des héritiers. — Quant au rôle du médecin de la Compagnie d'assurances, il est tout différent; rien dans sa mission ne relève du secret professionnel.

Relativement aux bulletins fournis par le médecin traitant pour la *statistique* et les déclarations de décès, l'organisation proposée par M. Barat-Dulaurier et reprise par M. Passant, dans un rapport adressé à l'Association générale, paraît satisfaisante à M. Brouardel.

On lira encore avec profit, dans le livre de M. Brouardel, des recommandations utiles à méditer au sujet des *diagnostics* inscrits sur les pancartes des malades hospitalisés, des *bulletins de santé* qu'on laisse au domicile des malades pour renseigner leurs amis sur la marche de l'affection, du secret qu'on doit garder au cours d'une *expertise médico-légale, etc.*

Nous n'analyserons pas le reste du livre, qui commente la deuxième partie de l'article 378 et expose les cas où la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs, cas devenus de plus en plus restreints. L'analyse la plus complète ne saurait tenir lieu de

©BIU Santé

la lecture de l'ouvrage lui-même, et il sera bientôt dans toutes les bibliothèques médicales.

Il nous a suffi de montrer sur quel plan il était conçu. Quant à l'esprit qui s'en dégage, c'est le respect sans réserve de la lettre même du Code; c'est la nécessité de faire fléchir devant l'intérêt général social tout intérêt particulier. La formule qui termine le livre, et qu'a donnée un magistrat, M. Bruno-Lacombe, reçoit le plein assentiment du professeur de médecine légale : « Nul n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience à la place de la loi. »

P. Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

De l'aconitine dans les névralgies dites « essentielles ».

Il n'y a plus à faire l'éloge de l'action médicamenteuse de l'*aconitine cristallisée*, elle a suffisamment fait ses preuves, et il est permis d'affirmer, sans nulle exagération, qu'elle constitue un des médicaments les plus puissants, véritablement héroïque, toutes les fois qu'il répond aux indications thérapeutiques qui lui sont réellement appropriées et qu'il est bien manié dans ses applications, c'est-à-dire dans son administration.

Est-il besoin de répéter que les indications en question sont celles d'une *névralgie* dite « essentielle » *sine materia, a frigore* ou de nature rhumatismale, et non de cause organique, et plus particulièrement de la *névralgie faciale*, névralgie du trijumeau, alors même qu'elle revêt la forme et les caractères du *tic douloureux* invétéré.

Pour ce qui est du mode d'administration, autre condition indispensable de succès, il résulte de l'expérimentation et de l'observation clinique combinées, qu'il faut, de préférence et même exclusivement : s'adresser à la voie gastrique, employer les granules dosés à un quart de milligramme d'aconitine cristallisée (ou d'azotate d'aconitive cristallisée qui s'emploie aux mêmes doses) et mettre, pour assurer l'accoutumance et éviter avec certitude tout effet nocif, un intervalle d'au moins quatre heures entre la prise de chaque granule, dont la dose totale, par vingt-quatre heures, ne doit pas dépasser, au moins dès le début, le nombre de quatre, c'est-à-dire *un milligramme* de principe actif.

Mais il est des cas où la névralgie, notamment la névralgie faciale, résiste plus que d'habitude à l'action de l'aconitine seule; ces cas sont ceux dans lesquels prédomine la forme *paroxystique* ou de *périodicité intermittente* et qui ne sont pas non plus complètement justiciables de la quinine seule : L'association de l'aconitine cristallisée et de la quinine est alors nécessaire et résout parfaitement le problème thérapeutique.

Cette association est faite dans les pilules antinévralgiques de H. Duquesnel de la façon suivante :

Bromhydrate de quinine.....	10 centigrammes
Aconitine cristallisée (azotate).....	1/5 de milligramme

pour une pilule.

En administrant une pilule toutes les quatre ou cinq heures, comme dans le cas de l'aconitine cristallisée seule, on réalise exactement la dose tolérable de ce principe actif, en même temps qu'une dose suffisante de quinine.

C'est d'ailleurs au médecin et à sa compétence que doit toujours appartenir le soin de déterminer l'opportunité des applications de ce médicament, comme des granules d'Aconitine Cristallisée de H. Duquesnel, dont on est certain d'obtenir les effets favorables attendus, dans tous les cas de médication bien appropriée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gillet de Grandmont adresse une note intitulée : *Des conditions qui favorisent la régénération des éléments de la cornée transparente.*

©BIU Santé

« Toute plaie suppurée de la cornée, toute ulcération, tout sphacèle de cette membrane est, après cicatrisation, suivi d'une taie plus ou moins épaisse, plus ou moins opaque. L'analyse histologique ne révèle cependant dans ce tissu cicatriciel que les éléments propres de la cornée; mais ils y sont plus nombreux, moins développés et moins régulièrement disposés que dans les parties saines.

« Cette prolifération tumultueuse et incohérente des éléments histologiques explique l'opacité du tissu de cicatrice : en effet, gênés dans leur développement, ces éléments ne peuvent arriver à reconstituer les fibres et les couches stratifiées de la cornée. Les fibrilles et les faisceaux fibrillaires, ayant perdu leur parallélisme, produisent avec les rayons lumineux des phénomènes de diffraction et de réflexion qui expliquent l'opacité apparente des taies. La disposition irrégulière des canalicules et des espaces lymphatiques, ainsi que l'accumulation par diapédèse des cellules lymphoïdes, contribuent également à l'aspect nacré des cicatrices confirmées. Or il existe des degrés dans l'opacité et dans l'irrégularité de la disposition des éléments histologiques; nous nous sommes donc proposé de rechercher, par des expériences sur les animaux, les condition dans lesquelles la régénération intégrale d'une cornée pouvait avoir lieu.

« Pour cela, nous avons soumis deux séries d'animaux (lapins) à des traumatisme identiques de la cornée qui ont été ainsi produits; après avoir luxé l'œil du lapin hors de l'orbite, afin de l'immobiliser entièrement en le mettant à l'abri des contractions du muscle rétracteur, tantôt nous avons fait une abrasion des lames antérieures de la cornée en pénétrant jusque dans la chambre, tantôt nous avons fait tomber l'épithélium cornéen par une application de cocaïne ou par le grattage et nous avons enduit la surface dénudée avec du pus de catarrhe conjonctival; tantôt enfin nous avons cautérisé énergiquement la cornée avec le crayon de nitrate d'argent, le sulfate de cuivre ou le fer rouge.

« Une fois le traumatisme bien établi, et nous devons faire observer que, chez les animaux, il est très difficile de maintenir la lésion à son degré primitif de gravité, tant la réparation des traumatismes se fait avec une surprenante rapidité, nous avons traité la première série d'animaux par tous les topiques les plus irritants, tels que nitrate d'argent, sulfate de cuivre, chlorure de zinc, fer rouge, et considérés autrefois comme favorisant la cicatrisation cornéenne. Le résultat immédiat a été la production d'ulcères suppurant, et le résultat final, la formation de taies opaques, dans lesquelles on trouvait au microscope une accumulation considérable de leucocytes, formant une sorte de gangue au milieu de laquelle se trouvait une agglomération de canalicules, d'espaces lymphatiques et de fibrilles cornéennes mal développées et irrégulièrement disposées.

« La seconde série d'animaux fut au contraire traitée différemment. Loin de chercher à entretenir la suppuration lorsqu'elle fut bien établie, nous l'avons combattue énergiquement par les sels de mercure (bichlorure en solution au 1/1000, biiodure au 1/20000) qui sont jusqu'à ce jour les substances antiseptiques les plus propres à empêcher le développement des micro-organismes de la suppuration. Nous avons en outre, par tous les moyens de contention en notre pouvoir, mis les animaux dans l'impossibilité d'infecter leur plaie, et nous nous sommes abstenu de tous ces attouchements des plaies qui, sous prétexte de favoriser le développement des bourgeons charnus, n'ont d'autre effet que d'entraver le travail de réparation naturelle. Nous faisions seulement, avec des solutions mercurielles, des instillations toutes les heures ou toutes les deux heures. Par ces moyens, nous avons obtenu des cicatrices translucides, non adhérentes à l'iris, que l'analyse histologique montrait débarrassées de la gangue des cellules lymphoïdes et constituées par des fibres, des cellules et des espaces lymphatiques presque normalement développés et disposés régulièrement, de sorte que l'astigmatisme cornéen, bien qu'irrégulier, l'était beaucoup moins que pour les cicatrices de la première série.

« Ces faits nous ont conduit à admettre que la médication qui favorise le mieux la régénération intégrale des éléments cornéens avec stratification transparente repose sur les trois facteurs suivants : suppression de la suppuration, repos de l'organe, absence de toute intervention irritante. Dans ces conditions, tant que le sphacèle a épargné quelques éléments constitutifs de la cornée, tant que l'œil ne s'est point vidé, on peut espérer la restauration de la cornée et le retour des fonctions de l'organe. »

BIU Santé

— Dans le comité secret de l'avant-dernière séance, la section d'anatomie et zoologie, par l'organe de M. de Quatrefages, avait présenté la liste suivante de candidats à la place devenue vacante par suite du décès de M. Henri Milne-Edwards :

En première ligne, M. Sappey ; en deuxième ligne, M. Dareste ; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Filhol, Périer, Ranvier; en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

La discussion des rapports sur les travaux des candidats a eu lieu, en comité secret, à la fin de la dernière séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Hémato-salpingite double, laparotomie, ablation des deux trompes kystiques et des deux ovaires, guérison. — Sur l'étiologie du tétanos. — Rapport sur une observation d'ulcère du dos de diagnostic difficile, enlevé deux fois avec succès. — Opération de Battey, discussion.

M. Terrillon donne la relation détaillée de l'opération qu'il avait brièvement communiquée mercredi dernier et qui consistait dans l'ablation des deux trompes kystiques et des deux ovaires chez une femme de 32 ans atteinte d'hémato-salpingite double.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Après deux jours, l'écoulement sanguin venant de l'utérus s'arrêta pour ne plus reparaître.

Une seule fois la malade eut 38° C. le soir. Aujourd'hui 8 décembre, l'opérée peut être considérée comme hors de danger.

Dans les commentaires, dont il fait suivre cette observation, l'auteur rappelle que, chez cette malade, il avait constaté les signes de l'hémato-salpingite, tels qu'ils ont été indiqués surtout par Lawson Tait : accidents péritonéaux dans le petit bassin, hémorrhagies profuses avec redoublement des douleurs et des pertes au moment dès règles; enfin, tumeur fixe derrière l'utérus. Ces tumeurs, qui amènent souvent la mort par rupture ou par suppuration, doivent être opérées de bonne heure. Les adhérences qu'elles contractent avec le bassin peuvent rendre plus tard l'opération impossible.

M. Terrillon ajoute que le lavage du péritoine avec l'eau bouillie et filtrée lui a rendu dans ce cas un grand service.

— M. Terrier demande à présenter, au sujet de la discussion soulevée par M. Larger dans la dernière séance, une simple observation relative à la contagiosité du tétanos. Contrairement à l'avis de M. Larger et à celui de M. Verneuil, M. Terrier ne trouve pas que le caractère contagieux de cette maladie soit démontré par les faits. Pour lui, pendant les quatre années qu'il a passées à l'Ecole d'Alfort, où les plaies ne sont pas rares chez les élèves, les palefreniers et autres personnes employées à soigner et à panser les chevaux, il n'a pas observé parmi ces sujets un seul cas de mort par le tétanos. Tel est de même le résultat des observations de M. Nocard, professeur à l'Ecole d'Alfort, de M. Goubaux, directeur actuel de cette Ecole, enfin de MM. les directeurs actuels des Ecoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse.

— M. Terrier fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Defontaine (du Creuzot) et relative à un malade atteint d'un ulcère du dos d'un diagnostic difficile et opéré deux fois par ce chirurgien.

Cet ulcère était consécutif à l'ablation d'une petite tumeur du volume d'une noisette et prise pour un kyste sébacé. La plaie de l'opération ne se cicatrisa pas, malgré des topiques divers, le fer rouge, un traitement antisyphilitique *intus* et *extra*, des pansements à l'éther iodoformé, à la teinture d'iode, au chlorure de zinc, etc.

Les membres de la Société de chirurgie, à laquelle le malade fut présenté le 27 mai 1885, émirent, au sujet du diagnostic, les opinions les plus diverses : ulcère syphilitique, ulcère tuberculeux, épithélioma ulcéré, etc. Un traitement antisyphilitique institué à nouveau n'ayant pas mieux réussi que le premier, l'ablation fut pratiquée, au thermocautère, le 6 octobre 1885. La partie enlevée, examinée au microcospe par M. Malassez,

©BIU Santé

présentait les caractères du *sarcome fasciculé*. La cicatrisation de la plaie opératoire ne fut complète qu'au bout de quatre mois.

Au commencement de juillet 1886, dix mois après l'opération, l'ulcération reparut et grandit rapidement. M. Defontaine en pratiqua de nouveau l'ablation le 6 juillet 1886. Toute la région malade fut enlevée dans une étendue de 11 à 12 centimètres dans le sens vertical et de 9 à 10 dans le sens transversal. A la partie externe, les côtes et les intercostaux furent dénudés ; à la partie interne on dut évider les gouttières vertébrales et réséquer les quatre apophyses épineuses correspondantes. La cicatrice fut quatre mois à se faire. Actuellement, l'état général et l'état local sont excellents.

Comme le fait remarquer M Defontaine, si les sarcomes primitifs cutanés sont assez rares, car M. Perrin (de Marseille) n'a pu en réunir que sept cas), il est encore plus exceptionnel d'observer des ulcères dus à la dégénérescence sarcomateuse. Ceci explique la difficulté du diagnostic et les opinions diverses émises sur la nature de cette ulcération tout à fait anormale comme cause. C'est précisément la rareté du fait qui a engagé M. Defontaine à le soumettre dans tous ses détails à la Société de chirurgie, d'autant plus que le malade lui avait précédemment été présenté.

Aux ulcérations spécifiques, tuberculeuses ou épithéliales, il faut donc ajouter les ulcérations cutanées sarcomateuses; telle est la juste conclusion de M. Defontaine.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

— M. Terrier fait une communication sous le titre suivant : *Douleurs ovariennes, accès hystériques, guérison des douleurs et de l'hystérie par l'opération de Battey*. Voici le résumé de cette observation :

Femme de 33 ans, sans antécédents héréditaires autres que l'alcoolisme du père, prise à 31 ans, c'est-à-dire depuis dix-huit mois seulement, d'attaques hystériques au moment des règles, attaques coïncidant avec des douleurs violentes du côté gauche, vers la fosse iliaque. Depuis, soit avant, soit après, soit avant et après les règles, les mêmes phénomènes hystériformes se reproduisent, en même temps que les règles sont très douloureuses.

Le 12 décembre, M. le docteur Paul Magnin constate comme accidents hystériques : une très légère diminution de la sensibilité générale et une diminution plus accusée de la sensibilité spéciale surtout à droite. Le 21 décembre, après un séjour à l'hôpital, deuxième examen confirmatif du premier.

La malade sort du service à la fin de l'année, et y revient, le 18 janvier 1886, demandant à être opérée pour calmer les douleurs.

Le 6 février, nouvel examen du docteur Magnin qui constate des accidents hystériques peu accusés, avec ovarie à droite et petites attaques. Même état des sensibilités générale et spéciale qu'au deuxième examen.

Le 9 février 1886, M. Terrier opère la malade. L'ablation de l'ovaire droit est des plus faciles ; il résèque la trompe correspondante. Mais à gauche l'ovaire est fort adhérent. C'est avec peine que M. Terrier peut en faire la résection, incomplète d'ailleurs, après après avoir lié le pédicule utérin et utéro-ovarien de l'organe. D'un côté, ablation facile et complète; de l'autre, où la malade souffrait le plus, ablation incomplète après deux ligatures atrophiantes.

Les suites de cette opération, qui dura 50 minutes, furent assez inquiétantes au début. En effet, pendant plus de dix jours, il y eut des vomissements fréquents, bilieux et des accidents fébriles sérieux. Ultérieurement survint une diarrhée persistante, mais sans fièvre, la malade allait beaucoup mieux.

Le 26 février, soit quinze jours après l'opération, la malade attendait ses règles ; elle eut quelques vertiges et quelques étouffements; nul écoulement sanguin, pas de douleurs abdominales.

Au commencement de mars, la malade se lève et tousse un peu ; cette toux détermine même des vomissements bilieux et de la fièvre; elle cesse au bout de quelques jours.

Le 13 mars, après une vive contrariété, la température monte à 40 degrés. Apyrexie le jour suivant, où la malade quitte le service.

©BIU Santé

M. Paul Magnin la visite le 21 avril suivant. Du 27 au 30 mars, date probable de ses règles, pas d'écoulement. Mais, le 7 avril, douleurs vives dans le ventre et hémorrhagie abondante qui dure peu. Aujourd'hui, au dire de la malade, il persiste des troubles de la respiration et des douleurs névralgiques cardiaques ou intercostales; mais les accidents nerveux hystériformes ont disparu, ainsi que les douleurs abdominales spontanées ou provoquées; de plus, les sensibilités générale et spéciale sont les mêmes à droite et à gauche. Toutefois l'état psychique est celui d'une hystérique.

Il y a quelques jours, 27 novembre, nouvel examen de M. le docteur Paul Magnin. La malade est réglée, ou plutôt voit tous les mois, mais à des époques variables, ce qui tient certainement à l'existence d'un reste d'ovaire du côté gauche. Pendant ces pertes, troubles nerveux légers, mais pas d'attaques de nerfs (depuis qu'elle a été opérée, elle n'a eu qu'une crise après une vive contrariété). De plus, elle n'a plus ces douleurs abdominales qui la faisaient horriblement souffrir et contre lesquelles elle réclamait à grands cris l'opération. L'état général s'est très amélioré ; l'opérée a engraissé; elle n'est plus aussi nerveuse, les troubles de la sensibilité ont complètement disparu, ce qui avait été déjà constaté en avril dernier.

M. Paul Magnin, qui a étudié la malade avec soin, trouve même l'état psychique fort amélioré.

Ce fait paraît à M. Terrier plaider en faveur de l'opération de Battey dans certains cas déterminés.

M. Championnière a eu deux fois l'occasion de pratiquer l'ablation des ovaires. La première de ses opérées a succombé au bout de trois jours avec des accidents réflexes formidables. Elle avait réclamé l'opération pour des douleurs extrêmement vives qu'elle éprouvait à chacune de ses époques, et qui lui rendaient la vie insupportable.

La seconde opération date environ d'un an. Le sujet était une hystérique à grandes attaques ayant des douleurs constantes dans le ventre, douleurs qui s'exaspéraient à chaque époque menstruelle. A mesure qu'elle avançait en âge, les douleurs allaient toujours s'aggravant, si bien qu'elles lui étaient devenues insupportable. Tous les chirurgiens qui avaient été consultés par elle avaient porté des diagnostics différents; l'un d'eux avait même découvert une tumeur volumineuse et proposé une opération pour l'enlever. Or, il n'y avait pas ombre de tumeur.

M. Championnière pratiqua l'ablation des ovaires avec le concours de ses collègues, MM. Périer et Terrier. L'opération a fait tout d'abord disparaître les douleurs prémonitoires des attaques hystériques; puis tous les accidents ont disparu graduellement; les attaques d'hystérie ont cessé d'une manière absolue. Le caractère même de la malade a changé complètement; elle qui était, avant l'opération, d'une irascibilité extrême, est arrivée aujourd'hui à ne plus pouvoir se mettre en colère, quand elle a des motifs sérieux de le faire. Seulement elle a conservé les points douloureux qu'elle avait dans le ventre et qui gênent la marche dans une certaine mesure. A part ces douleurs très supportables, la malade se trouve dans un état aussi satisfaisant que possible.

M. Championnière conclut de ce fait et de celui de M. Terrier, avec lequel il offre beaucoup d'analogie, que l'opération de Battey améliore très notablement l'état des malades sans arriver à les guérir complètement. Enfin, le même chirurgien a fait plus récemment une tentative d'ablation des ovaires dont les résultats méritent d'être mentionnés. La malade avait des douleurs abdominales atroces contre lesquelles elle réclamait instamment l'intervention chirurgicale.

M. Championnière consentit à lui pratiquer l'opération de Battey; mais ni lui, ni les collègues qui lui prêtaient leur concours ne purent parvenir à trouver les ovaires, malgré de longues et minutieuses recherches. Force leur fut donc de laisser l'opération très incomplète. Or, chose singulière, à la suite de ce simulacre d'opération de Battey, les douleurs ovariennes ont complètement disparu et la malade est enchantée de l'opération qui lui a procuré un si grand soulagement.

M. Championnière pense que, dans les recherches longues et minutieuses auxquelles ses collègues et lui se sont livrés dans le petit bassin pour trouver les ovaires, il a dû y avoir très probablement des ruptures d'adhérences entre ces organes et ceux

©BIU Santé

du voisinage, si bien que la cessation des tiraillements douloureux causés par des adhérences a amené une grande amélioration dans l'état de la malade.

M. Monod a pratiqué deux fois l'ablation des ovaires. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait des règles excessivement douloureuses. On constatait chez elle une imperforation complète de l'orifice interne du col de l'utérus, ou plutôt l'absence de l'organe avec déviation du cours du sang menstruel qui s'écoulait au dehors par un flux hémorrhoïdal régulier, mais accompagné de douleurs atroces dans le ventre.

L'opération fut commencée, mais il fut impossible, comme dans le cas de M. Championnière, d'arriver à trouver et saisir les ovaires, à cause des adhérences nombreuses qui unissaient entre elles les anses intestinales. Chose remarquable, depuis cette opération incomplète, la malade déclare qu'elle souffre beaucoup moins.

Dans la deuxième opération, il s'agissait d'une femme qui avait des pertes considérables dues à un fibrome. L'ablation des ovaires fut relativement facile, mais depuis l'opération non seulement la malade a continué d'avoir ses règles, mais encore elle a des pertes aussi abondantes qu'avant.

M. Pozzi rappelle qu'il a opéré, il y a un an, une malade chez laquelle l'opération présenta de grandes difficultés. Depuis lors, les règles ont complètement cessé. La guérison a été radicale pendant six mois, puis la malade a recommencé à se plaindre de douleurs intercostales et névralgiques.

M. Terrier dit que l'opération de Battey peut devenir une opération extrêmement difficile dans certains cas. La suppression des règles est une des conséquences naturelles de cette opération, et l'on peut dire que, si une malade continue à être réglée, c'est qu'elle a été mal opérée, soit par la faute du chirurgien, soit par suite de l'impossibilité d'enlever les ovaires en totalité. Quant aux douleurs et aux accidents hystériques, on peut dire que, si la guérison n'est pas complète après l'opération, du moins les phénomènes morbides sont réduits à un minimum très supportable.

— M. le Président déclare la vacance d'une place de membre titulaire. — A. T.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le conseil général des Facultés et Ecoles supérieures, délibérant aux termes de l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, a fixé les congés du jour de l'an ainsi qu'il suit : La fermeture des cours aura lieu à partir du lundi 27 décembre inclus; la réouverture aura lieu le lundi 3 janvier 1887.

— La séance publique annuelle de l'Académie de médecine vient d'être fixée au mardi 21 décembre 1886.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE à céder dans une grande ville du Midi. — S'adresser au Bureau du Journal.

MAISON DE SANTÉ D'AUTEUIL, 20, *rue d'Erlanger*, *Paris*. — Opérations chirurgicales. — Convalescence. — Installation moderne, parc, jardin d'hiver. (Gare d'Auteuil; bateaux; omnibus-Madeleine; tramway-Louvre.)

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.

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.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

BIU Santé

Sommaire

I. A. Dehenne : Note sur l'opération de la cataracte. — II. Debove : Des inconvénients du régime lacté dans le traitement des maladies de l'estomac. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Variétés : Comment les médecins et les chirurgiens doivent-ils désinfecter leurs mains? — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Note sur l'opération de la cataracte,

Lue à la Société de médecine de Paris le 24 juillet 1886,

Par le docteur A. Dehenne.

Messieurs,

L'opération de la cataracte a été, depuis quelque temps, l'objet de tant de mémoires, de tant de discussions, que j'hésitais beaucoup à venir vous en parler. Un fait que j'ai observé cette semaine m'y décide, et au risque de paraître imiter mes collègues en ophthalmologie, qui dans presque toutes les Sociétés savantes de Paris ont pris la parole sur le traitement chirurgical de la cataracte, j'ai voulu vous exposer mon *modus faciendi*. Et puis j'ai pensé qu'il n'était pas mauvais que la Société de médecine de Paris fût tenue au courant de nos progrès en chirurgie oculaire. Déjà j'ai eu l'occasion de vous entretenir du manuel opératoire de la sclérotomie simple, de la sclérotomie rétro-iridienne, de la strabotomie, de l'avancement musculaire, etc., et des différentes modifications que j'ai cru devoir apporter aux procédés jusqu'à ce jour adoptés par la majorité des chirurgiens. La bienveillance que vous m'avez témoignée m'enhardit à vous entretenir de l'opération de la cataracte. Je serai, du reste, très bref. Je laisserai de côté l'historique et l'énumération de tous les procédés employés par mes devanciers et mes contemporains. Je ne ferai pas de statistique. Les statistiques, en général, ne prouvent rien; vraies ou fausses, elles n'ont d'autres but que la gloriole de leurs auteurs. Qu'il me suffise de vous dire qu'en prenant la moyenne des deux dernières années, depuis l'emploi de la cocaïne et l'abandon de l'iridectomie, j'ai pu compter 90 *succès complets* sur 100, 7 demi-succès et 3 insuccès. Parmi ces insuccès, 2 sont récents et ont tenu comme les autres à des causes absolument indépendantes de l'opération et de l'opérateur. Dans le premier cas, il s'agissait d'un vieillard de 81 ans, M. G..., opéré, sur sa demande, des deux yeux le même jour. Le lendemain de l'opération, je défis le pansement, et, pendant que j'avais le dos tourné, le médecin du malade voulut examiner l'œil droit. Il n'y mit pas toute la douceur voulue. La chambre antérieure se vida, l'iris fit hernie. Il se déclara une irido-choroïdite qui amena l'atrophie du globe. Du côté gauche, le résultat fut parfait. M. G... lit et écrit sans difficultés avec les lunettes appropriées. L'autre cas se rapporte à une vieille femme débilitée, cachectique, asthmatique, diabétique, qui, malgré toutes les précautions antiseptiques, eut de l'irido-choroïdite suppurative.

En chirurgie oculaire, les germes ne sont pas tout. Le terrain, le bouillon de culture favorable au développement des micro-organismes, jouent un rôle qu'il ne faut pas absolument négliger. J'ai opéré des gens qui étaient dans les plus déplorables conditions de santé générale, des cardiaques, des diabétiques, etc., et ils ont merveilleusement guéri. Il ne s'ensuit pas qu'il faille conclure de là que la débilitation générale ne joue aucun rôle dans le succès de l'opération de la cataracte. L'esprit exclusif est mauvais en science.

©BIU Santé

De même, il ne faut pas affirmer que les microbes sont la cause de tous les maux. Ils jouent un rôle considérable, et depuis que l'on est très propre et très soigneux, le nombre des succès a considérablement augmenté. Mais, à la propreté, à l'antisepsie exécutée avec soin, il faut joindre le manuel opératoire plus parfait. plus simple surtout, et l'anesthésie locale qui continue à nous rendre de très grands services. De l'ensemble de tous ces éléments, propreté, manuel opératoire simplifié, anesthésie locale, sont nées des conditions de succès qui approchent bien près du 100 p. 100 rêvé. Mais le facteur tiré de l'état général fera qu'il y aura toujours une ombre légère au tableau.

J'ai parlé de simplification opératoire. C'est vers ce but que tendent tous mes efforts, et en cela je ne puis pas être partisan des lavages intra-oculaires, des taffetas collés sur la cornée, etc. Du reste, voici comment je procède :

Comme instrumentation, *un écarteur*, *un couteau de de Graefe* (1) très long, très mince et très étroit que l'on tient comme une plume à écrire; une *simple pince à griffes sans arrêt* pour fixer l'œil pendant la section de la cornée, un *kystitome* et une *spatule en gutta-percha*. Tous ces instruments sont plongés dans une solution de sublimé au 1/2000e, immédiatement avant l'opération, et ne sont pas essuyés au moment de s'en servir, de telle sorte qu'ils introduisent eux-mêmes la solution antiseptique dans l'œil, sans qu'on soit obligé d'avoir recours à une nouvelle manœuvre, que je considère comme dangereuse, malgré l'opinion de maîtres et de collègues très autorisés. Et si ces lavages intra-oculaires ont encore pour but d'enlever les derniers débris de masses corticales, je démontrerai tout à l'heure qu'on n'a nul besoin d'avoir recours à eux pour obtenir un nettoyage parfait.

A la rigueur, on peut pratiquer l'opération de la cataracte *seul;* mais il est préférable d'avoir un aide expérimenté avec soi. Avant tout, l'opérateur et son ou ses aides doivent se passer les mains dans de l'eau très chaude, et au moment de les essuyer, faire couler sur les doigts de l'eau boriquée au 1/20e; il est entendu qu'on ne doit faire usage que de serviettes très propres et fraîchement lavées.

Le patient est couché dans un lit que l'on approche d'une fenêtre bien éclairée. C'est dans ce lit qu'il restera après son opération, afin de n'être ni remué ni secoué. On évite ainsi presque sûrement les enclavements de l'iris. On choisit de préférence un petit lit de fer autour duquel on peut facilement circuler.

On lave la face externe et le bord des paupières avec du coton hydrophile trempé dans la solution antiseptique. On irrigue bien les culs-de-sac conjonctivaux et la face interne des paupières avec la même solution, à l'aide d'un compte-gouttes ou d'une petite seringue en verre. Il est bien entendu que, si le patient est atteint d'une conjonctivite ou d'une dacriocystite, il faut soigner, auparavant, la conjonctive et les voies lacrymales. Depuis le commencement de cette année, j'ai pratiqué dix extractions de cataracte chez des gens atteints de larmoiement avec suppuration chronique du sac, et je n'ai pas eu à déplorer un seul accident. Mais aussi avais-je pris la précaution d'ouvrir les points lacrymaux, de cathétériser le canal, et de faire, par les voies lacrymales, deux injections antiseptiques par jour (solution boriquée au 1/20e). Puis, l'opération pratiquée, j'avais fait deux pansements

(1) Le couteau idéal serait un fil d'acier tranchant.

©BIU Santé

par jour avec lavages antiseptiques complets, de façon à laisser le moins possible la plaie cornéenne en contact avec les sécrétions conjonctivales et lacrymales.

Tous les soins de propreté ayant été pris, j'instille 5 à 6 gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20e, cinq minutes avant l'opération, et 5 à 6 gouttes au moment où j'applique l'écarteur. La cornée est complètement insensibilisée. Il est absolument inutile de faire des instillations répétées de quart d'heure en quart d'heure deux et trois heures avant l'opération, comme je l'ai entendu dire à quelques opérateurs. Dans ces conditions, les instillations de cocaïne peuvent devenir nuisibles. L'œil se ramollit, la tension baisse considérablement et l'extraction devient difficile. *La solution de cocaïne doit être très fraîche.*

Il n'est besoin de faire usage avant l'opération ni d'atropine ni d'ésérine. Le manuel opératoire n'en est nullement facilité.

J'emploie d'habitude le blépharostat à ressort. Si le malade me paraît nerveux, irritable, je fais de préférence écarter les paupières par mon aide, qui se sert, s'il en a l'habitude, de ses index munis de petits linges fins, ou d'écarteurs à manches.

Pour l'œil droit, je fais l'incision par en haut; pour l'œil gauche, j'emploie l'incision inférieure; de telle sorte que je dirige toujours le tranchant du couteau vers moi. Le lambeau me paraît ainsi beaucoup plus régulier. Mais cela est affaire d'habitude et de convenance personnelle; je n'y attache aucune importance.

L'œil étant fixé *très légèrement*, de façon à ne pas déchirer la conjonctive (avec l'anesthésie cocaïnique, on pourrait même se dispenser de toute fixation), je fais ma ponction et ma contre-ponction à l'union de la cornée et de la sclérotique, de telle sorte que le tranchant du couteau suive une ligne horizontale, qui serait la corde d'un arc dont la flèche aurait 4 millimètres de hauteur. Je termine mon lambeau en pleine cornée. La conjonctive n'est pas entamée; il ne s'écoule pas une goutte de sang. Abandonnant la pince à fixation, j'ouvre la capsule avec le kystitome, et j'enlève l'écarteur très doucement. Soulevant la paupière supérieure (je suppose l'opération du côté droit) avec le pouce de la main gauche, je fais regarder le malade directement en bas et, avec l'index de la main droite, j'exerce sur l'œil, à travers la paupière inférieure, des pressions très douces qui font sortir le cristallin et les masses corticales qui l'entourent; je continue ces pressions douces jusqu'à ce que toutes les masses corticales aient été expulsées. L'*iris rentre de lui-même*. Le malade ferme les yeux comme s'il dormait, et l'opération est terminée.

Je suis absolument opposé a l'introduction dans l'œil de pinces, de curettes, etc., qui produisent des froissements, des contusions de l'iris et des bords de la plaie. Moins on a employé d'instruments, plus la guérison est rapide. On a proposé d'ouvrir la capsule avec la pointe du couteau, au moment où l'instrument pénètre dans la chambre antérieure, et avant de faire la contre-ponction. C'est là évidemment encore une simplification de l'opération, mais que je n'ai jamais mise en pratique.

Je me trouve fort bien du kystitome, et je le garde. Avec le kystitome, on déchire de haut en bas, ou de bas en haut, la capsule antérieure. Il est des cas cependant où l'on est obligé de faire une *discision équatoriale* de la capsule. Ce fait s'est présenté cette semaine à mon observation, et je demande la permission de vous le relater brièvement.

©BIU Santé

Mme X..., âgée de 52 ans, et habitant le département de Meurthe-et-Moselle, vient à Paris pour se faire opérer de la cataracte des deux yeux. Depuis six mois, elle est absolument aveugle. Elle présente des cataractes demi-molles complètes. La perception lumineuse est excellente et dans toutes les directions du champ visuel. Comme elle ne peut faire qu'un court séjour dans la capitale, elle demande à être opérée des deux yeux à la fois. Rien ne s'oppose à l'accomplissement de son désir.

L'œil gauche est opéré le premier, et sans le moindre incident. Après l'expulsion du cristallin et des masses corticales, la pupille se présente noire et absolument ronde.

Quant à l'œil droit, la cornée ayant été incisée, j'ouvre la capsule en employant le procédé de kystitomie ordinaire, puis j'exerce de *douces pressions* de bas en haut. Rien ne vient. Craignant que la capsule n'ait pas été suffisamment dilacérée, je recommence la manœuvre de la kystitomie. Rien encore. Je profite de cette circonstance pour démontrer à mes aides que, quoi qu'il arrive, il ne faut jamais exercer de pressions brusques, et surtout, même dans les cas les plus difficiles, n'introduire dans l'œil aucune espèce de curette, dont le moindre défaut est de contusionner l'iris et les bords de la plaie, d'amener de la perte du corps vitré, et d'être le point de départ d'irido-choroïdite, etc. *La curette est, à mon sens, un détestable instrument.*

Croyant à une rigidité spéciale de l'iris, je l'excise et je recommence *mes pressions douces*. Rien encore. Je pratique alors une *discision équatoriale* de la capsule, et le cristallin sort avec la plus grande facilité. Le résultat a été excellent. Si je m'étais impatienté, j'aurais exercé des pressions violentes; le cristallin, le corps vitré, tout serait sorti, et l'œil eût été perdu. Quelques jours après l'opération, je pus choisir à cette femme des lunettes appropriées, grâce auxquelles elle lisait très facilement avec les deux yeux les plus fins caractères d'imprimerie. Dans l'opération de la cataracte, comme dans les soins consécutifs, la *douceur* des manœuvres doit être une règle dont il ne faut jamais, et sous aucun prétexte, se départir.

Aussitôt après l'opération, je m'assure que la pupille est bien ronde. En général, l'iris rentre complètement, et de lui-même. Ce sont là les cas les plus favorables. Si la pupille présente une très légère déformation, on fait usage de la spatule en gutta-percha pour faire rentrer l'iris et rendre à la pupille sa forme primitive.

J'instille ensuite quelques gouttes d'un collyre à l'atropine (0,10 centigr. de sulfate neutre pour 20 grammes d'eau). Cette instillation empêche toute adhérence consécutive de l'iris aux débris capsulaires, met à l'abri des plus légères congestions iridiennes, et si, par la suite, on est obligé de faire une légère discision capsulaire, on n'a à redouter aucun tiraillement sur la membrane iridienne. La dilatation pupillaire permet encore la résorption rapide des quelques débris corticaux qui auraient pu échapper au moment du nettoyage.

Comme pansement, une compresse de toile fine enduite de vaseline boriquée, un peu d'ouate aseptique et trois tours de bande. Ce pansement est laissé de vingt-quatre à quarante-huit heures. Généralement, on ferme les deux yeux. Quand on enlève le premier pansement, les paupières ne sont pas agglutinées et s'ouvrent d'elles-mêmes avec la plus grande facilité. La conjonctive ne présente pas la plus petite injection. La pupille est ronde, noire et d'une dilatation légèrement supérieure à la moyenne.

BIU Santé

A l'aide d'un compte-gouttes, on laisse tomber 5 à 6 gouttes du collyre à l'atropine et 15 à 20 gouttes d'une solution de sublimé au 1/2000e. On refait le même pansement, qu'on laisse trois à quatre jours. Au huitième jour, le malade est complètement guéri. Au quinzième jour, on peut lui choisir ses lunettes.

Généralement, les premiers jours, on ferme les deux yeux. J'ai toujours fait la remarque que l'œil non opéré était plus rouge, plus chassieux, et s'ouvrait moins facilement que l'œil opéré. J'ai attribué cette différence, avec raison je crois, à l'antisepsie parfaite de l'œil opéré.

Avec les progrès de ces deux dernières années, l'opération de la cataracte donne dans presque tous les cas des résultats merveilleux. Dans aucune opération, on n'obtient un tant pour 100 de succès aussi considérable, presque le 100 pour 100 si désiré, et cela au milieu des conditions les plus fâcheuses d'état local (dacriocystite) et d'état général (diabète, albuminurie, cardiopathie, asthme, etc.).

Je terminerai en disant qu'il ne faut jamais opérer une cataracte sans s'être assuré de l'acuité visuelle et du champ visuel du sujet. Toute personne atteinte de cataracte qui voit nettement la lueur d'une bougie, et les intermittences de la lumière à un mètre de distance, et qui voit cette lueur dans toutes les directions du champ visuel, est opérable.

Des inconvénients du régime lacté dans le traitement des maladies de l'estomac.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 12 novembre 1886

Par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Le traitement des maladies de l'estomac par le régime lacté est aujourd'hui classique. Il est prescrit non seulement dans les cas d'ulcère simple, mais encore dans ceux de cancer, dans les diverses dyspepsies et gastrites, dans une foule d'affections de l'estomac dont le diagnostic reste encore vague, malgré les importants progrès faits dans ces dernières années. Il donne les résultats heureux que chacun de nous a pu constater et plus d'un malade lui doit un soulagement notable, voire même une guérison cherchée en vain par d'autres modes de traitement. Mais à côté de ces avantages il faut bien savoir qu'il présente des inconvénients.

On se croit parfois obligé de prescrire le lait à des doses considérables, et, par son volume, il a amené la dilatation de l'estomac. Il peut alors guérir l'affection pour laquelle il a été ordonné; mais si son emploi est continué un certain temps, il crée de toutes pièces une maladie de l'estomac, pouvant mettre en danger les jours du malade. C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, et je vous demande la permission de vous présenter un sujet chez lequel cette interprétation pathogénique ma paraît absolument hors de doute.

Il s'agit d'un nommé P..., âgé de quarante-deux ans, et malade depuis quatre ans, Il était alcoolique et l'avoue franchement; il ingérait tous les jours 2 litres de vin, bière ou cidre, trois petits verres d'alcool, et cela sans compter les jours de fête, qui devenaient pour lui des occasions d'excès plus marqués encore. Sous l'influence d'un pareil régime, sa santé s'altéra, et il ne tarda pas à présenter des accidents caractéristiques : insomnies, agitation la nuit, cauchemars, et de plus des signes de gastrite alcoolique, diminution de l'appétit, digestions pénibles, vomissements le matin de matières pituiteuses. Le diagnostic de gastrite alcoolique paraît suffisamment établi par ces signes. Mais bientôt les accidents de l'estomac augmentèrent, les douleurs s'accrurent, elles devinrent continues, avec des exacerbations telles qu'au moment des crises, le malade criait en se roulant dans son lit; les aliments, à cette époque de la maladie, étaient rejetés, à l'exception du lait, et il survint deux ou trois vomissements de sang pur.

©BIU Santé

Il paraît rationnel d'admettre que le malade avait un ulcère de l'estomac, l'intensité des douleurs qui siégeaient au creux épigastrique et s'irradiaient dans la région interscapulaire, les vomissements des aliments autres que le lait, et surtout les hématémèses, me semblent établir suffisamment ce diagnostic.

Le malade se mit alors franchement au régime lacté, et absorba quatre litres de lait par jour; mais, ne pouvant continuer son travail, il entra dans un hôpital de province; on continua le régime lacté, mais on augmenta la quantité de lait et on la porta au chiffre de 8 litres.

Sous l'influence de ce régime et du repos, une amélioration notable se produisit, comme elle se produit habituellement lorsqu'on traite ainsi l'ulcère simple, les hématémèses devinrent rares et disparurent; il en fut de même des crises douloureuses, et le malade était en droit d'espérer sa guérison, mais peu à peu d'autres accidents survinrent, les douleurs d'estomac moins aiguës reparurent et furent continues; l'amaigrissement fut porté à un point tel que, malgré sa ration de 8 litres de lait, P... perdit 30 livres, et cela dura deux ans, pendant lesquels on continua le régime lacté, auquel on finit par adjoindre les injections de morphine.

Ce qui s'est passé alors nous semble facile à comprendre : par le régime lacté on guérit l'ulcère, mais en même temps, progressivement, on amena une dilatation de l'estomac, qui n'était pas moins à craindre que la première maladie.

Après avoir subi deux ans de traitement, le malade vint à Paris et entra dans notre service; il était dans un état de cachexie extrême, pâle, amaigri et si faible qu'il ne pouvait se tenir debout.

Le diagnostic de dilatation de l'estomac s'imposait, car cet organe s'étendait de la pointe du sternum jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus du pubis. On pratiqua immédiatement un lavage qui amena (quoique P... fût à jeun) le rejet de trois litres d'un liquide sale, coloré par la bile. Le soulagement fut immédiat, et le malade accusa à l'instant même une sensation de bien-être.

A dater de ce jour, P... subit tous les matins un lavage de l'estomac qui fut utile non seulement au point de vue thérapeutique, mais parce qu'il nous permettait de suivre, pour ainsi dire, jour par jour, l'amélioration produite sous l'influence du régime, qui consista en un 1 litre de lait et 75 grammes de poudre de viande. Il n'y avait plus de signes d'ulcère, il n'y avait donc qu'à instituer un régime alimentaire tel que la somme des aliments solides et liquides donnés en vingt-quatre heures ne fût pas trop considérable; il ne nous parut pas nécessaire d'arriver au régime sec, préconisé par le professeur Bouchard.

Sous l'influence de ce traitement, commencé le 7 mai dernier, l'amélioration s'accentua; légère d'abord, elle fit ensuite de rapides progrès. A la fin d'août, le malade reprenait le régime ordinaire, sa dilatation avait disparu, son clapotement ne se percevait plus dans l'abdomen, le lavage ne donnait plus qu'un liquide clair; les forces étaient revenues, et l'augmentation de poids était de 34 livres. Depuis les premiers jours de septembre le malade a repris le régime ordinaire, qu'il supporte bien; il a été à l'asile de Vincennes, et il peut être considéré comme guéri. Nous pouvons résumer son histoire en quelques mots : gastrite et ulcère simple produits par l'alcoolisme; le lait, prescrit en trop grande quantité, guérit l'ulcère, mais amena une dilatation de l'estomac. Cette dilatation disparut sous l'influence d'un régime qui, tout en étant d'une digestion facile, ne nécessitait pas l'ingestion d'un volume alimentaire trop considérable.

J'ai eu trop souvent à observer des accidents semblables; ils paraissent se produire ici avec un caractère de netteté tel qu'il nous a paru intéressant de vous en entretenir pour prémunir nos confrères contre les inconvénients du régime lacté. Je crois, en effet, que ce n'est pas impunément qu'on dépasse la dose de 2 à 3 litres au maximum, lorsque ce régime doit être continué pendant plusieurs mois.

Si nous jugeons qu'avec cette dose le malade ne sera pas nourri, il est bon de prescrire de la viande, quand il s'agit d'un ulcère de l'estomac, en donnant en même temps des alcalins à doses fractionnées, prises de demi-heure en demi-heure pendant les quatre heures qui suivent le repas. Le milieu stomacal étant maintenu neutre, la

©BIU Santé

digestion stomacale ne se produit pas, elle est purement intestinale; c'est un mode de traitement que j'ai déjà préconisé.

Si, pour une raison quelconque, on jugeait la viande préjudiciable au malade, on pourrait additionner le lait de lait concentré, ainsi que nous l'avons déjà recommandé. Grâce à ces précautions, on se mettra à l'abri d'accidents produits par le volume exagéré du régime lacté (Debove, *Remarques sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac*, séance du 11 août 1882).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 décembre. — Présidence de M. Thélat.

M. Brouardel présente, de la part de MM. Dubrisay et Yvon, un *Manuel d'hygiène scolaire*.

M. Laboulbène offre en hommage une étude sur les anatomistes anciens et la renaissance de l'anatomie au XVIe siècle. (Extrait de la *Revue scientifique*.)

M. J. Rochard présente, de la part de M. le docteur Barthe de Sandfort, trois brochures sur les thermes de Dax.

M. Hayem offre en hommage ses *Leçons de thérapeutique*.

M. Cornil présente, de la part de M. le docteur H. Bidault, sa thèse de doctorat, intitulée : *Du lupus compliqué d'épithélioma*.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

La commission, par l'organe de son rapporteur, M. Trasbot, présente : En première ligne, M. Nocard; en deuxième ligne, M. Weber; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Barrier et Raillet; en quatrième ligne, M. Mégnin.

Le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Nocard obtient 46 voix; M. Mégnin, 17; M. Weber, 11.

M. Nocard ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire.

— M. Planchon, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Panas fait une communication intitulée : *Considérations sur la pathogénie des kystes dits séreux de l'orbite, à propos d'une nouvelle observation.*

Les kystes séreux de l'orbite présentent, au point de vue de l'étiologie, des incertitudes qui ont donné naissance à trois théories différentes : 1° *De l'inclusion embryonnaire par diplogénèse;* 2° *de l'hétérotopie plastique;* 3° *de la nature dermoïde de ces tumeurs;* le tout renforcé d'autres hypothèses qui font de cette partie de la pathologie oculaire le chapitre le plus obscur qui existe.

Se basant sur les notions générales que nous possédons actuellement sur l'évolution des tumeurs kystiques dites dermoïdes et, d'autre part, sur l'étude anatomo-pathologique minutieuse des faits de kystes orbitaires qui s'offrent à notre observation, M. Panas a pensé que les kystes dits séreux de l'orbite, formés d'une paroi lisse histologiquement différente du derme, et d'un contenu variable, mais toujours liquide, ayant d'ailleurs les mêmes sièges de prédilection, un mode d'évolution analogue, une marche ultérieure identique et dont l'origine coïncide souvent avec la vie intra-utérine, M. Panas a pensé que ces kystes devaient se rattacher à la doctrine de l'*enclavement* telle qu'elle est admise pour les kystes dermoïdes. Avec cette différence toutefois qu'ici, au lieu du derme composé de deux couches, l'ectoderme et le mésoderme, c'est l'endoderme ou muqueuse qui s'enclave, ou s'invagine anormalement dans l'orbite, au niveau précisément d'une fente branchiale. Cette opinion s'est trouvée justifiée par le fait d'une jeune fille qu'il a opérée d'un kyste séreux le 22 novembre dernier.

©BIU Santé

La tumeur était formée, ainsi que M. Panas l'avait diagnostiqué, de deux poches, une antérieure sous-palpébrale, grande, remplie d'un liquide *visqueux brunâtre*, et d'un petit kyste à contenu également *visqueux*, mais transparent. Entre les deux kystes, il existait une espèce de masse fibreuse qui, sous la forme de plateau, adhérait à toute la face supérieure de la tumeur et se prolongeait profondément dans l'orbite.

L'étude anatomique minutieuse de la pièce a démontré, à n'en pas douter, qu'il s'agissait véritablement d'un kyste bilobé formé d'un tégument membraneux, contenant des *glandes mucipares acineuses* avec conduits excréteurs, recouvert d'un *épithélium cylindrique*, et qui contenait du mucus plus ou moins modifié par l'adjonction des éléments du sang, au moins dans la plus grande et peut-être la plus ancienne des deux poches. Il était naturel d'en conclure que le kyste en question était véritablement constitué par un enclavement fœtal de la muqueuse des fosses nasales et des sinus dont il représente plus ou moins complètement la structure exacte.

La topographie de ce kyste et ses rapports avec les parties de l'orbite conduit d'ailleurs à la même conclusion de son origine dermo-muqueuse.

Pour toutes ces raisons, M. Panas est tenté de se ranger, en égard à ces cas de tératomes oculaires, du côté de Talko et Hayer.

« Le jour, dit-il, où cette pathogénèse des kystes dits séreux de l'orbite sera définitivement acceptée, l'obscurité très grande qui plane actuellement sur ce sujet se dissipera et l'on aura deux classes de kystes orbitaires congénitaux bien définies :

« L'une comprenant les *kystes dermoïdes*, c'est-à-dire ceux provenant d'un enclavement du tégument externe; l'autre, les *kystes mucoïdes*, reconnaissant pour cause première l'emprisonnement de la muqueuse des voies aériennes dans l'orbite; que ces kystes soient petits ou grands, simples ou composés, purs ou transformés, communiquant ou non avec les cavités voisines, arrêtant ou non le globe oculaire dans son évolution, tout cela pourrait ne constituer que des questions de degré et de temps dans le mouvement évolutif des *kystes mucoïdes* orbitaires et rien de plus. »

M. Léon Labbé lit un rapport sur une observation de M. le docteur Dubar (de Lille), intitulée : *Pierre de la vessie et double fistule uréthro-pénienne; taille hypogastrique et uréthroplastie dans la même séance; résultats.*

Les deux opérations, taille et autoplastie, ont duré une heure trois quarts. Leurs suites ont été très simples, un peu de réaction pendant les premiers jours; les tubes vésicaux fonctionnèrent bien, et pas une goutte d'urine ne passa pas l'urèthre avant le dix-septième jour. Ce résultat important a été obtenu grâce à la disposition des tubes dans la vessie que le chirurgien avait pris la précaution de ne pas enfoncer jusque dans la partie la plus déclive de la vessie, en laissant leurs extrémités distantes d'un centimètre du bas-fond de cet organe, tout en les fixant comme d'ordinaire aux deux lèvres de la plaie.

Le trentième jour, la plaie abdominale était complètement cicatrisée.

L'enfant urine sans douleur, le jet de l'urine est assez gros et projeté à distance par le méat. La restauration des formes est complète.

M. Dubar, se basant sur le succès qu'il vient d'obtenir, propose nettement, dans le cas de *fistules rebelles*, de remplacer la boutonnière périnéale par la boutonnière vésicale hypogastrique et le drainage de l'urine par cette voie au moyen des deux tubes de Périer.

« Votre commission, dit M. le rapporteur en terminant, frappée du remarquable succès obtenu par M. Dubar, et pensant que l'opération pratiquée par ce chirurgien constitue un véritable progrès, vous propose :

« 1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

« 2° De renvoyer son travail au comité de publication;

« 3° De recommander sa candidature à la commission chargée de présenter les candidats aux places vacantes de correspondants nationaux, division de chirurgie. » (Adopté.)

— M. G. Lagneau, à propos d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Aubert, intitulé : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Loire-*

© BIU Santé

Inférieure, fait remarquer que la population s'y accroit légèrement par excédent des naissances sur les décès, mais surtout par immigration vers les villes de Nantes et Saint-Nazaire. Par leur taille peu élevée, par la largeur et la convexité de leur poitrine, par leur brachycéphalie, par la couleur brune de leurs cheveux, la plupart des habitants, les deux tiers au moins, se rattachent à la race celtique, anciennement représentée par les Namnètes, au nord de la Loire, par les Pictons, au sud de ce fleuve. Par leur taille élevée, leur teint blanc, leur chevelure blonde, d'autres habitants, moins nombreux, principalement du littoral, paraissent descendre des immigrés germains, saxons, normands, qui, de la Germanie septentrionale et de la Scandinavie, vinrent à diverses époques occuper cette région maritime.

Dans ce département, la belle et saine population du bourg de Batz, dont près d'un cinquième des habitants porte le même nom de famille, offre un bel exemple de l'innocuité des mariages consanguins, lorsque la consanguinité est indemne de toute hérédité morbide.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Grippe avec épanchement pleural critique. — Curabilité de la cirrhose alcoolique. — Cancer du foie probablement consécutif à un cancer du testicule chez un jeune homme de 18 ans. — Mutations dans les hôpitaux.*

M. Roques a observé chez un enfant de 9 ans un cas de grippe avec accidents nerveux si intenses que pendant quelques jours on crut avoir affaire à une méningite. Au moment où la fièvre cessait et où le malade entrait en convalescence, survint un épanchement pleural qui disparut en 24 heures. Ce cas n'est pas sans analogues, quoiqu'il soit très rare. Marrotte en a signalé plusieurs. Il importe de ne pas confondre cette variété d'épanchement pleural, qui a les allures d'un phénomène critique, avec les grippes à forme pleurétique où l'existence d'une pleurésie, dès le début de la maladie ou dans son cours, constitue le phénomène principal.

La pathogénie de l'épanchement pleural critique dans la grippe est obscure. La brièveté des accidents ne permet pas de croire qu'il s'agisse d'une véritable pleurésie. M. Roques est enclin à penser qu'il s'agit d'une hyperémie fluxionnaire de la plèvre ; la fluxion porte probablement surtout sur le feuillet viscéral puisque les malades n'accusent pas de douleur thoracique. L'hyperémie provoque naturellement l'hypersécrétion, et on peut dire qu'il se produit une sorte de sueur pleurale, comparable aux sueurs critiques.

M. Desnos rappelle que la grippe, qui fut si fréquente en 1870, s'accompagnait alors fréquemment d'épanchements pleuraux.

M. Roques maintient sa distinction entre ces grippes à forme pleurale primitive ou compliquées de pleurésies, et l'épanchement critique survenant au moment de la défervescence.

— M. Troisier présente un homme de 68 ans, vigoureux, coloré, ayant toutes les apparences de la santé qui paraît avoir guéri spontanément d'une cirrhose alcoolique. Les observations publiées récemment ont prouvé que l'ascite peut disparaître spontanément au cours de la cirrhose. La cirrhose peut évoluer aussi presque sans ascite. Mais on peut encore se poser la question de savoir s'il existe une forme de cirrhose alcoolique particulière n'arrivant pas jusqu'à l'état granulé du foie et rétrocédant jusqu'à guérison.

Le malade présenté par M. Troisier, ayant eu tous les symptômes classiques de la cirrhose, a subi, il y a deux ans, 18 ponctions abdominales, qui ont donné issue à 165 litres de liquide limpide, citrin. Outre l'anorexie, les troubles digestifs, l'amaigrissement, la circulation collatérale et l'ascite, il y avait un œdème des jambes qui disparaissait après chaque ponction pour reparaître ensuite. Le malade se cachectisait,

©BIU Santé

lorsqu'après la dix-huitième ponction, son urine, qui avait été toujours rare et sédimenteuse, devint abondante et claire. Après plusieurs jours de diurèse, le ventre, qui avait recommencé à enfler depuis la ponction, s'affaissa, et le liquide finit par se résorber complètement, pendant que l'état général se relevait et que les forces reparaissaient. Aujourd'hui le malade se considère comme absolument guéri. Le foie est demeuré un peu plus gros qu'à l'état normal, 11 centim. de matité sur la ligne mamelonnaire, le bord antérieur du foie est mince et tranchant, la rate normale. Ce malade était un alcoolique avéré; il buvait deux à trois petits verres d'alcool chaque matin à jeun et trois litres de vin par jour.

M. Troisier demande à ses confrères leur opinion sur ce cas. Peut-on admettre la guérison définitive de la cirrhose alcoolique?

M. Bucquoy a vu plusieurs cas dans lesquels la guérison, ou du moins un temps d'arrêt très prolongé, a duré plusieurs années. Il cite, notamment, le cas d'un marchand de vins, voisin de l'hôpital Cochin, auprès duquel il fut appelé en consultation et auquel on n'osait faire la ponction parce que sa mort paraissait imminente, tant était profond son état de cachexie. Six semaines plus tard, la résorption du liquide s'opérait spontanément et le malade, absolument transformé, venait à pieds à la consultation de l'hôpital. Pendant deux ans, M. Bucquoy le vit continuer son commerce; il ne sait ce qu'il est devenu.

Cruveilhier citait le cas d'une malade atteinte d'ascite qu'il avait soignée et qu paraissait vouée à une mort prochaine; la résorption s'opéra d'une façon inattendue coïncidant avec l'intervention d'un homœopathe auquel tout l'honneur de cette guérison revint. Mais, malgré ces faits et d'autres analogues, M. Bucquoy hésite à admettre la curabilité définitive; il s'agit sans doute de répits plus ou moins longs.

M. R. Moutard-Martin avait dans son service un jeune homme de 18 ans entré pour un œdème de la jambe droite et un gros foie au niveau du lobe gauche duquel se trouvait une poche fluctuante. On pensa qu'il s'agissait d'un kyste ou d'un abcès; mais la ponction donna issue à du sang. Le foie continua à augmenter de volume et à présenter une apparence marronnée. Dans les antécédents, on ne relevait que des excès alcooliques, l'habitude de la masturbation et une attaque de rhumatisme aigu. Cependant, M. Moutard-Martin admit le cancer comme probable, malgré le jeune âge du malade. Sa mort ne tarda pas à survenir. Le foie pesait 3,700 grammes, et était le siège d'une énorme tumeur encéphaloïde, les ganglions prévertébraux étaient dégénérés et dans le testicule on trouva une tumeur d'apparence cancéreuse à l'œil nu. L'examen histologique en révélera bientôt la véritable nature. Le diagnostic de la lésion testiculaire avait été rendu impossible pendant la vie, à cause de l'œdème du scrotum. Enfin, comme reliquat de l'attaque rhumatismale existait une endocardite végétante des valvules mitrale et aortiques, n'ayant donné lieu à aucun signe pendant la vie.

M. Cadet de Gassicourt rapporte le cas d'un garçon de 13 ans qui, à la suite de privations et de nuits passées en plein air, entra à l'hôpital pour une douleur dans le côté droit du thorax. L'amaigrissement, la pâleur, des adénopathies sous-maxillaires considérables, avec cicatrices d'écrouelles, l'existence d'une zone mate et soufflante au sommet droit firent porter le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Bientôt après survinrent des poussées congestives de la base du même poumon, et enfin une tumeur rénitente de la région hépatique. La ponction exploratrice ayant révélé l'existence de pus dans cette tumeur, on pensa avoir affaire soit à un kyste hydatique suppuré, soit à une adénopathie scrofulo-tuberculeuse. Quelques poussées de péritonite localisée survinrent, et M. Cadet de Gassicourt s'est étonné depuis, en relisant l'observation, de n'avoir pas songé dès lors à la possibilité d'une péritonite enkystée sus-hépatique. C'était bien, en effet, de cette affection qu'il s'agissait, comme on put bientôt en avoir la certitude; en effet, malgré l'issue de 200 grammes de pus à la suite d'une ponction avec un gros trocart et le placement d'une sonde à demeure, il persistait une fistule intarissable. Une incision au thermo-cautère, faite par M. Prengrueber, fit constater qu'il existait une poche suppurante entre la face convexe du foie et le diaphragme, mais indépendante du foie. La cicatrisation s'opéra ensuite facilement

©BIU Santé

et l'enfant guérit complètement de ses lésions pulmonaires. C'est un nouvel exemple d'une de ces broncho-pneumonies subaiguës qui guérissent, bien qu'on ait toutes raisons de les croire tuberculeuses.

Les mutations suivantes auront lieu, dans les hôpitaux, à partir du 1er janvier prochain :

M. Dumontpallier passe à l'Hôtel-Dieu; M. Blachez, à la Charité; MM. Hutinel et Troisier, à la Pitié; M. Dieulafoy, à Necker; MM. Hanot, Gingeot, R. Moutard-Martin et Tapret, à Saint-Antoine; M. Legroux, à Trousseau; M. Cornil, à Laënnec; M. Moizard, à Tenon; M. Barth, à Sainte-Périne; M. A. Gombault, à Ivry; M. Déjérine, à Bicêtre.

P. L. G.

VARIÉTÉS

COMMENT LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS DOIVENT-ILS DÉSINFECTER LEURS MAINS?

Cette question a été discutée dans une réunion de l'Association médicale de Hambourg, où M. Kummel a fait connaître le résultat de ses expériences. Cet observateur a constaté d'abord la difficulté de l'asepsie des mains, dont la désinfection, disait-il, est encore moins aisée que celle des éponges. Pour juger de la valeur de chacun des agents, il désinfectait les mains avec chacun d'eux, immergeait ensuite ces dernières dans la gélatine, puis dénombrait les colonies microbiques qui s'y développaient.

Ces expériences le conduisent aux conclusions suivantes : le chirurgien doit laver ses mains pendant trois minutes avec une eau savonneuse, et pendant une minute avec la solution d'acide thymique à 6 p. 1000, d'acide phénique à 3 p. 100 ou de sublimé au millième. Une solution d'acide phénique à 5 p. 100 remplirait donc les conditions, pourvu qu'on l'employât après le lavage des mains à l'eau savonneuse et qu'on étendît cette désinfection à l'avant-bras et au bras. — C. L. D.

FORMULAIRE

DÉSINFECTANT POUR APPARTEMENTS.

Camphre	20 grammes.
Hypochlorite de chaux	50 —
Alcool	50 —
Eau	50 —
Essence d'eucalyptus	1 gramme.
Essence de girofles	1 —

Opérer le mélange dans un vase suffisamment grand et refroidi. — Quelques gouttes de cette solution, versées sur une assiette, suffisent pour désinfecter une chambre.

N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNENR. — Par décret, en date du 11 décembre 1886, M. Ambriel, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 décembre 1886, la deuxième session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique, en 1886, s'ouvrira le mardi 28 décembre. La durée de cette session sera de dix jours.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences vient de procéder à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie.

©BIU Santé

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 53, majorité 27, M. Sappey a été élu par 34 voix, contre 10 données à M. Ranvier, 8 à M. Dareste, et 2 bulletins blancs.

« La province médicale ». — Nous souhaitons la bienvenue au nouveau journal hebdomadaire qui vient de paraître à Lyon sous ce titre, et que dirige notre distingué collègue, le docteur Augagneur. C'est, nous dit-il, une œuvre de décentralisation. Le nom du fondateur et le but qu'il se propose nous sont également sympathiques.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Grellois, ancien médecin principal de l'armée, commandeur de la Légion d'honneur, beau-père de notre éminent confrère M. L. Colin, membre de l'Académie de médecine; et celle de M. le docteur Brongniart, médecin consultant aux Eaux de Contrexéville.

Faculté de médecine de Lille. — M. Assaky, agrégé, est institué, pour une période de de neuf ans, chef des travaux anatomiques.

M. Quilliet est chargé des fonctions de préparateur de chimie minérale.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé est accordé pendant l'année scolaire 1886-1887, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berne, professeur de pathologie externe.

MM. les docteurs Josserand et Leclerc sont nommés, pour deux ans, chefs de clinique médicale, en remplacement de M. Dufourt, dont le temps d'exercice est expiré, et de M. Audry, démissionnaire.

M. le docteur Duzéa est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Taly est nommé chef de clinique des maladies mentales.

M. le docteur Éraud est nommé chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Guérin, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques.

M. Bagnéris est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castagné est nommé aide de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Heitz est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Trois cuillers a café ayant parcouru le tube digestif. — Une femme affectée de mélancolie, avec accès intermittents de manie et de tendance au suicide, avala trois cuillers à café d'une longueur de 18 centimètres et dont la partie la plus large dépassait 3 centimètres. Le passage de ces corps étrangers dans l'intestin donna lieu à des symptômes de péritonite, lesquels cédèrent promptement, et à une diarrhée qui se termina par l'expulsion des trois cuillers. Celles-ci étaient exactement appliquées l'une contre l'autre et entourées de matières fécales durcies, présentant la forme d'un cylindre.

(*Journal de thérapeutique contemporaine*).

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE de premier ordre, à céder pour cause de santé. — S'adresser au Bureau du Journal.

AVIS IMPORTANT. — Nous avons l'honneur d'informer MM. les médecins que la Maison **LE BELLEGUIC et Cie** a transféré son magasin et sa fabrique d'objets d'orthopédie : *bandages, corsets, soutiens hygiéniques, etc.*, **7, rue des Saints-Pères, Paris.**

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Des lavements gazeux comme traitement de la tuberculose des voies aériennes. — II. Revue des Journaux : Des résultats opératoires de l'ablation de l'utérus cancéreux. — Un cas de fistule recto-vaginale consécutive au premier coït. — III. Thérapeutique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Des lavements gazeux comme traitement de la tuberculose des voies aériennes.

Où en est la question des lavements gazeux? nous demandent plusieurs de nos lecteurs. Nous allons leur donner satisfaction, bien qu'il nous eût semblé préférable d'attendre, pour consacrer une revue à ce sujet, que les résultats annoncés par les premiers expérimentateurs aient subi l'épreuve du temps.

Résumons rapidement les diverses communications et publications dans lesquelles on peut, dès maintenant, puiser les renseignements nécessaires à l'application de la méthode.

Le 12 juillet dernier, M. le docteur Bergeon, agrégé libre de la Faculté de Lyon, annonçait à l'Académie des sciences qu'il avait institué une méthode thérapeutique nouvelle, consistant en injections de médicaments gazeux dans le rectum. Il en avait puisé l'idée dans des expériences par lesquelles Cl. Bernard a démontré que certains gaz toxiques, qui amènent rapidement des accidents si on les inhale, n'en causent pas lorsque, injectés dans le rectum, ils s'éliminent par le poumon. En outre, l'acide carbonique, en passant dans une solution médicamenteuse, peut se charger d'un principe actif gazeux, et, en s'éliminant avec lui par les alvéoles pulmonaires, y produire des modifications directes. L'air atmosphérique, que M. Bergeon avait d'abord utilisé comme véhicule de la substance médicamenteuse, provoque dans l'intestin une irritation que ne détermine pas l'acide carbonique. M. Bergeon, s'étant proposé surtout de traiter la phthisie pulmonaire, avait essayé nombre de substances réputées balsamiques, parasiticides ou anti-

FEUILLETON

CAUSERIE

Confusion de synonymes : Correcteur, corrige-toi toi-même. — La fin du jeûne de Merlatti. — Un jeûne de vingt-sept ans. — Le cocainisme : Un chirurgien qui se suicide pour avoir perdu une opérée. — Les faux diplômes de la Livingston University.

Relever une faute dans un journal et la signaler afin qu'on puisse la corriger ou éviter de la reproduire, cela est permis; mais en commettre une seconde en signalant la première, cela me paraît un comble. C'est en tout cas une grosse faute, et comme je l'ai commise, je l'avoue, afin qu'on me la pardonne au moins à moitié. Dans ma dernière *Causerie*, j'ai, si l'on s'en souvient, reproché à un compte rendu de journal d'avoir appelé un auteur *Perroud* au lieu de *Peyron;* or, il ne s'appelait ni *Perroud*, ni *Peyron*, mais *Peyrou*. Mon péché avoué m'étant pardonné à moitié, je vais essayer de rejeter l'autre moitié sur celui qui m'a induit en erreur. Ce n'est pas difficile : j'avais lu *Peyron* dans le compte rendu officiel, et allez donc vous défier d'un compte rendu officiel! Evidemment, le compositeur avait retourné l'u final de Peyrou et en avait fait un n. *Inde erratum : errare humanum est!* Heureusement que les soupapes de l'appareil de M. Morel ne se retournent pas aussi facilement que des caractères d'imprimerie, car l'injection du sulfure de carbone dans l'intestin pourrait manquer de charmes pour le patient,

©BIU Santé

septiques; enfin, il s'est arrêté au choix des eaux sulfureuses, naturelles ou artificielles et du sulfure de carbone, suivant les cas.

Son dispositif instrumental arrêté de concert avec le docteur Maurel, consiste essentiellement en un flacon générateur d'acide carbonique, à l'aide duquel on emplit de ce gaz un ballon de caoutchouc. Le gaz contenu dans le ballon réservoir traverse, dans un flacon à deux tubulures, une solution sulfureuse pour être ensuite chassé, à l'aide d'une poire en caoutchouc, dans un tube également en caoutchouc que termine une canule en os placée dans le rectum.

Avec cet appareil, M. Bergeon fait entrer deux fois par vingt-quatre heures dans le rectum un courant de 4 à 5 litres de gaz carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau sulfureuse. Il annonçait dans sa première communication avoir constaté, quelques jours après le début du traitement, la diminution et même la suppression totale de la toux, une modification de la quantité et de la qualité de l'expectoration, une suppression des sueurs, un relèvement de l'état général, et cela même dans la phthisie confirmée.

Le 19 octobre, M. Cornil disait, dans une note lue à l'Académie de médecine :

« Les résultats obtenus par cette méthode sont des plus satisfaisants : l'observation des malades montre que le rhythme respiratoire est modifié favorablement, l'hématose est plus complète, plus facile, il se produit une sensation de bien-être qui s'accompagne d'une augmentation de force en même temps que disparaissent les accidents, tels que fièvre, sueur, etc.

« Voici d'ailleurs, à ce sujet, des observations recueillies par M. Chantemesse, à l'hôpital Saint-Antoine, où il a essayé la méthode sur des asthmatiques et des phthisiques :

« Deux malades entrés à l'hôpital pour des attaques d'asthme très violentes ont eu, une demi-heure après l'injection intestinale de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respi-

---

ainsi que cela est arrivé une fois avec un appareil un peu trop primitif, paraît-il, et qui ne valait pas le Pérou.

*
* *

Vous avez tous lu dans les journaux, n'est-ce pas? que M. Stefano Merlatti, qui avait entrepris un jeûne de cinquante jours, a atteint mercredi soir, à six heures et demie, le terme de sa dangereuse expérience.

J'avais parié qu'il n'irait pas jusqu'au bout; j'ai perdu mon pari, et lui a gagné le sien. Mais à quel prix! Le malheureux jeûneur était sujet depuis quelques jours à des faiblesses répétées qui faisaient craindre pour sa vie : son corps décharné offrait le plus lamentable aspect et des bras étaient nécessaires pour l'aider dans son moindre déplacement.

J'espérais trouver dans les journaux profanes, à ce sujet, quelques-unes de ces bonnes petites énormités qui font toujours ma joie, et la vôtre aussi, je suppose, chers lecteurs, puisque je vous les raconte; mais mon espoir a été déçu. Ce n'est pas que je m'en plaigne, au moins! Cependant leurs récits m'ont laissé encore quelque obscurité dans l'esprit.

Il paraîtrait que, le matin même, Merlatti a été pris d'une violente hémorrhagie et d'une sorte de congestion qu'on arrêta par des applications de glace. Quelle hémorrhagie? Quelle congestion?

La rupture de son jeûne n'était pas sans causer de graves appréhensions aux membres de son comité médical. Les précautions les plus grandes étaient, en effet, néces-

ration est devenue libre; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication.

« Neuf malades du même service présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation de poids du corps a été rapide, une livre et parfois un kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

« Les crachats contiennent toujours des bacilles de la tuberculose. Ces malades sont en traitement depuis un mois et demi. L'un d'eux a augmenté de neuf livres en un mois et demi.

« Il faut être très circonspect dans la recherche des gaz employés, car si l'hydrogène est bien toléré, la térébenthine, le chlore, l'ammoniaque, le brome, l'iode, déterminent une inflammation de la muqueuse intestinale. Il est même nécessaire que la dose d'acide sulfhydrique ne soit pas trop considérable.

« Les premiers essais sont insuffisants pour conclure encore à la valeur absolue de la méthode, mais ils sont suffisants pour encourager les recherches sur des animaux rendus phthisiques. »

Le 2 novembre, M. Bergeon se présentait lui-même devant l'Académie de médecine pour annoncer que sa méthode n'était pas seulement efficace contre la phthisie pulmonaire, mais aussi contre la laryngite simple, inflammatoire et tuberculeuse, les ulcérations des voies respiratoires, la pharyngite, etc. Il soumettait à l'examen de la savante Compagnie une phthisique aphone par suite de la destruction de ses cordes vocales.

« Cette destruction, disait le présentateur, avait déjà eu lieu en janvier dernier, lorsque cette malade est venue me demander des soins à la dernière période d'une phthisie héréditaire.

« Les douleurs de gorge étaient tellement violentes à cette époque que cette pauvre femme restait quelquefois jusqu'à trois jours de suite sans manger, pour éviter les douleurs de la déglutition.

---

saires pour éviter qu'il ne se produisît des accidents incoercibles dès la première absorption. L'indigestion, les troubles intestinaux et la congestion étaient également à craindre. — Que de congestions!

Ici, ça devient drôle. Les médecins, se trouvant en présence d'un estomac vierge, en ont profité pour expérimenter les extraits, peptones ou poudres de viande, prônés depuis quelques années. (Un peu de réclame ne fait jamais de mal.) L'estomac du jeûneur (aussi martyr que vierge) n'a pu supporter aucune de ces préparations, qui ont déterminé des vomissements douloureux. (Il fallait bien s'y attendre. Allez donc faire avaler des peptones, poudres de viande et autres produits *ejusdem farinæ* à un nouveau-né, et vous m'en donnerez des nouvelles!) On a donné alors au jeûneur du vin de quinquina, dont il a bu une certaine quantité.

M. Stefano Merlatti a présidé ensuite, mais d'une manière toute platonique, le grand banquet donné au Grand-Hôtel à l'occasion de sa rupture de jeûne. Si toutes les bonnes choses qui sont passées devant ses narines n'ont pas réveillé son appétit, c'est qu'il était bien endormi.

Détail curieux : Une nourrice s'est présentée pour allaiter M. Merlatti. Son offre a été acceptée. C'est peut-être là le seul moyen de ramener rapidement le jeûneur à son état normal. En tout cas, ce régime me paraît plus intelligent que celui des peptones.

* * *

Cependant Succi continue à tenir bon. Mais Succi et Merlatti sont bien éclipsés par

©BIU Santé

« Dès les premiers jours du traitement par les lavements gazeux, les douleurs de gorge ont diminué, et, en deux ou trois semaines, nous obtenions le commencement de la cicatrisation de ces ulcères, cicatrisation qui s'est parfaitement maintenue depuis huit mois, malgré l'état de ses poumons qui sont le siège, ainsi que vous pourrez le constater, d'énormes excavations.

« Malgré cette déperdition considérable de substance organique que l'on peut évaluer à la moitié du parenchyme pulmonaire, cette femme vient de faire le voyage de Lyon; elle a passé ici huit jours, s'est soumise très souvent à l'examen médical, et elle affirme qu'elle ne s'est jamais sentie mieux portante. »

M. Bergeon ajoutait que les lavements gazeux ne semblaient pas donner de moins bons résultats dans la phthisie aiguë, phthisie à forme pneumonique, phthisie galopante, granulie.

« Dans ces affections dont le pronostic est toujours si grave, les lavements gazeux font tomber très rapidemeut la température, le chiffre des pulsations, et amènent en quelques jours la disparition des sueurs et une telle diminution de la toux et de l'expectoration que les malades se considèrent comme guéris après quinze ou vingt jours de traitement ; mais si on a soin de prolonger l'usage des lavements gazeux, on arrive sinon à la guérison de la maladie, du moins à l'arrêt de son évolution. »

L'émotion causée par ces affirmations a été grande, et, de plusieurs côtés, on s'est mis à l'œuvre pour contrôler les résultats obtenus par l'inventeur.

M. le docteur Bardet, chef du laboratoire de clinique thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin, est venu montrer à la Société de thérapeutique un appareil instrumental simplifié qu'il appelle *injecteur rectal gazogène.*

Cet appareil a l'avantage de réunir dans une botte : 1° le *générateur d'acide carbonique*; 2° le *réservoir;* 3° le *barboteur;* 4° l'*injecteur*. Tous les tubes de ralliement de ces divers appareils sont réunis sur une seule pièce

---

une pauvre femme qui est restée dans leur patrie, l'Italie, où elle vit dans le village de Serrata, près de Porto-Maurizo. Elle est âgée de 45 ans, elle garde le lit depuis vingt-sept ans, et, s'il faut en croire la renommée, elle n'a pris aucune nourriture pendant ces vingt-sept dernières années. Vers 18 à 20 ans, elle mangeait encore de temps en temps un peu de pain; mais, depuis lors, ses voisins croient qu'elle n'a rien pris que quatre verres d'eau par jour. Son caractère ne paraît pas avoir été modifié par ce genre de vie, et elle est généralement de bonne humeur. Une fois par mois elle tombe en catalepsie, reste dans cet état un ou deux jours, pendant lesquels ses yeux sont toujours ouverts et ont un aspect vitreux. Le professeur Novaro, de l'Université de Turin, a visité fréquemment cette femme, dont il se propose de publier l'observation.

***

A peine un médicament nouveau, ayant pour propriété principale d'adoucir nos maux, devient-il à la mode, que l'usage en devient abus, et qu'il en résulte une nouvelle diathèse. De l'alcool est né l'alcoolisme; de la morphine, le morphinisme; du thé (qui l'eût cru?), le théisme; du chloral, le chloralisme, etc. Voici que la cocaïne est sur le point de donner le jour au *cocaïsme* ou *cocaïnisme,* et l'éditeur du *Dublin Journal of the medical Sciences,* qui ouvre une enquête à cet égard, prie ceux de ses confrères qui connaîtraient des cas de ce genre, de vouloir bien les lui faire parvenir, à seule fin d'étudier cette nouvelle affection avec tout le soin désirable.

métallique. Il ne sort de la boîte que la poire de l'injecteur et la canule avec son tube. La canule est en caoutchouc, ce qui la rend moins irritante que les canules en os ou en métal. Pour se servir de l'appareil, on commence par verser dans le barboteur la solution médicamenteuse : après quoi, on verse dans le générateur une cartouche qui renferme la proportion de sels (acide tartrique et bicarbonate de soude) suffisante pour obtenir 4 litres de gaz; on ferme le générateur, puis on verse un peu d'eau : aussitôt le ballon réservoir s'emplit. Lorsque le réservoir est plein, on ferme le robinet de communication qui le relie au générateur et l'on fait fonctionner deux ou trois fois la poire pour chasser l'air des tubes. La canule étant alors introduite, l'opérateur presse lentement sur la poire, en faisant une poussée toutes les cinq ou six secondes, et en poussant *lentement*. La dose maxima de chaque insufflation est de 4 litres, mais on fera bien de s'en tenir tout d'abord à 2 litres, soit à la moitié de la capacité du ballon de l'appareil.

La manœuvre est si simple que le malade peut pratiquer lui-même les injections gazeuses lorsque les premières ont été administrées par le médecin. Après avoir reconnu que les résultats obtenus jusqu'ici sont favorables, que la toux diminue rapidement, que l'expectoration devient bientôt moins abondante et que le malade retrouve le sommeil, Bardet ajoute deux restrictions : c'est que l'on observe les mêmes effets, quoique moins prompts, dans tout traitement par les eaux sulfureuses, et qu'il y a aussi lieu de tenir compte de l'action anesthésiante de l'acide carbonique, médicament précieux, trop peu connu et trop peu employé. Comme nous l'avons dit déjà, les bacilles ne disparaissent pas des crachats et le malade reste tuberculeux.

M. Bergeon a renoncé aux eaux sulfureuses artificielles comme source de gaz sulfhydrique, parce qu'elles lui ont paru trop irritantes. M. Bardet pense que cette opinion est peut-être exagérée : car il ne voit pas pourquoi le gaz sulfhydrique *pur* serait plus irritant quand il vient d'un sulfure, s'il ne l'est pas quand on le prend dans une eau minérale. C'est une réflexion que M. Tanret a faite aussi à la Société de thérapeutique. — M. Bardet emploie,

* * *

Si le cœur vous en dit, en attendant la fin de l'enquête, je vais vous conter un double malheur causé par la cocaïne :

Il y a trois ou quatre semaines, se présentait à la clinique du docteur Botkin une jeune femme de 23 ans, atteinte d'un ulcère tuberculeux. La cure devant être chirurgicale, la malade fut confiée au docteur Serge Kolomnine, qui se chargea de l'opérer. Il fallait anesthésier la pauvre femme. Pour y parvenir, Kolomnine prescrivit une solution de chlorhydrate de cocaïne. Mais l'anesthésie n'étant pas complète, il fallut augmenter légèrement la dose. Kolomnine opéra, avec succès, l'ablation de l'ulcère. Tout allait bien, quand on vint le prévenir, quelques heures plus tard, que la malade était au plus bas. Kolomnine accourut, et remarquant l'affaiblissement du pouls, la coloration bleuâtre de la figure, il conclut à un empoisonnement. Dès ce moment, tout fut essayé pour sauver la patiente : faradisation, respiration artificielle, injections sous-cutanées d'éther, trachéotomie. Rien n'y fit. La malheureuse expira.

Depuis ce jour, Kolomnine, désespéré, se reprochait d'avoir tué la malade. Il alla consulter tous ses amis, leur apporta les livres traitant de la matière, citant les autorités les plus compétentes. Vainement tout ses collègues essayaient de le consoler, lui représentant que ce malheur pouvait arriver au praticien le plus habile. Le docteur Kolomnine ne se résignait pas. Bref, huit jours après, l'infortuné terminait, par un coup de revolver à la tempe, une existence exempte de tout reproche. Il avait laissé sur sa

©BIU Santé

pour obtenir du gaz sulfhydrique pur, deux solutions dont voici la formule :

SOLUTION SULFURÉE.

Sulfure de sodium pur..... ..	10 grammes.
Eau distillée, q. s. pour faire.....	100 cent. cubes.

Cette solution est obtenue en traitant une dissolution de soude pure par l'hydrogène sulfuré *pur*, en ajoutant ensuite un poids de soude égal à celui qui a été déjà employé, puis la quantité d'eau nécessaire pour arriver au titre indiqué.

Un centimètre cube de ce liquide dégage exactement 10 cc. d'hydrogène sulfuré.

SOLUTION SULFHYDROGÈNE.

Acide tartrique.....	25 grammes.
— salicylique.....	1 gramme.
Eau distillée, q. s. pour faire	100 cent. cubes.

Un centimètre cube de cette solution déplace totalement l'hydrogène sulfuré de 1 cc. de la précédente solution. Le rôle de l'acide salicylique est d'empêcher la production de la moisissure.

(Il est très important, dans cette préparation, de ne pas employer d'acide minéral, car des vapeurs irritantes seraient certainement entraînées.)

Après avoir introduit dans le barboteur de son appareil 250 grammes d'eau, M. Bardet y verse par parties égales une quantité donnée de chacune de ces solutions.

M. Bardet recommande l'addition d'acide (végétal), même lorsqu'on fait usage d'une eau sulfurée naturelle renfermant du sulfure de sodium, car l'acide carbonique ne déplace que très lentement le soufre et le liquide se trouve rapidement privé de la petite quantité de gaz libre qu'il renferme.

Un litre de la plus chargée de nos eaux minérales sulfureuses, l'eau de Challes, contient 22 centigrammes de soufre à l'état de sulfure de sodium (ce chiffre se rapporte à l'eau prise à la source); cette quantité de soufre

---

table un billet ainsi conçu : « Il faut croire que j'ai été victime d'une aberration d'esprit passagère et que telle est la cause du malheur que l'on sait. Je ne suis pas coupable; mes intentions étaient bonnes. Je désire qu'on n'accuse en rien mon collègne, le docteur Marozoff. »

Eh bien! que va devenir le monde, si les chirurgiens à qui il arrive une calamité vont se mettre à se suicider? Car M. Kolomnine n'est pas le premier à qui pareil désespoir soit arrivé.

M. le docteur Truc, dans sa thèse inaugurale sur la chirurgie du poumon, soutenue à Lyon en 1885, rappelle en effet un cas à peu près analogue. Au dire de Walton, dit-il, (voilà bien des on-dit), Block aurait tenté la résection des deux sommets sur une dame de sa clientèle, et le résultat fut fatal pour la malade et pour le chirurgien. 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.

L'analogie entre les deux faits n'est donc pas entièrement complète, car l'opinion publique paraît avoir été très sévère pour M. Block, qui aurait pratiqué une opération très grave et très inutile sur des organes sains, tandis que M. Kolomnine semble n'avoir agi qu'à bon escient, son intervention étant pleinement justifiée, d'une gravité médiocre et d'une exécution facile. Aussi a-t-il rencontré l'approbation de tous ses collègues. Qui a tué sa malade? Est-ce la cocaïne? Est-ce l'état de ses organes internes, dont on ne parle malheureusement pas, et qui étaient peut-être très altérés, puisqu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse.

BIU Santé

peut fournir environ 150 cc. de gaz sulfhydrique, *lorsqu'on traite l'eau par un acide.*

Il suffit donc de verser dans un litre d'eau 15 cc. de la solution artificielle pour obtenir un litre d'eau au même titre que l'eau de Challes.

Dans la discussion qui s'est engagée à la Société de thérapeutique, M. C. Paul a dit avoir expérimenté la méthode. Il s'est servi d'un appareil un peu différent de celui de M. Bardet, et qu'il doit présenter à la Société dans une prochaine séance. Il a employé le sulfure de carbone chez trois malades : dans les deux premiers cas, tout s'est bien passé ; mais, chez la troisième malade, il y eut projection d'une petite quantité de sulfure de carbone dans l'intestin ; la malade fut prise de douleurs atroces avec menace de syncope, et la sensation de brûlure fut assez persistante en dépit d'un lavement que l'on administra aussitôt. Pendant que l'on s'empressait autour de la malade, la serviette souillée par les déjections mélangées de sulfure de carbone, et qui avait été jetée à terre près du foyer, prit feu et menaça d'incendier l'appartement. Si l'on songe que, d'autre part, le sulfure de carbone attaque le caoutchouc, on reste convaincu qu'il faut absolument renoncer à son emploi. L'eau minérale naturelle la plus riche en sulfure de sodium est un des meilleurs liquides à mettre dans le barboteur comme source d'acide sulfhydrique.

Un laryngologiste expérimenté, M. Cadier, qui a depuis plusieurs années appliqué la méthode de M. Bergeon à ses malades atteints de laryngite tuberculeuse, n'a pas constaté que ceux-ci en aient tiré grand bénéfice. C'est aussi l'impression que nous a communiquée M. Ruault, qui exerce aussi avec distinction la laryngologie.

Toute différente est la conclusion de M. Chantemesse, médecin des hôpitaux, qui, en se servant principalement du sulfure de carbone, a constaté de réelles améliorations chez beaucoup de ses malades.

Ainsi, la question est toujours ouverte, et il est impossible de fournir au lecteur des conclusions fermes. P. L. G.

Quoi qu'il en soit, voilà des suites éloignées d'opérations dont ne parlent ni les ouvrages classiques ni les travaux sur la déontologie médicale. Espérons qu'elles resteront toujours à l'état d'exceptions, de cas rares.

***

A propos d'une de mes dernières causeries, dans laquelle je parlais des diplômes et titres fantaisistes qu'on attribuait à certains soi-disant médecins ou que ceux-ci prenaient sans vergogne, j'ai reçu ces jours-ci la lettre suivante d'un éminent confrère américain :

« Vous avez tort de penser que tous ces faux titres viennent de notre pays. Il en vient aussi du vôtre, tout comme du nôtre. Par exemple, jetez les yeux sur la couverture du journal que je joins à ma lettre, vous y verrez que ce journal, *La Escuela de medicina* de Mexico, a pour correspondant parisien M. le docteur Bourneville, directeur du *Progrès médical*, membre de l'Académie de médecine de Paris. Je connais assez M. Bourneville pour savoir qu'il est incapable de s'attribuer un titre qu'il ne possède pas, donc ce n'est pas lui que j'accuse de s'intituler à tort membre de l'Académie de médecine de Paris, mais l'imprimeur du journal, qui a voulu ainsi donner du lustre à sa production.

« Ce journal fait d'ailleurs beaucoup d'honneur à la littérature française, car sur la même page de la couverture il annonce dans son sommaire une traduction du mémoire de M. le docteur Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, sur l'angine de poitrine vraie,

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Des résultats opératoires de l'ablation de l'utérus cancéreux, par Schultze. — Dans 12 cas opérés par ce chirurgien, la guérison fut obtenue 7 fois et la mort survint 5 fois; 3 opérations furent pratiquées par la méthode de Fremt et les 3 opérées succombèrent au choc chirurgical.

Dans les 9 autres opérations, on employa la méthode vaginale et, dans cette série, on obtint 7 succès. M. Schultze a noté que, sur 242 opérations par le vagin, la mortalité s'éleva à 64, c'est-à-dire fut de 26,3 pour 100. Par le procédé abdominal, cette même mortalité n'est pas inférieure à 91 pour 100. Ces chiffres établissent donc la supériorité de la première sur la seconde (*Med. Press and Circular*, 3 mars 1886). Ajoutons que de telles statistiques ont une valeur considérable à l'heure actuelle où l'hystérectomie vaginale est l'objet de perfectionnements et où nos compatriotes, et surtout M. Richelot, réussissent à en améliorer le manuel opératoire. — C. L. D.

Un cas de fistule recto-vaginale consécutive au premier coït, par Joseph Price. — Le début des accidents dont se plaignait la malade remontait aux premiers rapports conjugaux. Ils produisirent une violente douleur et une hémorrhagie qui persista durant plusieurs mois. Les matières fécales furent dès lors expulsées partiellement par le vagin et chaque rapport sexuel provoquait le retour des douleurs et de l'écoulement sanguin.

L'examen direct fit constater une fistule recto-vulvaire et la conservation de la membrane hymen. M. Price pratiqua une autoplastie au moyen de l'hymen avivé et de sutures. La guérison a été complète. (*Obstetric Gazette*, mai 1886.) — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

La découverte des propriétés de la digitale a été l'une des plus grandes conquêtes de la thérapeutique; aucun médicament ne s'est affirmé avec autant d'autorité et n'a donné dans toute occasion des résultats plus efficaces et plus certains. La digitale est le diurétique le plus sûr que nous possédions, aussi rend-elle les plus grands services dans le traitement de l'hydropisie; c'est l'agent le plus efficace de la médication antipyrétique et, par conséquent, le meilleur médicament contre la fièvre; enfin, elle jouit

---

et du travail de M. Ch. Richet sur les poisons de l'intelligence, et, sur le verso de ladite page, il insère une réclame de la peptone et de la pancréatine Defresne.

« J'ai vu aussi sur la couverture d'une thèse de votre Faculté de Paris, thèse refusée il est vrai, la mention suivante : « Docteur de la Livingstone University ». Ceci, permettez-moi de vous le dire, est un joli *puff*. L'Université de Livingstone est justement, mon cher Simplissime, une de ces Universités de fantaisie dont vous vous êtes moqué dans votre (.....) causerie. Cette Université fut créée vers 1872 ou 1875 par un charlatan diplômé, nommé Buchanan, dans la ville de Haddonfield (Etat de New-Jersey). Les membres réguliers de la profession firent campagne contre l'institution et son fondateur : l'une fut fermée, et l'autre condamné à être enfermé en prison; mais Buchanan essaya de s'échapper dans la traversée de la rivière Delaware, en sautant par dessus le bordage du steamer : les uns disent qu'il se noya, les autres qu'il est encore vivant, mais peu importe; je voulais seulement vous dire que l'institution et ses diplômés n'avaient aucune valeur, bien qu'ils eussent coûté 125 francs.

« Donc, méfiez-vous des docteurs de la Livingstone University. »

Voilà comment du choc des idées jaillit la lumière, et comment il vaut mieux écrire que de s'exposer à mourir sans confession faute de parler.

Simplissime.

©BIU Santé

de la propriété très remarquable de ralentir les mouvements du cœur et, par suite, de régulariser la circulation. Cette simple énumération des services que rend la digitale suffit pour expliquer son importance et justifier tous les travaux et recherches dont elle a été l'objet.

Un grand nombre de chimistes se sont occupés de la digitale, mais ce n'a pas toujours été avec succès. On a bien découvert trois espèces de digitalines, l'une soluble, l'autre insoluble, l'autre enfin cristallisée. Mais Schmiedeberg, à la suite d'études et d'expériences très sérieuses, est venu démontrer que ces digitalines n'étaient que des mélanges de plusieurs substances préexistant dans la plante. Aujourd'hui, on peut admettre qu'il y a quatre produits purs ayant été extraits de la digitale : la digitamine, la digitaline, la digitaléine et la digitoxine. Mais les résultats obtenus avec ces substances ont été tellement différents de ceux produits par la plante-mère que Nothnagel et Rossbach, dans leurs *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique*, n'hésitent pas à conseiller de préférer l'usage de la plante-mère.

Cela étant ainsi, quel est le meilleur mode de traiter la plante-mère pour obtenir une préparation dont les résultats soient certains et toujours fidèles? Pendant quelque temps, les avis ont été partagés sur ce point : plusieurs chimistes soutinrent que l'infusion prolongée de la plante donnait le meilleur produit pour l'usage médical; l'un d'eux eut même assez d'influence sur la commission de rédaction du Codex de 1837 pour faire adopter l'infusion aqueuse comme formule pour la préparation du sirop de digitale officinale. Labélonye, que des travaux spéciaux sur la matière rendaient plus compétent que tout autre, soutint ardemment une opinion contraire : pour lui, la plante devait être dissoute dans l'alcool hydraté à 22°. En effet, cet alcool dissolvant l'huile volatile, la résine, les principes amers, etc., l'extrait hydro-alcoolique, préparé dans le vide, à l'abri de toute altération, était incontestablement la préparation qui contenait tous les principes bienfaisants de la digitale.

Cette opinion, méconnue en 1837, finit par triompher : les nouveaux rédacteurs du Codex l'admirent comme absolument certaine, et la solution alcoolique fut substituée à l'infusion aqueuse dans la formule de sirop de digitale officinal. Un rapport de M. Buignet, lu à l'Académie de médecine le 23 janvier 1872, est venu confirmer l'opinion qui avait déterminé les rédacteurs du Codex, et il est acquis aujourd'hui que c'est l'extrait hydro-alcoolique de digitale qui doit être la base des préparations les plus favorables à l'administration de cette plante bienfaisante.

M. Labélonye était naturellement mieux à même que tout autre de tirer parti d'une découverte qui était bien la sienne. Aussi avec l'extrait hydro-alcoolique, préparé avec des soins tout spéciaux, a-t-il confectionné des granules et un sirop dont l'emploi est devenu général. Le sirop surtout donne des succès constants, qui démontrent qu'il jouit bien de toutes les propriétés de la digitale, sans présenter aucun inconvénient dans son mode d'administration : il ne charge jamais l'estomac et est facilement supporté par les personnes les plus délicates. Ses qualités précieuses, constatées par trente années d'expérimentation, l'ont fait adopter par la presque universalité des médecins. Il résulte de leurs déclarations qu'ils en ont obtenu les meilleurs effets dans les affections de poitrine, catarrhe, asthmes, bronchites, coqueluches, hydropisie de poitrine. Mais c'est surtout dans les affections organiques ou non organiques du cœur qu'on obtient un succès presque constant; les palpitations sont calmées rapidement, les battements du cœur deviennent plus fermes et plus réguliers, et le calme renait aussi bien dans la santé que dans l'esprit du malade.

Les doses d'emploi du sirop et des granules doivent être fixées par le médecin suivant l'âge et le tempérament du malade. En moyenne, 3 cuillerées à bouche de sirop par jour sont suffisantes. Elles doivent être prises une heure avant le repas ou deux heuree après. La dose peut, au besoin, être augmentée d'une ou deux cuillerées par jour. Quant aux granules, la dose peut varier de 4 à 10 par jour; on commence par 1 ou 2 matin et soir, en observant toujours la distance d'une heure avant le repas ou deux heures après. Les doses doivent évidemment être moindres pour les enfants. C'est une question d'appréciation qui n'appartient qu'au médecin qui seul peut tenir compte utilement des âges et des tempéraments de ses malades.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Nous avons donné, dans notre dernier Bulletin, la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie, en remplaçant de M. Milne-Edwards.

L'élection a eu lieu lundi. Sur 53 votants, M. Sappey a obtenu 33 suffrages; M. Ranvier, 10; M. Dareste, 8. Il y a eu 2 bulletins blancs.

M. Sappey est donc nommé membre titulaire.

— M. Mascart présente une nouvelle modification des appareils électriques, à l'aide de laquelle il est possible de transmettre, à une distance de 350 kilomètres, 400 mots à la minute, en caractères sténographiques. Or, les orateurs les plus rapides n'en prononcent que 200 par minute.

— M. Brouardel donne lecture d'une note sur la transmission de la fièvre typhoïde par les eaux dans la ville de Pierrefonds, et sur le moyen d'y remédier. Nous y reviendrons dans notre prochain Bulletin.

— M. de Maubeuge adresse une lettre sur le « rayon vert » :

« .... Permettez-moi, dit-il, de vous communiquer trois observatiens qui me semblent intéressantes pour la science. Elles ont trait à ce phénomène particulier qu'on appelle *rayon vert*, coloration émeraude qu'on observe une seconde ou une demi-seconde de temps, au moment où le disque du soleil disparaît derrière l'horizon et à cet instant où l'on n'aperçoit plus qu'un très petit segment de sa surface.

« Tous les touristes qui fréquentent l'Egypte et la mer Rouge ont été témoins de ce phénomène et prétendent, les uns que le phénomène est subjectif, les autres qu'il est réellement objectif.

« Sans assigner de causes à l'effet en question, j'ai l'honneur de vous faire connaître :

« 1° Que, dans la mer Rouge, plusieurs fois et notamment en octobre dernier, j'ai assisté, moi et mon second, au *lever* du soleil à l'horizon de la mer, et que la première impression sur nos deux rétines a été d'un beau vert émeraude.

« 2° Le lendemain, assistant tous deux au lever du soleil derrière des montagnes élevées de 1° à 2° au-dessus de l'horizon, la même impression lumineuse franchement verte a encore frappé nos yeux.

« Ces deux observations tendent à prouver que le rayon vert est bien un phénomène objectif.

« 3° Je ne puis citer le nombre de fois que j'ai observé et fait observer ce même phénomène au *coucher* du soleil et encore derrière des montagnes.

« Dans ces trois cas, il n'y avait pas le moindre nuage entre l'astre et nous ; l'air était pur, mais humide.

« Je n'ai jamais observé de rayon vert ni à la lune, ni à Vénus, ni à aucune étoile, quoique j'aie souvent, sous les tropiques, vu ces astres émerger de l'horizon... »

— M. Emile Rivière poursuit ses recherches sur la faune fossile des grottes de Menton. Dans sa nouvelle communication il étudie deux groupes de vertébrés, les reptiles et les poissons, dont il a recueilli les restes dans ces grottes.

Les reptiles sont représentés par les deux genres *Bufo* ou crapaud et *Rana* ou grenouille. Le premier indique un animal de très grande taille, il appartient à une espèce disparue, il est voisin par ses dimensions du crapaud taureau de l'Amérique du Sud.

Les poissons comportent sept espèces différentes, dont une fossile : le *Strophodus* ou squale des terrains jurassiques, et six espèces vivantes qui sont : le maigre ou ombrine, le thon, la loubine, le saumon, la truite et un congre ou une anguille. Les uns sont des poissons de mer, les autres des poissons d'eau douce. Parmi ces derniers, il en est qui n'ont pu être pêchés qu'à des distances considérables des grottes de Menton. Le fait est important à relever au point de vue des migrations ou des coutumes d'échanges des peuplades préhistoriques des grottes de Menton.

Annoncé déjà par l'auteur au mois de juillet dernier, dans une note sur les coquilles

BIU Santé

trouvées par lui dans ces mêmes cavernes, ce fait est aujourd'hui absolument confirmé par cette nouvelle étude de M. Rivière.

En résumé, des études successives qu'il a communiquées à l'Académie sur la faune des grottes de Menton, il résulte que les restes d'animaux, qu'il a recueillis dans les six cavernes habitées par l'homme quaternaire, dépassent pour les vétébrés le chiffre énorme et peut-être unique jusqu'à présent de *huit cent mille pièces* (os, dents, cornes et bois) et pour les invertébrés celui de *trente-neuf mille pièces*, soit un chiffre total de *huit cent quarante mille pièces*. Les animaux dont ils proviennent appartiennent à 282 *espèces* différentes, ce qui paraît également à M. Rivière un nombre considérable et peut-être unique aussi pour une seule et même habitation de l'homme quaternaire.

Enfin, ces 282 espèces se décomposent de la manière suivante :

1° *Vertébrés :* 111 espèces, dont 60 *mammifères*, 2 *reptiles*, 42 *oiseaux* et 7 *poissons*.

2° *Invertébrés :* 171 espèces, dont 1 *annélide*, 168 *mollusques* et 2 *polypes*.

FORMULAIRE

COLLYRES MYDRIATIQUES.— Galezowski.

1° Eau distillée, 10 grammes; sulfate neutre d'atropine, 1 centigramme.

2° Eau distillée, 10 grammes; bromhydrate neutre d'homatropine, 2 centigrammes.

3° Eau distillée, 10 grammes; sulfate neutre de Duboisine, 1 centigramme.

Ces collyres peuvent être employés sans inconvénient, pendant de longues années, dans les cataractes centrales, nucléolaires, et dans les cataractes polaires postérieures. — Une ou deux fois par semaine, on instille dans les yeux une goutte de ces collyres. On maintient ainsi la pupille dilatée, et les rayons visuels périphériques arrivent à la rétine sans aucune confusion. Par moments, on suspend complètement l'usage de ces collyres, si on s'aperçoit de la moindre irritation du côté de la conjonctive, et surtout si on voit apparaître sur le cul-de-sac conjonctival des boursoufflures et des engorgements dans les papilles conjonctivales et dans les glandes folliculaires, effet consécutif à une irritation atropinique. — N. G.

COURRIER

Sont nommés, pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers près les Facultés de médecine ci-après désignées, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Faculté de Paris. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. de Bourgon, bourse entière; Haury, demi-bourse. — Élèves ayant huit inscriptions : MM. Darricarère, bourse entière; Dumont, demi-bourse; Kortz, bourse entière: Nageotte, bourse entière; Pascaret, demi-bourse. — Élèves ayant douze inscriptions : MM. Delagénière, bourse entière; Sallé, bourse entière. — Élèves ayant seize inscriptions : MM. Champeil, demi-bourse; Chevalier, bourse entière; Hudelo, demi-bourse; Loppé, bourse entière; Le Noir, bourse entière; Poivet, bourse entière; Sérieux, bourse entière; Tissier, bourse entière.

Faculté de Bordeaux, — Élève ayant huit inscriptions : M. Durand, demi-bourse. — Élève ayant douze inscriptions : M. Desmartin, bourse entière. — Élève ayant seize inscriptions : M. Daraignez, bourse entière.

Faculté de Lille. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Fromont, demi-bourse. — Élève ayant huit inscriptions : M. Cusset, demi-bourse.

Faculté de Lyon. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Commandeur, bourse entière; Philippe demi-bourse. — Élèves ayant huit inscriptions : MM. Clair, demi-bourse; Gaudier demi-bourse. — Élève ayant douze inscriptions : M. Chapotot, bourse entière.

Faculté de Montpellier. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Imbert, bourse entière; Merlat, demi-bourse. — Élève ayant huit inscriptions : M. Ménard, bourse entière.

©BIU Santé

Faculté de Nancy. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Braun, demi-bourse ; Georges, bourse entière. — Élève ayant douze inscriptions : M. Simon, bourse entière.

— Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers près les Écoles supérieures et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées, les candidats au grade de pharmacien de premières classe dont les noms suivent :

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Saget, bourse entière ; Thoury, bourse entière. — Élèves ayant huit inscriptions : MM. Délan, bourse entière ; Lefèvre, bourse entière ; Martineau, bourse entière ; Mouren, bourse entière. — Élève ayant douze inscriptions : M. Bréville, bourse entière.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Duphil, bourse entière. — Élève ayant huit inscriptions : M. Beille, bourse entière. — Élève ayant douze inscriptions : M. Deveaux, bourse entière.

Faculté de médecine de Lille. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Quilliet, bourse entière.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Cros, bourse entière.

École supérieure de pharmacie de Nancy. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Daviot, bourse entière ; Marcotte, demi-bourse.

— Sont nommés, pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les pharmaciens de première classe, candidats au diplôme supérieur, dont les noms suivent : MM. Boutron, bourse entière ; François, bourse entière.

M. Moreau, candidat au grade de pharmacien de première classe (première année), est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursier près la Faculté de médecine de Lyon, bourse entière.

— Par suite du décès de M. le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, de la retraite de M. le professeur Hardy, médecin de la Charité, de M. le docteur Moutard-Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu et de la création d'une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Antoine (fondation Moïana), les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain parmi les médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris :

M. Dumontpallier passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; — M. Blachez, de Necker à la Charité ; — M. Hutinel, de Saint-Antoine à la Pitié ; — M. Troisier, de Saint-Antoine à la Pitié ; — M. Hanot, de Tenon à Saint-Antoine ; — M. Gingeot, de Sainte-Périne à Saint-Antoine ; — M. Robert Moutard-Martin, de Tenon à Saint-Antoine ; — M. Tapret, du Bureau central à Saint-Antoine ; — M. Dieulafoy, de Saint-Antoine à Necker ; — M. Roques, de l'hospice des Incurables à Tenon ; — M. Moizard, de l'hospice de Bicêtre à Tenon ; — M. Cornil, de la Pitié à Laennec ; — M. Legroux, de Laennec à Trousseau ; — M. Déjérine, du Bureau central à l'hospice de Bicêtre ; — M. A. Gombault, du Bureau central à l'hospice des Incurables ; — M. Barth, du Bureau central à Sainte-Périne.

École de médecine de Tours. — M. le docteur Thierry est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

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*.

Petit compendium médical. Dictionnaire-bijou de médecine usuelle : Pathologie, Formulaire, etc., par le docteur Antonin Bossu. In-32 de poche du gilet. — Prix : 1 fr. 25 franco. — F. Alcan, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Dufaud : Contribution à l'étude de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Le médecin dans la société moderne.

BULLETIN

Jeudi dernier, la Faculté nommait deux nouveaux professeurs, sympathiques entre tous, MM. Gariel et Farabeuf.

Depuis longtemps M. Gariel est professeur de fait; il a eu le temps de faire ses preuves, et les a faites largement, sans compter...

M. Farabeuf, lui aussi, n'a pas volé son titre. Déjà aimé, suivi des élèves quand il était prosecteur, il s'est voué corps et âme à l'enseignement de l'anatomie. Connaissant à fond l'étudiant, ses besoins, ses mœurs, il s'est rendu populaire sans le flatter ni l'amuser, à force de lui rendre service.

Il a fait de l'Ecole pratique, qui s'en allait à vau-l'eau, une école organisée — chose rare en notre pays, — où prosecteurs et élèves peuvent apprendre leur métier. Pour atteindre ce but, il a triomphé de bien des résistances, vaincu bien des routines, forcé l'estime de tous.

L'assemblée qui l'a nommé comptait nombre de professeurs qui l'aimaient personnellement; d'autres, qui l'avaient vu de moins près, ont été heureux de lui rendre justice.

Il est la preuve vivante que la servitude n'est pas le seul moyen de réussir, et qu'à force de conscience et de labeur, on peut se faire une place au soleil. — L.-G. R.

FEUILLETON

LE MÉDECIN DANS LA SOCIÉTÉ MODERNE.

Les connaissances biologiques, et la médecine en particulier, attirent et captivent de plus en plus l'attention publique. Elle suit avec un intérêt croissant et judicieux les recherches et les découvertes nouvelles, en discerne l'importance, apprécie la rigueur des procédés scientifiques. Elle honore sincèrement la science et ne ménage ni son respect, ni sa confiance, aux hommes qui la cultivent.

La diffusion et la vulgarisation des connaissances médicales et des branches diverses du savoir humain qui s'y rattachent constituent un fait nouveau.

Il n'est pas sans intérêt d'en rechercher l'origine et les conséquences, et de se demander dans quelle mesure le progrès social est intéressé à un contact de plus en plus intime avec la médecine, et surtout avec le médecin, dont l'action pénètre de plus en plus dans les couches profondes de la nation.

Quelle est la série des évolutions qu'a subies l'esprit public avant d'arriver à cette conception nouvelle? Quels sont les faits particuliers qui l'ont fait surgir? On va l'examiner rapidement.

La médecine est contemporaine de la souffrance et, par conséquent, de l'humanité.

©BIU Santé

Contribution à l'étude de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face,

Par M. le docteur G. Dufaut, médecin-major.

I

Il semble qu'il ne soit pas commun d'observer l'atrophie du nerf optique comme conséquence de l'érysipèle de la face. Il n'en est pas question dans les classiques ni dans les ouvrages spéciaux d'ophthalmologie. Les dictionnaires en parlent peu et ne font qu'énoncer la possibilité de complications oculaires à la suite de l'érysipèle de la face. C'est dans les monographies qu'il faut chercher des documents; et je remercie de suite mon ami le docteur R. Grenier de l'extrême obligeance qu'il a mise à me fournir les indications bibliographiques qui m'ont aidé dans ce travail.

Le premier mémoire sur les complications oculaires de l'érysipèle a été publié par M. Parinaud, en 1879, dans les *Archives générales de médecine*, numéro de juin. Après avoir exposé un certain nombre d'observations, tant personnelles qu'empruntées aux auteurs, M. Parinaud en tire des conclusions sur la pathogénie de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face. Ces conclusions, qui malheureusement ne sont appuyées sur aucune autopsie, se résument en ceci : « L'érysipèle de la face peut « laisser à sa suite des troubles permanents de la vue qui, tantôt n'inté- « ressent qu'un œil, tantôt les deux yeux. Dans le premier cas, la lésion « du nerf optique est d'origine périphérique et consiste dans une névrite « optique; dans le second, cette lésion est d'origine centrale et serait le « résultat d'une encéphalite superficielle des couches corticales du cer- « veau. »

Le premier mot était dit sur la question, et l'honneur en revient tout entier à l'auteur de ce mémoire. Alors surgirent de différents côtés des faits venant à l'appui de la théorie de Parinaud ou contre cette théorie, entre autres ceux publiés par Despagnet dans le *Recueil d'ophthalmologie*

Mais il a fallu qu'elle accumulât son action utile à travers les siècles avant d'apparaître comme un instrument de bien être et d'ordre social.

Avant d'atteindre cette haute situation, la médecine a traversé dans l'opinion de nombreuses vicissitudes.

Adorés en qualité de dieux, révérés comme prêtres, invoqués et craints comme thaumaturges, appelés plus rarement en qualité de gens instruits dans leur métier, les médecins commencent seulement à être considérés comme des savants.

En France, une des singularités les plus inattendues, et qui n'a pas été étrangère au retard qu'a subi l'évolution dernière, a été la raillerie, dont l'histoire des autres pays n'offre point d'exemple.

Molière n'a eu, à l'étranger, ni précurseurs, ni imitateurs. Shakespeare, le Dante, Cervantes, Schiller, Gœthe n'ont pas eu la pensée d'égayer leurs contemporains par des facéties à l'adresse des médecins.

L'influence particulière de Molière sur l'opinion du public a été d'ailleurs fort inégale. Deux de ses plus illustres contemporains, observateurs spirituels et scrupuleux des mœurs de leur temps, Mme de Sévigné et Saint-Simon, n'ont pas partagé à l'égard des médecins l'humeur bouffonne de notre illustre moraliste. Elle s'est cependant propagée à travers la France, mais sans en franchir les limites, et, après cent ans, Voltaire n'échappe pas à cette mode de plaisanterie, et s'exprime en termes facétieux sur les médecins dont « Molière a eu raison, dit-il, de se moquer ».

Il faut cependant reconnaître que ce spirituel français leur rend justice parfois.

©BIU Santé

en 1880, et ceux de Karl, dans le *Clin. monatsbl. für pratic.*, Augen, janvier 1884. Avec les faits nouveaux vinrent les théories nouvelles, si bien qu'aujourd'hui, la question peut se résumer dans les cinq propositions suivantes :

1° L'érysipèle de la face peut amener l'atrophie du nerf optique. Le fait est incontestable et admis par tout le monde;

2° L'atrophie papillaire est la conséquence d'une névrite optique ou d'une lésion centrale (encéphalite superficielle des couches corticales du cerveau), suivant que cette atrophie atteint un œil ou les deux yeux. C'est l'opinion de M. Parinaud;

3° L'atrophie papillaire serait le résultat d'une thrombose, soit que l'inflammation érysipélateuse, communiquée aux parois vasculaires, ait déterminé un coagulum, soit que le caillot résulte de la compression. Telle est la manière de voir de Galezowski;

4° L'atrophie et la cécité se produiraient comme après les fractures, contusions ou phlegmons de la région orbitaire; c'est-à-dire qu'il y aurait compression du nerf optique par œdème et atrophie consécutive. C'est la théorie émise par Despagnet, et partagée par Gowers, Piorry et de Graefe;

5° Il s'agirait d'une interruption de la circulation dans les vaisseaux centraux de la rétine par propagation dans l'orbite de l'inflammation érysipélateuse. Cette propagation serait rapportée à l'immigration des cocci dans les espaces lymphatiques et les fentes connectives du tissu cellulaire de l'orbite. Telle est la dernière opinion émise sur la matière par Karl.

Aux cinq propositions précédentes, j'en ajouterai une dernière qui me semble être en concordance avec le fait que je vais publier, et qui m'a été inspirée par lui : l'atrophie papillaire, au lieu d'être due à une compression produite par l'œdème, ce qui implique une évolution plus ou moins rapide, mais à durée limitée, comme l'œdème lui-même, serait le résultat d'une compression lente, mais permanente, produite par la prolifération du tissu conjonctif des gaines lamelleuses des nerfs et du tissu péri et intra-fasciculaire.

Mais Molière avait mordu la médecine au talon, et la blessure a subsisté longtemps. La cause en est dans notre tempérament particulier, qui subit des impressions superficielles et se laisse glisser aisément du côté où il peut s'exercer sans effort. Aussi, la malignité française a suivi Molière dans son tLème à l'endroit des incertitudes de la médecine. Mais la plaisanterie est devenue un hors-d'œuvre inoffensif; elle aura disparu bientôt devant le caractère nouveau que tend à prendre la science dans la société moderne.

Le théâtre, qui dans tous les temps a été une des expressions les plus caractéristiques des sentiments de chaque époque, traduit d'une façon saisissante l'opinion populaire moderne. Les médecins figurent dans quantité |de comédies et de drames, et toujours avec un caractère scientifique grave et irréprochable.

Les médecins de Molière ne feraient plus rire aujourd'hui.

Pendant de longs siècles, le rôle du médecin était limité aux soins qu'il allait porter aux malades; il y avait bien, comme à Salerne, des hommes particulièrement illustres auprès desquels se rendaient les malades éminents pour les consulter.

Les médecins n'avaient néanmoins à cette époque aucune influence générale; celle-ci était mesurée aux résultats obtenus sur des individus disséminés, sévères ou indulgents, satisfaits ou mécontents, portant aux nues le mérite du médecin qui les avait guéris, le vouant à la risée du public quand il avait échoué. Aucune vue générale ne permettait de se faire une opinion sur les services rendus par la médecine. On ne pouvait apprécier que les services rendus par des médecins.

©BIU Santé

Si l'on compare ces différentes opinions, on remarque que, dans toutes, l'atrophie du nerf optique est considérée comme étant le résultat de la propagation du travail morbide de la face à la cavité orbitaire. Comment se fait cette propagation? Par l'intermédiaire de quel organe et sur quel tissu portent spécialement les lésions? Nous n'en savons rien. Jusqu'à ce que des autopsies aient permis de voir les processus d'évolution de la lésion, force sera de s'en tenir à l'observation clinique.

Le fait dont nous allons donner la relation présente avec ceux qui figurent dans la littérature médicale des différences notables. Ainsi, dans presque tous les cas, la complication oculaire de l'érysipèle est représentée comme un accident aigu, survenant brusquement, à une époque déterminée de la maladie, pour s'établir définitivement sans présenter dans la suite de modifications en mieux ou en pis. Chez notre malade, au contraire, la marche des accidents a été essentiellement lente, et, avec le temps, ils se sont accusés de plus en plus. D'autre part, dans les faits antérieurs au nôtre, les phénomènes oculaires ont porté presque exclusivement sur le nerf optique: c'est à peine si, dans un ou deux, on signale une parésie de la paupière supérieure et une dilatation anormale de la pupille, tandis que, dans celui qui nous appartient, aux phénomènes propres au nerf optique il s'en ajoute d'autres bien évidents portant sur les autres nerfs de l'orbite.

C'est pourquoi il nous a semblé à propos de publier ce fait et de le mettre à côté de ceux que possède déjà la science. Du rapprochement de ces faits et des théories qui y ont été appliquées, nous essaierons de tirer des conclusions plausibles.

Pour rendre la comparaison plus sensible, à côté de l'observation qui m'est personnelle, j'en exposerai deux autres prises, l'une dans le mémoire de Parinaud, l'autre dans celui de Despagnet.

II

OBSERVATIONS

Observation I. (Personnelle.) — *Atrophie de la papille consécutive à plusieurs érysipèles*

On sait peu de choses sur la façon dont se passait l'existence des individualités obscures qui constituaient les masses populaires à une époque où toute l'attention se concentrait sur le souverain, sa famille et son entourage.

Le peuple avait sans doute rarement l'occasion d'être soigné près par médecins instruits.

C'est avec la création des hôpitaux que la notion exacte de la valeur et de l'efficacité de la médecine et de son caractère scientifique a pénétré dans l'intelligence populaire et y a fait entrer l'idée de respect qu'elle n'a cessé de lui accorder.

Un tel sentiment ne pouvait que se fortifier à ce contact.

Il modifiait sensiblement une opinion antérieure fondée sur le rôle primitif des médecins qui n'exerçaient leur ministère que dans la maison de chaque malade et dont les actes avaient un caractère presque mystérieux.

Il ne pouvait dès lors exister un jugement public et général à l'égard des médecins. Ils étaient soumis naturellement à des appréciations étroites et incompétentes. Le public s'est chargé de rétablir la vérité sur eux du jour où il a été initié à leur méthode, à leurs efforts, à leurs résultats. A partir de cette période, les occasions de juger le médecin en grand et de haut se sont multipliées.

Après l'avoir rencontré dans les hôpitaux l'homme, homme du peuple, devenu soldat ou marin, l'a vu près de lui à la caserne, au bivouac, dans les combats, soldat lui-même, soumis aux privations, exposé aux dangers communs.

Le médecin militaire lui est apparu comme un instrument de salut contre les

SIU Santé

de la face. — X...., soldat d'infanterie, 23 ans. Tempérament lymphatique; constitution bonne. Aucune maladie notable de l'enfance. Pas d'antécédents syphilitiques.

Arrive au service en décembre 1883. Acuité visuelle normale des deux yeux constatée au moment de son incorporation.

En février 1884, érysipèle de la face et du cuir chevelu du côté droit, survenu sans cause connue. L'affection a débuté par la région mastoïdienne, puis s'est étendue aux paupières et au cuir chevelu du côté droit. Durée de la maladie, 18 jours.

En novembre 1884, nouvel érysipèle du côté droit de la face, survenu sans cause connue et ayant débuté par l'oreille; moins violent que le précédent. Toutefois, le gonflement des paupières a persisté pendant plus longtemps. Les douleurs de tête ont été plus intenses, et le malade est resté pendant trois ou quatre jours sans pouvoir ouvrir l'œil droit. Durée de la maladie, 8 jours.

Pendant la convalescence, le malade s'aperçoit qu'il a de l'écoulement par l'oreille droite; et, à l'entrée du conduit auditif externe, on découvre la présence de quelques croûtes d'eczéma. En même temps, il constate une certaine difficulté à lire; il voit trouble, comme à travers un brouillard; les contours des lettres ne sont pas nets et il les voit doubles. Enfin, quand il veut persister dans sa lecture, une douleur sourde et profonde se produit tout autour de l'orbite et dans le fond de l'œil. Toutefois, ces accidents vont en s'atténuant à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la maladie. L'examen de la vision a été pratiqué à ce moment par un médecin, mais nous n'en connaissons pas le résultat.

En janvier 1885, troisième érysipèle de la face, ayant débuté, encore cette fois, par l'oreille droite, pour s'étendre ensuite à toute la moitié correspondante de face et du cuir chevelu. Céphalalgie violente, surtout dans les régions frontale et orbitaire. Gonflement énorme des paupières qui a duré pendant trois jours. La paupière supérieure droite est restée tuméfiée depuis et cette tuméfaction augmente sous l'influence du moindre refroidissement. Que le malade s'expose au vent ou à un courant d'air froid, aussitôt ses paupières deviennent le siège d'un gonflement notable.

Dans le cours de la maladie et aussitôt qu'il put ouvrir l'œil droit, il s'aperçut que les troubles de la vue, constatés après le dernier érysipèle, se produisaient de nouveau et avec plus d'intensité. Même difficulté à supporter la lumière, même douleur profonde dans le fond de l'œil, mêmes troubles dans la vision des objets, et en plus, il lui semblait que, par instants, certaines portions des objets qu'il fixait passaient inaperçues. Ces accidents persistèrent à partir de ce moment, si bien que le malade ne put

---

chances meurtrières de la bataille. C'est à l'hôpital et à l'armée qu'une cordialité particulière s'est fondée entre le médecin et la nation.

La médecine a continué à s'affirmer aux yeux de tous par sa participation directe dans l'établissement des lois qui régissent l'hygiène publique; elle y a introduit et élargi les problèmes de la médecine et les a transportés du théâtre étroit de la chambre d'un malade à la tribune du monde. Aussi la société a-telle confié aux médecins et à leurs collaborateurs le soin de préserver la maison, la ville, la nation de l'atteinte des influences morbides et épidémiques ; elle a fait entrer le médecin dans les Congrès internationaux réservés précédemment aux chefs d'Etat ou à leurs conseillers politiques.

Avec la médecine légale, elle pénètre dans la conscience publique, dans ce qu'elle a de plus délicat, l'application équitable de la loi.

Elle devient l'instrument indispensable de la justice.

Les services rendus par les médecins dans les diverses circonstances qui viennent d'être énumérées sont connus et appréciés depuis longtemps.

Il en est d'un autre ordre, relativement récents et par conséquent moins en vue, qui méritent cependant également de fixer l'attention. Il s'agit des fonctions que les médecins exercent auprès des grandes administrations.

On comprend combien il est nécessaire pour celles-ci, qui emploient un nombreux personnel, d'être secondées par des médecins dans une foule de cas, tels que la surveillance générale de la santé des agents, le traitement de leurs maladies, leur examen physique en vue de leur incorporation, le contrôle des motifs de maladie qui les tien-

©BIU Santé

reprendre son service militaire. En novembre 1885, il eut une éruption d'eczéma généralisé qui débuta par l'oreille droite et la face pour s'étendre ensuite aux autres parties du corps.

C'est au printemps de 1886, dix-huit mois après l'apparition du premier érysipèle, que nous avons examiné le malade. Son état général est satisfaisant. L'éruption eczémateuse a disparu. Les troubles de la vision sont les mêmes que ceux accusés précédemment, mais seulement plus intenses. La paupière supérieure droite est toujours gonflée; elle retombe au-devant de l'œil et rétrécit l'orifice palpébral; elle n'est pas cependant complètement paralysée, puisque le malade peut la mouvoir, mais pas assez pour mettre le globe de l'œil à découvert, ce qui fait paraître l'œil droit plus petit que le gauche.

La sensibilité est conservée dans les régions orbitaire et péri-orbitaire. Le malade se plaint de douleurs névralgiques rebelles dans ces régions. Il existe un point très douloureux au niveau de l'émergence du nerf sus-orbitaire.

Le globe de l'œil est mobile dans tous les sens, excepté en dedans, ce qui occasionne un léger strabisme externe. L'iris a sa coloration normale. La pupille est paralysée et reste complètement insensible à l'action de la lumière. L'acuité visuelle est de 1/5.

Le champ visuel est rétréci. On constate un scotome central très bien marqué. La vision des couleurs est normale.

Transparence parfaite des milieux réfringents. Le fond de l'œil est rouge. Au niveau du bord supérieur de la papille, on observe quelques plaques de choroïdite atrophique. La papille est décolorée surtout au centre, ou elle prend une teinte nacrée. Les vaisseaux ont presque totalement disparu au point d'émergence. On les retrouve sur les bords de la papille. Ces bords se confondent complètement avec le fond de l'œil et il est impossible de les délimiter. Il y a de l'œdème péri-papillaire. De la papille, il ne reste, à proprement parler, que la portion centrale en voie d'atrophie.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à l'œil droit; le gauche est absolument normal. Ajoutons, en terminant, qu'il n'existe aucun signe d'ataxie et qu'il n'y a dans l'urine ni sucre ni albumine.

Obs. II. — *Atrophie unilatérale du nerf optique consécutive à un érysipèle de la face.* (*Hutchinson, Ophthalmic hosp. Reports*, tome V, page 35. Résumée.) — Érysipèle spontané de la face, d'apparence bénigne, n'ayant pas envahi le cuir chevelu. Occlusion des paupières pendant quelques jours, par suite du gonflement. Le malade, qui était un homme,

---

nent éloignés de leur service, l'appréciation des conditions de santé qui peuvent leur ouvrir des droits à une retraite, l'hygiène des locaux qu'ils occupent, etc. Voilà autant de questions qui engagent des intérêts sérieux confiés au médecin qui devient à chaque moment juge entre des nécessités administratives et des droits privés. Il peut trouver dans ces fonctions de nombreuses occasions de faire pencher la balance en faveur de l humanité.

En raison du nombre considérable d'ouvriers et d'employés de tout ordre attachés aux Compagnies de chemins de fer, il y a lieu de faire ressortir, en particulier, la nature des services que le corps médical est appelé à rendre à ceux-ci et les conséquences de cette forme nouvelle de l'activité médicale.

Pour se rendre compte dans quelle mesure des intérêts d'un ordre aussi élevé son en jeu dans cette question, il faut considérer que les deux continents sont traversés par des voies ferrées dont l'exploitation nécessite l'intervention d'un énorme personnel, échelonné tout le long des voies de communication. On peut dire que le monde civilisé est devenu une route vivante.

En France, les diverses Compagnies exploitent aujourd'hui 32,000 kilomètres de lignes ferrées; elles emploient 260,000 agents dont la santé est confiée à 1,500 médecins. Si l'on ajoute au nombre des agents celui de leurs femmes et de leurs enfants on arrive à un chiffre approximatif de 600,000 personnes environ qui, à chaque moment, sont en relations avec une portion notable du personnel médical de notre pays, à propos de leur incorporation, de leurs maladies ou blessures, etc.

intelligent, fit des efforts pour entr'ouvrir les yeux le deuxième jour et s'assura qu e vision était bonne des deux côtés.

Vers le cinquième jour, la tuméfaction disparut; le malade put ouvrir les yeux et remarqua que le droit était presque complètement aveugle. Il n'y a pas de raison de croire que le tissu cellulaire de l'orbite ait été particulièrement atteint.

Six semaines après, Hutchinson constata l'état suivant : l'œil droit est légèrement divergent et totalement aveugle. Les mouvements sont faciles dans toutes les directions. La papille est pâle, sans trace d'inflammation. Les branches de l'artère centrale sont plus petites, tandis que les veines sont normales. L'acuité visuelle est bonne dans l'œil gauche, qui n'offre rien à signaler.

Obs. III. — *Atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face.* (*Despagnet Recueil d'ophthalmologie*, 1880.) — K..., 23 ans, soldat d'infanterie de marine, d'une constitution moyenne. Dans son enfance, quelques manifestations légères de scrofule et une ophthalmie qui n'a pas laissé de traces.

En avril 1879, érysipèle de la face et du cuir chevelu survenu sans cause connue, et qui se localisa à la moitié droite de la tête. Gonflement rapide des paupières et chémosis recouvrant presque complètement le globe de l'œil. Durée de la maladie, douze jours. Quand le malade put ouvrir les paupières, il s'aperçut qu'il était aveugle de l'œil droit. La cécité s'est maintenue depuis. Les deux papilles sont de dimension égale, mais la droite ne se contracte pas sous l'influence de la lumière. A l'examen ophthalmoscopique, on trouve un peu de choroïdite atrophique péri-papillaire avec quelques amas de pigment. La papille droite est plus petite que la gauche. On ne constate pas la moindre exsudation ou suffusion. La papille est complètement blanc nacré. La rétine est partout transparente. La choroïde, le corps vitré et le cristallin sont normaux.

L'œil gauche est légèrement myope, mais ne présente aucune autre particularité. Pas de syphilis; pas de sucre; pas d'albumine. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Étiologie du tétanos. — Rapport sur une observation de grossesse extra-utérine traitée avec succès par la laparotomie; discussion. — Communication au sujet d'une nou-

Ces fonctions délicates ne pouvant être de toute nécessité confiées qu'à des médecins dignes d'être choisis dans chaque localité, on voit, dès à présent, la double influence d'une telle institution.

D'une part des soins intelligents, empreints d'un caractère d'incessants progrès, assurent à cette masse de personnes des chances meilleures de guérison, des conditions hygiéniques plus favorables, l'application des sentiments les plus humains pour leurs souffrances et pour leurs droits.

Que peut-il sortir, d'autre part, de ce contact journalier entre des hommes de science, de façons polies, d'un maintien respectable, animés de sentiments charitables, chargés d'une mission paternelle, et cette masse de travailleurs obscurs, modestes, enclins à s'abandonner aux passions et aux vices du siècle, mais en général très intelligents et accessibles à des conseils désintéressés?

Il n'en peut résulter, pour cette partie vraiment notable de la population, qu'un très grand bien : la santé protégée et préservée, le sentiment véritable de la valeur de la science médicale propagé à travers la nation.

Les médecins de la Compagnie du Nord, au nombre de 200, qui voient en moyenne 30,000 malades par an, ont été invités, depuis plusieurs années, à porter toute leur attention sur les dangers de l'alcoolisme et à user de toute leur influence pour en arrêter les progrès.

Leurs efforts n'ont pas été stériles, et la statistique des grands centres, où la Compagnie emploie un chiffre considérable d'ouvriers, a donné les résultats les plus encoura-

©BIU Santé

velle série de 35 ovariotomies. — Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu : six blessures de l'intestin grêle; deux de la vessie; laparotomie huit heures après l'accident; mort; discussion.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance s'établit entre M. Larger et M. Terrier un échange d'observations à propos de l'étiologie du tétanos. Il résulte de ce court débat que M. Larger ne soutient pas, *hic et nunc*, comme une vérité absolue, l'étiologie de la contagion du tétanos du cheval à l'homme, et que, d'autre part, M. Terrier n'a pas voulu dire que le fait de cette contagion n'avait jamais été observé à Alfort ou ailleurs.

— M. Championnière fait un rapport sur une observation de M. le docteur Bruch (d'Alger) relative à une grossesse extra-utérine ayant marché jusqu'au neuvième mois, mais suivie d'une rétention du fœtus pendant huit mois. M. Bruch intervient, à cause d'accidents graves de septicémie menaçant l'existence de la femme, en pratiquant une incision à la paroi abdominale, ouvre le kyste adhérent à cette paroi et déjà ouvert d'ailleurs par le vagin, et extrait le fœtus par débris. La malade guérit lentement et conserve encore une fistule peu considérable.

M. Championnière fait remarquer que les noms de laparotomie ou de gastrotomie ne peuvent être appliqués à une semblable opération sans un abus de langage. L'opération de M. Bruch n'est que l'ouverture d'un kyste purulent fusionné avec la paroi abdominale, ouverture faite au point culminant, avec beaucoup de précaution pour ne pas franchir les limites du kyste. Elle présente cette particularité qu'il y avait déjà une ouverture vaginale dont M. Bruch a très habilement profité pour faire une large contre-ouverture du foyer et un très bon drainage vaginal.

Une gastrotomie franche, appliquée à une grossesse extra-utérine, ouvre largement le ventre et découvre les limites du kyste; le péritoine est plus ou moins largement divisé, le kyste est largement ouvert, l'enfant est enlevé en totalité; puis le kyste est partiellement enlevé ou fixé à la paroi, et fermé. C'est une opération qui ressemble surtout aux ablations incomplètes de kystes de l'ovaire. M. Championnière l'a faite deux fois avec succès. Elle diffère à tous les points de vue de la précédente et ne répond pas aux mêmes indications. Elle peut être faite à une période beaucoup moins avancée, quand le kyste est profondément situé, médiocrement adhérent, avec ou sans phénomènes généraux graves. C'est la seule opération que l'on puisse faire quand on veut remédier de bonne heure à la grossesse extra-utérine, et, pour elle, toutes les précau-

---

geants. Une épidémie vient-elle menacer les populations soumises à une administration puissante et à une tutelle médicale, ou s'est-elle déjà développée parmi elles? Quoi de plus facile que d'obtenir d'un personnel discipliné l'observation des mesures d'hygiène qui lui sont conseillées, et de faire emploi des remèdes les plus efficaces.

On voit tout le parti qu'on peut tirer de l'intervention du corps médical des grandes administrations à un point de vue qui intéresse l'avenir du pays.

La médecine étend donc d'une façon évidente son action bienfaisante, dans cette nouvelle expression de son activité, et elle est appelée à la développer davantage encore avec l'accroissement de l'industrie nationale à laquelle son ministère est désormais lié plus étroitement.

En retour, l'attention publique pénétrante et équitable apprend à connaître davantage la médecine et le médecin, et étend les limites de sa confiance, en lui accordant de plus en plus la protection et la défense, non seulement d'intérêts sanitaires, mais aussi d'intérêts sociaux et politiques.

Cet hommage rendu à la médecine est un signe des temps : c'est la vision distincte de la prépondérance de la science dans l'avenir.

C'est par l'influence médicale qu'une part de vérité pénétrera de plus en plus dans la conscience humaine.

©BIU Santé

tions que l'on prend pour la chirurgie abdominale doivent être réunies. Les conséquences aussi en sont fort différentes, car avec ces grandes ouvertures les opérations sont complètes, donnent une guérison plus rapide, et généralement la durée des fistules est moins longue.

Après avoir donné le résumé des deux opérations de ce genre qu'il a pratiquées et insisté sur la nécessité d'une intervention hâtive dès que la grossesse extra-utérine a été reconnue, M. Championnière termine en proposant d'adresser des remerciements à M. Bruch pour sa très intéressante observation qui s'ajoute à de nombreuses communications déjà faites par le même auteur à la Société de chirurgie, et de placer son nom dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Adopté.)

M. Bouilly se propose de faire connaître avec détails une opération de laparotomie qu'il a pratiquée, il y a près de deux ans, à une femme atteinte de tumeur abdominale de diagnostic difficile. Ayant conclu, à la suite d'un examen très attentif, à l'existence d'une grossesse extra-utérine, M. Bouilly a fait la laparotomie, qui lui a permis d'extraire un fœtus de sept mois. La femme a parfaitement guéri.

— M. Terrillon communique une nouvelle série de 35 ovariotomies. Sur ces 35 opérées, il n'en a perdu que 6. Il espère arriver encore à des résultats meilleurs, que semble lui promettre une série heureuse de 12 opérations, sans un seul cas de mort, qu'il a pratiquées à la Salpêtrière depuis le 1er janvier de cette année, résultats heureux qu'il attribue en grande partie aux modifications apportées dans le manuel opératoire, les pansements et les soins de propreté.

M. Terrillon passe en revue le nettoyage des éponges, qui a été l'objet de soins minutieux; le spray phéniqué, employé dans la chambre d'opération jusqu'au moment où la malade y est transférée, mais supprimé à ce moment, parce qu'il devient une cause de gêne et de refroidissement pour la malade; les solutions phéniquées usitées pour les instruments, le sublimé pour les mains, le lavage de la paroi abdominale, etc.

La manœuvre la plus importante est le lavage de la cavité péritonéale et du bassin. M. Terrillon le pratique dans les cas où le kyste est suppuré, dans ceux où les adhérences, multiples et saignantes, ont rempli le petit bassin et les flancs de sang qui reste adhérent à la surface des intestins, ou dans les sinus formés par les anses intestinales; enfin, surtout quand le kyste s'est rompu dans le péritoine avant l'opération ou dans le cours de celle-ci. L'eau qui sert à ces lavages est de l'eau filtrée et bouillie, employée tiède, et versée à l'aide d'une canule en verre. Elle remplit le bassin, baigne les intestins et tombe en dehors par l'ouverture abdominale dans un baquet placé à terre. Quand l'eau, d'abord chargée de sang et de liquide kystique, revient limpide, on peut cesser l'irrigation. L'excès d'eau est enlevé avec une éponge, jusqu'à ce que celle-ci ne ramène ni liquide, ni sérosité rougeâtre. Pendant ce dernier temps, un aide maintient les intestins élevés avec les deux mains vers le haut de l'abdomen. La quantité d'eau ainsi employée a été souvent de 20 à 25 litres.

« Les vraies causes de la mortalité sont : l'épuisement antérieur de la malade, surtout quand l'âge est avancé; l'étendue et la résistance des adhérences. Celles-ci ont pour conséquence principale la présence du sang et des liquides putrescibles dans le péritoine. Par le lavage péritonéal et le nettoyage parfait, on peut éliminer ou amoindrir ce dernier inconvénient.

« On doit donc opérer aussi rapidement que possible, aussitôt que le kyste est reconnu. Si l'on attend, on s'expose à voir survenir des complications multiples : adhérences lentes ou rapides, torsion du pédicule avec toutes ses conséquences, rupture du kyste, etc.

» La ponction, si elle n'est pas toujours dangereuse, peut provoquer des inflammations plus ou moins sérieuses; elle a surtout pour inconvénient de retarder l'opération et d'augmenter la faiblesse de la malade.

— M. Pozzi fait une communication sous le titre suivant : *Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, six blessures de l'intestin grêle et deux de la vessie, laparotomie huit heures après l'accident; mort.*

©BIU Santé

Le sujet de cette observation, jeune homme de 15 ans, avait reçu à l'abdomen, à la distance de deux mètres, un coup de revolver; calibre : 7 millimètres. Plaie petite, noirâtre, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque gauche; ventre souple, mais douloureux à l'hypogastre.

Le cathétérisme retire environ 200 grammes d'urine sanglante; un caillot est engagé dans l'œil de la sonde quand elle est retirée.

L'existence certaine d'une plaie de la vessie, l'existence probable d'une plaie de l'intestin décident immédiatement M. Pozzi à proposer la laparotomie, et cette décision est approuvée par M. le professeur Trélat appelé en consultation.

L'opération est pratiquée à onze heures et demie du soir, huit heures après l'accident. Incision au niveau de la ligne blanche remontant jusqu'à l'ombilic. On trouve une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire prévésical.

Six perforations de dimensions variables sont successivement découvertes sur l'intestin grêle, avivées quand elles présentent des bords déchiquetés et suturées avec soin. On ne trouve d'ailleurs pas trace de matières fécales dans l'abdomen.

La vessie est à son tour examinée à l'aide de la lampe d'Aubry, et l'on y découvre une perforation qui est également fermée à l'aide de quatre points de suture.

Une injection boriquée dans le réservoir urinaire permet de reconnaître l'existence d'un petit pertuis qui avait échappé aux recherches directes; mais il a fallu renoncer à boucher ce trou, à cause de la profondeur de son siège et de la vascularisation veineuse de la région. Cependant, pour empêcher la filtration de l'urine dans le péritoine et pour bien isoler cette région sous et intra-péritonéale, on suture soigneusement le cul-de-sac péritonéal de manière à former une sorte de toiture membraneuse au-dessus de la region vésicale, qui est ensuite suturée exactement à la paroi abdominale. On divise ainsi la plaie opératoire en deux régions : l'une supérieure, péritonéale, contenant les perforations suturées; l'autre inférieure, extra-péritonéale, présentant une plaie qui pouvait laisser filtrer l'urine. A ces deux régions est appliqué un traitement différent; la supérieure est suturée comme dans l'ovariotomie avec des points d'argent profonds et superficiels; l'autre est laissé ouverte et l'on y place un double tube en canon de fusil faisant siphon entouré de gaze iodoformée; pansement à l'iodoforme. Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Après l'opération, qui a duré deux heures un quart, on ranime le malade par des injections d'éther.

Pendant les deux premiers jours, les suites de l'opération semblent favorables, la température vespérale ne dépasse pas 37; le pouls, plein et fort, est à 90; l'urine, non teintée de sang, sort régulièrement par la sonde, le malade se sent bien, sauf quelques douleurs dans la vessie et la cuisse.

Mais, le 13, le malade se plaint, s'agite, se refroidit, s'affaiblit de plus en plus, et finit par succomber, soixante heures après l'accident, cinquante-deux après l'opération.

La communication de M. Pozzi est suivie d'une discussion que nous résumerons quand elle sera terminée. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 DÉCEMBRE 1886.

Mercredi 1er décembre. — Pas de thèses.

Jeudi 2. — M. Bertrand : Essai critique sur le traitement étiologique de la tuberculose. (Président, M. Vulpian.) — M. Bouchut : Des hallucinations chez les enfants. (Président, M. Proust.) — M. Braine : Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie; laparotomie et hépatotomie. (Président, M. Panas.) — M. Verlet : De la vulvite des petites filles au point de vue médico-légal. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 3. — M. de Madec : Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. (Président, M. Verneuil.) — M. Foy : Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la compression ouatée, localisée et forcée. (Président, M. Guyon.)

© BIU Santé

Samedi 4, lundi 6 et mardi 7. — Pas de thèses.

Mercredi 8. — M. Goulon : Des divers modes de traitement de l'hygroma prérotulien, et en particulier du traitement par l'incision antiseptique. (Président, M. Guyon.) — M. Couréménes : De la naphtaline envisagée spécialement dans le traitement des maladies des voies urinaires. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 9. — M. Régent : Contribution à l'étude de la folie à deux, ou de la folie communiquée. (Président, M. Ball.) — M. Réaucar : Le béribéri à Poulo-Condor. (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi 10. — M. Lancry : Contagion de la diphthérie. (Président, M. Verneuil). — M. D'Oelsnitz : De la pachyvaginalite syphilitique. (Président, M. Fournier.) M. Pigornet : De l'emploi du salicylate de soude dans l'orchite blennorrhagique. (Président, M. Potain.) M. Godet : Intervention chirurgicale dans les carcinomes (Président, M. Trélat.)

Samedi 11, lundi 13 et mardi 14. — Pas de thèses.

Mercredi 15. — M. Masson : Étiologie de la tuberculose (Président, M. Potain.) — M. Bouttier : Étude sur la sclérodermie (Président, M. Fournier.)

FORMULAIRE

RÉACTIF DE L'ALBUMINE. — Millard.

Acide phénique cristallisé (95 p. 100).....	7 gr. 776.
Acide acétique cristallisable.....	7 gr. 776.
Liqueur de potasse.....	85 gr. 530.

Faites dissoudre. (La liqueur de potasse renferme 56 grammes de potasse caustique fondue pour 944 grammes d'eau.) — D'après M. Millard (de New-York), cette solution, qu doit être parfaitement limpide, constitue un réactif de l'albumine aussi sensible que l'iodure double de mercure et de potassium, et qui, dans l'urine, ne précipite que l'albumine. — N. G.

COURRIER

Samedi matin, M. le professeur Pajot faisait à la clinique de la Faculté sa leçon d'adieu. Ses élèves s'étaient donné rendez-vous en grand nombre pour acclamer leur maître et lui offrir son buste.

Le savant professeur de clinique obstétricale, dont les travaux pendant uue longue carrière ont puissamment contribué aux progrès de cette branche de notre art, a reçu avec émotion les félicitations chaleureuses que M. Doléris, son ancien chef de clinique, s'était chargé de lui transmettre, et les remerciements de M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, au nom des pauvres qu'il a soignés avec dévouement depuis tant d'années.

M. Pajot, en prenant volontairement sa retraite, laisse le souvenir d'un des professeurs les plus populaires et les plus écoutés qui aient honoré la Faculté de médecine. Le grand amphithéâtre retentit encore de la parole vibrante qui attirait les étudiants en foule et faisait pénétrer dans leur esprit un enseignement toujours clair et précis, attrayant par son sens pratique aussi bien que par sa forme.

— Par décret, en date du 15 décembre 1886, M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur des écoles vétérinaires, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie comparée, au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bouley, décédé.

— Par arrêté préfectoral, en date du 2 décembre 1886, M. le docteur Morin est nommé médecin inspecteur des Écoles du VIIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur de Lapersonne, démissionnaire.

— Par arrêté préfectoral, en date du 5 décembre 1886, M. le docteur Pascalis a été

©BIU Santé

nommé médecin de l'octroi de Paris et chargé de la 2e circonscription (XIe et XXe arrondissements.)

— Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers à bourse entière, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les candidats au grade de pharmacien de première classe dont les noms suivent : MM. Gaillard et Gautier.

— M. Meyer, candidat au doctorat en médecine (première année), est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursier près la Faculté de médecine de Paris, demi-bourse.

École de médecine de Nantes. — Sont nommés : prosecteur, M. Guibert, en remplacement de M. Colonne, démissionnaire : aides d'anatomie, M. Voyez, en remplacement de M. Monnier, démissionnaire, et M. Valentin.

M. Perron est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Perrouin, démissionnaire.

M. le docteur Touaille de Larabrie est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. Audrain, pharmacien de première classe, est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

Université de Berlin. — La Faculté de médecine a fait distribuer à ses étudiants un plan d'études rédigé par elle. Elle indique aux futurs médecins quelle voie ils doivent prendre pour devenir des spécialistes ; mais, en même temps, elle leur reccommande avec insistance de ne pas s'enfermer dans les études de médecine et de suivre des cours de météorologie, de minéralogie, de géologie, d'anthropologie, de psychologie et de logique. Il va sans dire que ce plan n'est nullement obligatoire ; la Faculté de médecine ne se croit pas le droit de dicter aux étudiants leur conduite, elle se borne à leur donner de bons conseils. (*Revue internationale de l'enseignement.*)

Université de Kœnigsberg. — L'Université a 813 étudiants, 56 de moins que dans le précédent semestre, c'est sur la Faculté de médecine surtout qu'a porté la diminution. — La très grande majorité des étudiants sont originaires de la province de Prusse orientale : 603, contre 139 étudiants de la Prusse occidentale, 57 du reste du royaume de Prusse ; en tout, 800 Prussiens, et seulement 3 Allemands et 12 étrangers. — Cette statistique montre que l'Université de Kœnigsberg peut être considérée comme un établissement d'enseignement régional.

Les étudiants se répartissent ainsi : théologie, 235 ; droit, 112 ; médecine, 237 ; philosophie, 231. (*Revue internationale de l'enseignement.*)

Un de nos confrères désire céder plusieurs collections de journaux et publication périodiques de grande valeur qu'il possède.

Parmi ces collections figurent : les *Bulletins de la Société anatomique*, de la *Société de biologie*, de l'*Académie de médecine*, la *Revue des sciences médicales de Hayem*, la *Revue mensuelle de médecine*, le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, le *Journal de Browne Séquard*, les *Archives de physiologie*, les *Archives générales de médecine*, les *Archives de tocologie*, les *Annales de gynécologie*, etc.

S'adresser au bureau du Journal.

Petit compendium médical. Dictionnaire-bijou de médecine usuelle : Pathologie, Formulaire, etc., par le docteur Antonin Bossu. In-32 de poche du gilet. — Prix : 1 fr. 25 franco. — F. Alcan, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Dufaud : Contribution à l'étude de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face. — III. Lettres de Belgique. — IV. Thèses d'agrégation en chirurgie : Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques. — V. Revue des Journaux : Du traitement de la coqueluche. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 21 décembre. — C'était aujourd'hui la séance publique annuelle, et cette année encore la salle était bien remplie. Depuis que la distribution des prix a lieu sans retard, à la fin de décembre, on dirait que les académiciens, contents d'eux-mêmes et la conscience tranquille, ne craignent plus de se montrer en ce jour solennel, aux yeux des lauréats.

Quand nous sommes entré dans la salle, M. Proust, secrétaire annuel, distribuait à quelques-uns des auteurs couronnés les éloges traditionnels. Nous avons noté avec plaisir des noms bien connus : Assaky, Du Castel, Moncorvo (de Rio-Janeiro), Cazin (de Berck), Gibert (du Havre), Charrin, etc. Ne pouvant nommer tout le monde, je réserve une mention particutière à notre jeune confrère Hallé, qui a remporté la médaille d'or au concours des internes, et qui, pour ce motif, obtient le prix Oulmont. Je tiens encore à signaler la façon très heureuse dont l'Académie a disposé du prix Huguier. « Il n'est pas nécessaire, dit le règlement, de faire acte de candidature. » C'est justement ce qu'avait négligé de faire M. Ch. Périer, chirurgien de Lariboisière. Mais l'Académie distingue les mérites qui semblent s'ignorer; elle a eu la bonne inspiration d'imposer à notre collègue un honneur qu'il ne demandait pas, sachant bien qu'elle serait applaudie de nous tous.

Après les encouragements donnés aux vivants sont venus les éloges funèbres. Je renonce à dire de quelle plume délicate M. Proust a dessiné la figure de Jules Guérin, mis en lumière les qualités de ce vieux lutteur qui « lançait avec le même aplomb les paradoxes et les idées saines », rappelé « son aptitude aux opérations financières » et les discussions ardentes qu'il a soulevées « sans être jamais bien sympathique ». M. Proust a fait l'éloge de Jules Guérin, c'est incontestable ; mais il a su le faire de façon à ne pas décourager les honnêtes gens. Puis sont apparus devant nos yeux Dechambre, Mialhe, Bouchardat, sous leurs traits vénérables.

Après la lecture des prix décernés, M. Trélat, président, a levé la séance, qui n'avait guère duré plus d'une heure. Beaucoup de dames y avaient assisté, car cette réunion n'est pas une fête exclusivement médicale. L'Académie ouvre ses portes et se répand au dehors; elle obéit à un courant que notre distingué confrère, M. Jules Worms, a nettement signalé dans son intéressante notice sur le rôle du médecin dans la société moderne (*Union médicale*, feuilleton du 21 décembre) : « Les connaissances biologiques, et la médecine en particulier, attirent et captivent de plus en plus l'attention publique. Elle suit avec un intérêt croissant et judicieux les recherches et les découvertes nouvelles, en discerne l'importance, apprécie la rigueur des procédés scientiques. Elle honore sincèrement la science et ne ménage ni son respect ni sa confiance aux hommes qui la cultivent. » — L.-G. R.

©BIU Santé

Contribution à l'étude de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face (1),

Par M. le docteur G. Dufaud, médecin-major.

III

On voit ce que ces trois observations ont de commun, et ce qui est particulier à la mienne. Dans toutes, érysipèle de la face, exclusif ou plus prononcé à droite, et, dans toutes, c'est l'œil droit qui est affecté. Dans la mienne, diminution progressive de la vision à droite; dans les autres, cécité survenant d'un seul coup. Dans toutes, atrophie simple de la papille, névrite optique dans la mienne seulement, et c'est dans celle-ci aussi que les nerfs de la troisième paire se montrent bien évidemment atteints.

Dans ces trois observations peut se poser la question préjudicielle de savoir si les troubles oculaires doivent être rapportés ou non à l'érysipèle. Etant donné que l'érysipèle peut se compliquer d'accidents névro-oculaires et qu'antérieurement à l'érysipèle, aucun trouble optique n'a été remarqué, il n'y a vraiment pas de raison pour ne pas attribuer à l'érysipèle les accidents constatés à sa suite du côté de la vision. On peut le faire d'autant mieux que, dans mon cas particulier, le sujet qui est soldat, a subi, au moment de son incorporation, l'examen de la vision, et qu'aucune anomalie n'a été constatée de ce côté. Enfin, c'est pendant la convalescence du deuxième érysipèle que la vue s'est troublée; et lorsque le troisième est survenu, les accidents oculaires ont subi une recrudescence dans leur intensité, et depuis n'ont jamais disparu.

Rapprochons maintenant ces faits, et particulièrement celui qui m'est propre, des théories qui ont été proposées pour les expliquer.

Dans tous les cas publiés de part et d'autre, l'érysipèle a été limité ou plus prononcé du côté de l'œil atteint. Notre malade, également, a vu tous ses érysipèles débuter invariablement par le côté droit, et atteindre plus spécialement l'œil du même côté. Si donc c'est l'orbite et l'œil droit qui sont malades aujourd'hui, on peut en inférer que l'inflammation cutanée a agi sur la périphérie des nerfs dans leur parcours intra-orbitaire, de même que sur les autres parties contenues dans l'orbite.

Parinaud ne croit pas qu'il s'agisse là d'une simple compression par œdème des nerfs contenus dans la cavité orbitaire; et il fait une différence entre les accidents oculaires qui suivent le phlegmon de l'orbite et ceux qui sont la conséquence de l'érysipèle. Dans ce dernier cas, la cause serait ailleurs.

Et cependant le gonflement des paupières a été signalé partout. Dans presque tous les cas, on a constaté l'exophthalmie et un œdème considérable. Or, nous admettons difficilement que cette tuméfaction soit sans influence sur les nerfs contenus dans le tissu enflammé, et que cette influence ne soit pas capable d'entraîner, en certains cas, par elle-même, la lésion des nerfs. C'est ce que n'admet pas Parinaud; et il base son opinion sur ce fait que, dans le cas de compression directe des nerfs, comme dans le phlegmon de l'orbite, la marche des accidents oculaires est essentiellement lente (obs. de Panas. *Bull. Soc. chir.*, nov. 1873); tandis que, à la suite des érysipèles, la cécité s'est montrée d'emblée. Mais, dans notre cas,

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

bien que la névrite soit certaine, il n'y a pas eu de cécité subite et complète; il y a eu, au contraire, diminution progressivement croissante de la vision. Les accidents observés pourraient donc, dans une certaine limite, être rapprochés de ceux qui sont consécutifs au phlegmon de l'orbite.

Il nous semble étrange que les auteurs n'aient pas insisté davantage sur les autres lésions qui ont presque toujours accompagné celles du nerf optique. C'est à peine si on les trouve signalées dans les observations de Jœger et Wecker, dans celles d'Hutchinson, de Parinaud, de Despagnet, etc. Chez notre malade, nous avons constaté, comme toujours, le gonflement des paupières pendant l'évolution de l'érysipèle; nous avons montré que ce gonflement s'était reproduit à chaque nouvelle poussée, et qu'il persistait encore même aujourd'hui; mais, en plus, nous avons insisté sur la parésie du releveur de la paupière supérieure, sur la paralysie de la pupille, le strabisme, tous symptômes de lésions des nerfs contenus dans l'orbite et particulièrement de ceux de la troisième paire.

Tous ces phénomènes ne plaident-ils pas en faveur de la compression directe par œdème, comme à la suite de blessure de l'orbite, par exemple? Ils donneraient raison à Despagnet. Mais avec cela, nous avons une névrite du nerf optique. Nous voilà donc à cheval sur la théorie de Despagnet et sur celle de Parinaud.

Pour ce dernier, en effet, la névrite est seule en cause pour expliquer les accidents oculaires consécutifs à l'érysipèle; le gonflement orbitaire ne suffit pas. L'inflammation cutanée se transmettrait directement au nerf optique par la veine ophthalmique et la centrale de la rétine, ou bien par les lymphatiques qui entourent ces vaisseaux. Les troubles visuels s'expliqueraient par la compression des éléments nerveux résultant d'un rapide gonflement inflammatoire. C'est ainsi que Parinaud rend compte de l'apparition brusque des lésions oculaires et de la rapidité avec laquelle la vision se perd totalement dès le début de la complication.

Mais telle n'est pas la marche des accidents oculaires que nous avons observés, puisque la diminution de la vision, chez notre malade, s'est établie lentement et progressivement. Et cependant, l'existence de la névrite est incontestable; nous l'avons montrée dans l'exposé de l'observation par la rougeur anormale du fond de l'œil, par la diffusion des bords de la papille et l'œdème péripapillaire. Il y aurait donc là une opposition apparente entre la marche lente des lésions, qui laisserait croire à une simple compression par œdème, et l'existence d'une névrite qui dénoterait la production d'une lésion aiguë. Mais est-il de nécessité que la névrite optique détermine la cécité complète et subite de l'œil atteint?

La possibilité d'une thrombose veineuse pour expliquer les accidents oculaires ne nous avancerait guère dans la solution de la question. Dans le cas de thrombose de la centrale de la rétine, les accidents se produisent rapidement et déterminent une apoplexie générale de la rétine. Or, rien de semblable ne se trouve dans notre observation.

Peut-être est-ce la théorie de la migration microbienne, si cette migration vient à être démontrée, qui offrira le plus d'élasticité? La nature infectieuse de l'érysipèle n'est plus à démontrer, et les expériences faites dans ces dernières années par Nepveu, Orth, Recklinghausen, Felheisen et autres permettent de définir l'érysipèle une dermite œdémateuse superficielle causée par des bactéries spéciales. Les micrococci forment des groupes qui occupent les espaces interfasciculaires dans les vaisseaux lymphatiques

©BIU Santé

et dans le tissu adipeux sous-cutané. Rien ne dit que la présence de ces micro-organismes et leur migration vers les espaces lymphatiques périvasculaires ne puissent être la cause de la lésion nerveuse, soit qu'ils agissent directement par compression dans des espaces très étroits, soit qu'ils déterminent par leur présence des lésions inflammatoires ou autres des vaisseaux nourriciers des nerfs.

Mais pour admettre cette explication, il faudrait avoir constaté la présence des microbes dans le tissu cellulaire de l'orbite, dans les nerfs ou autour des vaisseaux. Or, dans le travail de Karl, où l'on trouve exposée cette théorie, il n'est question ni d'autopsie ni d'examen microscopique.

C'est pourquoi, tout au moins pour le fait qui nous est personnel, nous pencherions de préférence pour notre propre proposition qui suppose une compression des nerfs due à la prolifération du tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire. Elle est en rapport, mieux que les précédentes, avec la marche lente et progressive des phénomènes observés et avec leur extension à tous les nerfs contenus dans l'orbite. L'érysipèle étant une inflammation de la peau, du tissu cellulaire et du réseau lymphatique, on peut admettre une prolifération du tissu conjonctif comprimant les vaisseaux nourriciers des nerfs et entraînant leur atrophie lente ultérieure. La prolifération du tissu conjonctif et la compression des vaisseaux nourriciers des nerfs, qui en est la conséquence, suffiraient à elles seules, pour déterminer l'atrophie et la paralysie, sans qu'il soit besoin de l'existence d'une névrite. Mais cette névrite, qui est une inflammation, est en définitive un phénomène du même genre que la prolifération conjonctive, laquelle est aussi un phénomène d'inflammation. Je pourrais même dire qu'en plus de la névrite optique, il y a eu névrite de la troisième paire, et j'expliquerais ainsi la douleur orbitaire et la parésie de la paupière supérieure. La théorie de la prolifération conjonctive et celle de la névrite, au lieu de se contredire, pourraient donc parfaitement trouver leur justification dans le même fait et même s'y corroborer.

IV

Comme on le voit, il y a dans les faits que je viens de discuter de quoi plaire à presque toutes les théories, mais aucune n'y trouve sa justification complète à l'exclusion des autres.

Nos conclusions seraient donc celles-ci :

On peut observer, à la suite de l'érysipèle de la face, des troubles de la vue ayant pour cause l'atrophie de la papille optique. Ces troubles de la vue peuvent se compliquer de lésions des autres nerfs contenus dans l'orbite et, en particulier, de ceux de la troisième paire.

Ces accidents peuvent atteindre tantôt un seul œil, tantôt les deux yeux. On a observé que, dans le cas où la complication a été monoculaire, l'érysipèle de la face n'avait envahi que le côté de l'œil malade ou avait été plus accusé de ce côté.

Des nombreuses hypothèses émises pour expliquer ces complications oculaires, aucune ne répond entièrement aux diverses particularités des faits.

Nous pensons que le processus des lésions oculaires qui peuvent compliquer l'érysipèle de la face n'est pas unique, et que chacune des théories imaginées à ce sujet a sa part de vérité et peut s'appliquer, en tout ou en partie, à un cas déterminé.

©BIU Santé

En d'autres termes, isolés ou combinés entre eux, la névrite optique, l'œdème compressif, la thrombose, la prolifération conjonctive, l'accumulation microbienne, et même la névrite de la troisième paire, tous ces états peuvent être la cause des phénomènes observés.

Dans le cas de névrite optique, cette lésion peut n'avoir pas déterminé la cécité complète et subite de l'œil atteint, mais seulement une diminution progressive de la vision.

Enfin, il faut attendre les résultats des autopsies qui seront faites dans la suite pour porter un jugement définitif sur la théorie de la migration microbienne.

Bibliographie. — Nepveu : *Compte rendu Soc. biologie*, 1870. — Bird : *Kankings Abst.*, n° XXIX, 1859. — Panas : *Gaz. des hôp.*, 13 déc. 1873. — Benson : *Brit. Med. Journal*, mars 1878. — Hutchinson : *Ophthalm. Hosp. Reports*, t. IV, p. 35. — Pegenstecher : *Ophthalm. Hospit. Rep.*, t. V, p. 32. — Wecker et Jœger : *Atlas Oph. fig.*, 75 pl., t. XVI. — Abadie : *Ann. ocul.*, t. LXXX. — *Encyclopédie internationale de chirurgie*, art. Erysipèle. — Knopp : *Archives of Ophthalm.* — Karl : *Klin. Monatsbl. für Pratic. Augen*, 1884. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Erysipèle. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, art. Erysipèle. — Panas : *Bull. Soc. chirurgie*, 5 nov. 1873. — Galezowski : *Mouvement médical*, 11 août 1877. — Schenkl : *Prag. Med. Wochenst.*, t. III, 1878. — Story : *Brit. Med. Journal*, mars 1878. — Parinaud : *Arch. de méd.*, juin 1879. — Despagnet : *Recueil d'ophthalmologie*, p. 716, 1880. — Abadie : *Traité des maladies des yeux.* — Poulet et Bousquet : *Traité de pathologie externe*, 1885. — Orth : *Archives für Exp. Path.*, 1873, t. I. — Felheisen : *Etiologie des érysipèles*, Berlin 1883. — Giraud-Teulon : *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1886.

Lettres de Belgique.

Dans la pratique, on se trouve maintenant dans une situation assez perplexe, en présence des opinions divergentes qui ont été émises dans ces dernières années sur **la toxicité ou la non-toxicité des sels de cuivre**. Les experts devant les tribunaux, et les membres des Comités de salubrité, lorsque, dans le cours de leurs visites, ils se trouvent en présence de substances reverdies au cuivre et de bonbons colorés par les sels de cuivre, sont assez embarrassés pour conclure. En raison des doutes qui se manifestent, les juges acquittent généralement les prévenus.

En présence de cette situation, sur laquelle son attention a été tout particulièrement attirée, la Commission de salubrité de l'agglomération bruxelloise a demandé au ministre de l'intérieur de soumettre à l'Académie la question de savoir s'il fallait considérer les sels de cuivre comme toxiques ou non. L'Académie vient de consacrer de longues séances à l'étude de cette question, déjà rebattue pour la France et d'autres pays, presque neuve encore pour la Belgique, et que le gouvernement avait posée en ces termes : *Les sels de cuivre sont-ils nuisibles lorsqu'ils sont employés dans les aliments ?*

Le débat, long et approfondi, a eu pour acteurs principaux : dans le sens de la non-toxicité, M. Du Moulin, correspondant, professeur de clinique à l'Université de Gand; MM. Depaire et Belval, dans le sens opposé.

Dans un premier discours, vigoureux et substantiel, M. Du Moulin, rappelant les divers rapports demandés par le gouvernement français aux corps techniques chargés de l'hygiène publique en France, présentés en 1880, 1881 et 1882, au sujet du reverdissage des conserves alimentaires, objet principal du litige, les a invoqués *en faveur de la thèse plutôt de l'innocuité que de la nocivité des doses petites de sels de cuivre.* Pour lui, il n'y a pas de fait médical établi sur des bases plus solides que cette parfaite innocuité. Et il cite à l'appui de son opinion, indépendamment de son expérimentation propre sur

©BIU Santé

lui-même et les membres de sa famille, l'autorité si importante de M. Galippe et de M. Gautier. Puis il conclut comme suit :

« 1. Il n'est pas démontré que de hautes doses de composés de cuivre à acide indifférent mêlés aux aliments aient jamais produit la mort;

« 2. Sauf peut-être dans le cas de suicide, l'empoisonnement aigu par ces composés ne doit pas être réalisable, tant à raison de leur saveur horrible que de leur propriétés émétiques énergiques, qui suffisent à faire évacuer le toxique;

« 3. Au début de leur emploi, les doses moyennes agissent comme de vulgaires vomitifs ne laissant après eux aucun inconvénient particulier; mais l'accoutumance se produit rapidement, et l'emploi peut être continué pendant six mois et au delà, sans aucune influence fâcheuse sur la santé, ni dans le présent ni dans l'avenir;

« 4. La dose de cuivre nécessaire au reverdissage des légumes est absolument inoffensive; il n'y a pas de fait médical établi sur des bases plus solides que cette parfaite innocuité;

« 5. Il convient donc de lever tous les règlements et les lois d'exception qui prohibent l'emploi des vases et des sels de cuivre dans la préparation des denrées alimentaires et des conserves. Pour donner satisfaction au public, on imposerait à chaque fabricant l'obligation de fournir, sur ses étiquettes, en caractères suffisamment lisibles, l'indication de la substance ajoutée aux légumes pour en assurer la conservation. Il serait utile d'ajouter la date de l'année pendant laquelle la conserve a été préparée (1). »

M. Belval, correspondant, partisan de la toxicité, qu'il a chaudement soutenue, est d'avis que « la prohibition de l'introduction du cuivre ou de ses sels dans les substances « alimentaires et les boissons, à quelque dose que ce soit, doit être rigoureusement « proscrite, et elle doit être inscrite d'une manière explicite et précise dans les lois et « règlements, afin de ne pouvoir être éludée ni offrir matière à contestation sur les questions de principe et d'application ».

Les partisans de la toxicité, en grande majorité dans l'assemblée, ont été surtout représentés, dans la discussion, par MM. Depaire, Vleminckx, Vanden Corput, Belval, Lefebre, Crocq et Kupferschlaeger. M. Du Moulin, malgré la vigueur de son argumentation, qui a certainement jeté le doute dans beaucoup d'esprits, n'a guère rallié ouvertement que M. Desguin et M. Hugues.

Le débat s'est terminé par le vote de la proposition ci-après, résumant la réponse à faire au gouvernement :

« *Les composés de cuivre ne sont pas seulement inutiles dans les aliments, ils y sont nui-* « *sibles* (2). »

L'obligation de répondre au gouvernement sur une question d'application reposant sur des principes scientifiques contestés, a induit l'Académie à faire décider par un vote une question de science, ce qui est toujours regrettable. Le bureau avait vu le danger et tenté de l'y soustraire en lui soumettant la formule ci-après, qu'il n'a pas réussi à faire adopter : « Il n'est pas permis de déclarer que les sels de cuivre ne sont pas nuisibles quand ils sont employés dans les aliments, même à des doses très fractionnées. » L'adoption de cette proposition n'eût été, de la part de l'Académie, ni une abdication ni un aveu d'incompétence. Elle eût permis au gouvernement d'interdire le reverdissage, etc., tout en considérant les infractions comme des contraventions simples aux édits de police. Vouloir aller plus loin, en présence des hésitations manifestes de la science, serait aujourd'hui téméraire.

Absorption des médicaments par la peau. — *Recherches entreprises dans le but de s'assurer de l'absorption, par la peau humaine saine, d'une solution aqueuse très diluée d'arséniate de sodium et d'iodure de potassium, et de l'absorption de l'iode de sa teinture appliquée sur la peau humaine saine et sur la peau humaine recouverte de son épiderme altéré par l'iode*, par M. J.-S. Stas, membre honoraire. (*Bull.* 1886, n° 2, p. 89-101.)

En se tenant strictement aux faits observés, on peut, suivant l'auteur, conclure comme suit :

(1) Voy. *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1885, p. 859-893, et 1886, p. 35-60.
(2) Séance du 29 juin 1886.

© BIU Santé

« 1° Les solutions diluées d'arséniate sodique et d'iodure potassique ne sont pas absorbées lorsque le corps de l'homme, dont la *peau est saine,* séjourne dans un bain de cette nature, pendant une heure et demie, et qu'on renouvelle le bain à trois reprises, et à vingt-quatre heures d'intervalle;

« 2° L'iode de la teinture d'iode, appliquée sur la peau saine, ne pénètre pas dans l'économie animale; toutefois, l'absorption s'effectue après la destruction de l'épiderme par l'iode et la fixation subséquente de ce corps sur le derme. Dans ce cas, l'élimination de l'iode s'accomplit partiellement, par la transpiration de la partie du derme iodé, par absorption et transport vers les voies urinaires, et enfin, mais très faiblement, par la transpiration du corps. »

De l'action pathogénique de certains produits d'excrétion analogues aux ptomaïnes, par VANDEN CORPUT. (*Bull.*, 1886, n° 3, p. 181-193.)

Cette communication a pour but unique une revendication de priorité au sujet de l'action pathogénique de certains produits analogues aux ptomaïnes qui se développent dans l'organisme vivant. Elle consiste en citations destinées à rappeler certains passages d'un travail présenté par lui, sur ce sujet, à l'Académie, il y a quelques années (1883), et qui prouvent à l'évidence que la doctrine édifiée par M. Gautier, et si justement appréciée par M. Peter, y avait déjà été complètement tracée.

L'auteur ne songe pas à disputer à M. Gautier l'honneur incontestable de ses découvertes, qui font événement dans le monde médical et qui sont destinées à marquer une étape glorieuse dans les progrès de la science, mais il croit avoir le droit et le devoir de revendiquer en faveur de la médecine belge l'idée fondamentale de la doctrine nouvelle. « C'est sur le sol belge, en effet, dit-il, qu'est éclose la théorie pathogénique que l'investigation chimique vient de confirmer d'une manière éclatante. Tout en rendant un légitime hommage aux travaux remarquables du chimiste frauçais dont les recherches ont amené de si retentissants résultats, je rappellerai que j'ai, le premier, au sein de notre Académie de médecine, établi les notions fondamentales de cette doctrine que, d'autre part, j'avais, en diverses circonstances, esquissée dans mes cours. (Voy. ETIOLOGIE DU CANCER, *Bull. de l'Acad.*, 1883, p. 1143, et ROMMELAERE : DU DIAGNOSTIC DU CANCER, *Ann. de l'Univ. de Bruxelles*, 1882.) » Et il cite, à l'appui, les lignes suivantes empruntées à son travail et qui résument d'une manière complète les faits aujourd'hui démontrés par M. Gautier : « *Qui nous dit que cette constitution morbide grave ne pourrait* « *pas être engendrée par* LE DÉVELOPPEMENT DANS L'ORGANISME VIVANT DE CERTAINS PRINCIPES « TOXIQUES DÉRIVÉS DES ÉLÉMENTS AZOTÉS ET ANALOGUES AUX PTOMAÏNES DE SELMI, lesquelles, « comme on le sait, se forment aux dépens des matières albuminoïdes. »

C'est pénétré de la conviction que la diathèse cancéreuse, entre autres, prend sa source dans l'infection de l'économie par certaines ptomaïnes dérivées de matières albuminoïdes interverties, que M. Vanden Corput préconisait, en terminant son travail, « comme moyens capables de modifier certaines dispositions pathogéniques, le séjour dans un climat chaud, les atténuants cellulaires, tels que les sels de potasse à acides organiques, l'usage des purgatifs et de l'hydrothérapie », précisément en vue de favoriser la dialyse physiologique ou l'élimination par les différents émonctoires des produits viciés dont s'infecte l'économie.

Il serait difficile de ne pas admettre la concordance parfaite de ces idées avec les résultats démonstratifs des faits constatés par l'habile expérimentateur français.

La revendication, essentiellement discrète, de l'auteur belge mérite d'être notée. M. Vanden Corput est un des savants qui ont le plus fait pour la diffusion de la science dans son pays, et ce n'est pas parce qu'il est dénué des faiblesses qui font les gloires tapageuses qu'il faudrait l'oublier. Cette revendication est, d'ailleurs, dépouillée de toute arrière-pensée ou de toute amertume.

M. Gautier a répondu à cette réclamation par lettre, en date du 5 avril, adressée à M. Vanden Corput, et que celui-ci a communiquée à l'Académie dans la séance du 24 du même mois : « Je me serais empressé, dit l'auteur, de signaler vos idées, et je m'en serais fait moi-même un argument si je les avais connues. Toutefois, j'ajouterai qu'elles ont été exprimées *en 1883*, mais que j'avais, *en 1881*, exposé, devant l'Académie de mé-

©BIU Santé

decine de Paris, des opinions semblables. Je les ai réunies à cette époque dans un travail publié au *Journal d'anatomie et de physiologie* de Ch. Robin, que je vous envoie (voy. p. 362). Ce que je n'avais qu'effleuré et en grande partie conçu seulement comme probable alors, je l'ai depuis démontré et c'est l'essentiel..... »

En communiquant à l'Académie la lettre de M. Gautier et le passage du travail auquel renvoie cette lettre, M. Vanden Corput s'est borné à faire remarquer que ce passage est loin d'être aussi catégorique que l'opinion émise par lui en 1883 et qui a été rappelée plus haut.

Décollement de la rétine et iridectomie, par WARLOMONT. (*Bull.*, 1886, n° 4, p. 249-257.) Relation d'un cas de décollement rétinien amendé sous l'influence de l'iridectomie.

Nouvelles contributions à la vaccine, par WARLOMONT et HUGUES. (*Bull.*, 1886, n° 5, p. 307-336.)

Cette communication a pour base une série d'expériences sur des animaux de l'espèce équine et de l'espèce bovine, en vue de la recherche de la *cause* en vertu de laquelle ces animaux peuvent, à un moment donné, débiter des boutons de vaccine. « Ces expériences, disent les auteurs, n'ont point répondu aux questions que nous leur avions posées, mais cette déception a été compensée par quelques révélations intéressantes qui nous ont permis d'en dégager les propositions suivantes :

« 1° L'identité du horse-pox, du cowpox et de la variole humaine n'est pas encore démontrée expérimentalement;

« 2° L'organisme du cheval se prête mal à la culture du vaccin;

« 3° L'immunité de la vaccine, chez les bovidés, peut s'obtenir par l'absorption intra-veineuse et intra-lymphatique, sans développement d'aucunes manifestations extérieures;

« 4° Elle s'obtient, de même, par l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, surtout quand celle-ci a donné lieu, à l'endroit où le vaccin a été déposé, à un engorgement indépendant de l'action traumatique. La matière de cet engorgement, qui peut prendre de vastes proportions, ne possède pas les propriétés vaccinales (1);

« 5° L'immunité, acquise ainsi à de nouvelles insertions vaccinales, semble s'étendre à la *stomatite aphtheuse* (cocote).

Cas de myxœdème (cachexie pachydermique de Charcot) *avec présentation de malade*, par VERRIEST, correspondant.

Diverses hypothèses ont été émises sur la genèse de cette affection. L'une d'elles considère les lésions centrales comme primitives. Les lésions périphériques seraient secondaires à des influences trophiques, soit directes, soit indirectes, par l'intermédiaire de troubles vasculaires. Le cas présenté par M. Verriest semble, d'après lui, y donner quelque appui. En effet, les premiers symptômes : troubles de la phonation, raideur des mâchoires, dysphagie, parésie des bras et des jambes, peuvent se rapporter à une affection de la partie supérieure de l'axe médullaire. Les douleurs de la nuque et l'arthrite des spondyles vertébraux, révélées par les crépitations au moindre jeu de ces articulations, indiquent également un travail morbide vers ces régions.

* * *

Les modifications importantes apportées au personnel de l'**Enseignement clinique à l'Université de Bruxelles**, par suite de l'application du règlement concernant le roulement prescrit par le fait d'expiration de service, ont été l'occasion de manifestations diverses, dont quelques-unes ont manqué de grandeur et de dignité. Si la plupart des dépossédés ont pris bravement leur mal en patience, il n'en a pas été ainsi de tous, et il faut le regretter. Aujourd'hui que l'orage est apaisé, que les anciens ont été remplacés par de non moins dignes, pour lesquels s'ouvre le chemin si vaillamment

(1) Voy, un discours de Warlomont, *Bulletin*, 1882, séance du 28 septembre, p. 738, rapportant deux observations d'immunité acquise, chez l'enfant, à la suite d'injections de vaccin glycériné, dans le tissu cellulaire sous-cuané-

©BIU Santé

parcouru par leurs devanciers, il est permis de se demander si tout ce bruit n'a pas été de trop. On l'eût assurément évité, si l'on se fût mieux pénétré de l'adage : *Dura lex, sed lex.*

Au nombre des professeurs récemment chargés, pour un terme ne pouvant pas dépasser vingt années, des cours de clinique médicale et chirurgicale dans les hôpitaux de Bruxelles, figurent des noms déjà avantageusement connus dans la science, et parmi eux ceux de MM. Rommelaere et Thiriar. Ils ont déjà fait parler d'eux et n'ont pas dit leur dernier mot. Le principe du mandat à durée limitée promet d'être appliqué sévèrement à l'avenir. A ceux qui songeraient à en contester le mérite, il suffira de rappeler la ville de Lyon, où il fonctionne depuis de longues années, avec des résultats que nul ne songe à contester.

On a invoqué, à son appui, le besoin de donner satisfaction, à tour de rôle, aux générations successives de praticiens attendant avec impatience l'appel de leurs services. C'est faire étroite mesure à une question exclusivement humanitaire et l'envisager du petit côté. Le roulement crée un plus grand nombre de praticiens en mesure de venir utilement en aide à l'humanité, et cette considération doit tout dominer.

Il en est une autre, cependant, qu'on n'a pas invoquée sans raison : aujourd'hui que la science clinique subit de continuelles vicissitudes, en vue de répondre à des progrès auquels la vieille doctrine n'est que trop portée à opposer les résistances de la routine, il est bon que l'élément jeune soit régulièrement appelé à la rescousse et rétablisse la balance. La vieille doctrine, pour se plier aux pratiques du jour, a trop à oublier, et, si le courage ne lui manque pas devant l'abdication qu'on lui demande, l'effort trop souvent dépasse ses forces. Cet aveu ne coûte pas au vétéran qui signe ces lettres.

Dr Warlomont.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

Des accidents imputables a l'emploi chirurgical des antiseptiques, par le docteur F. Brun.

Les trois principaux antiseptiques sont l'acide phénique, l'iodoforme et le sublimé, et c'est à l'étude des accidents qu'ils peuvent causer que l'auteur consacre la plus grande partie de son travail.

D'une manière générale, les inconvénients locaux qu'entraînent les pansements phéniqués se voient surtout chez les individus à peau fine et chez ceux qui sont prédisposés par leur état diathésique, chez les arthritiques. Ils consistent en des érythèmes généralement à peu près localisés à la partie en contact avec l'acide, mais pouvant s'étendre sur tout le corps. Souvent compliqués de vésicules ou de bulles qui peuvent suppurer, ils donnent parfois lieu à un mouvement fébrile assez intense et le diagnostic avec l'érysipèle devient alors fort difficile.

L'intoxication générale peut être aiguë ou chronique. Elle s'accompagne toujours d'une teinte noire plus ou moins foncée des urines, qui n'a de valeur comme signe pronostique des accidents que s'il y a en même temps diminution de la quantité de la sécrétion et élévation de son poids spécifique. Le phénol s'élimine à l'état de phényl-sulfate, d'où la disparition dans l'urine des sulfates décelables par le chlorure de baryum.

L'empoisonnement aigu peut ne se manifester que par du mal de tête et quelques troubles gastiques; mais, dans les cas graves, il entraîne rapidement un collapsus profond avec ou sans convulsions; notons encore les vomissements, la dysphagie, la diarrhée, les sueurs abondantes, le refroidissement central et périphérique, et enfin la fréquence extrême du pouls.

Le retour à la santé est généralement assez long et la terminaison peut être fatale.

La forme chronique de l'empoisonnement résulte de l'usage prolongé de l'acide phénique employé à doses faibles. Elle s'accompagne des modifications de l'urine et des troubles digestifs mentionnés ci-dessus, et, de plus, donne lieu à une élévation de la température qui peut atteindre 39°; son pronostic est beaucoup moins grave que celui de la forme aiguë, et, dans un seul fait, elle a été suivie de mort.

©BIU Santé

Les accidents apparaissent d'une manière très variable selon les cas ; les conditions qui ont paru favoriser leur développement sont : l'emploi abusif de l'antiseptique, l'étendue et la fraîcheur de la plaie, la rétention du liquide dans les plaies cavitaires, les lésions rénales préexistantes, le jeune âge, et enfin l'état de faiblesse et l'épuisement des sujets.

Sonnenburg, outre les moyens habituellement employés contre le collapsus, a préconisé l'emploi du sulfate de soude, et, à l'exemple de Chauvel, on peut conseiller l'administration à l'intérieur d'une solution à 5 p. 100 dès le début des accidents.

Les phénomènes locaux dus à l'iodoforme sont peu importants ; on a surtout observé des exanthèmes vésiculeux avec vives démangeaisons et s'étendant rapidement loin du point d'apparition initiale.

Les accidents généraux les plus légers sont : l'anorexie, le dégoût des aliments, les vomissements. Poncet a insisté sur le goût d'iodoforme senti par les malades et sur l'action de leur salive sur les ustensiles d'argent. L'insomnie avec agitation et même délire se rencontre fréquemment ; il en est de même d'une sorte de lypémanie anxieuse qui se produit pendant le jour. La température reste normale, la plaie va bien, mais, fait très important pour le diagnostic, le pouls diminue de force et augmente de fréquence.

L'intoxication grave peut se produire d'emblée ou succéder à la forme légère. Ses principaux symptômes sont : un délire maniaque nocturne des plus intenses, l'abattement mélancolique pendant le jour, la grande fréquence du pouls et enfin l'albuminurie.

Le retour à la santé peut être lent ou brusque, mais s'accompagne invariablement d'un amaigrissement excessif ; quant à la mort, elle survient, dans la majorité des cas, au milieu des signes d'un affaiblissement progressif de l'action du cœur et de la respiration.

Les phénomènes peuvent revêtir chez les enfants des apparences spéciales, et Konig a décrit les formes comateuse et méningitique.

L'emploi d'une quantité exagérée de la substance, son accumulation dans un espace restreint, l'âge avancé du blessé, favorisent beaucoup l'empoisonnement ; il en est de même de l'épuisement et de la cachexie en général.

Le meilleur traitement des accidents, d'après Behring et plusieurs autres auteurs, consisterait dans l'emploi d'une solution aqueuse à 5 ou 10 p. 100 de bicarbonate de potasse.

Localement, le sublimé irrite le bord des plaies, et, chez les accouchées, il altère la muqueuse vulvaire et la peau des cuisses ; dans des cas beaucoup plus rares, il donne naissance soit à un érythème pâle, soit à une éruption scarlatiniforme, soit enfin à un exanthème vésiculaire s'accompagnant de démangeaisons atroces.

Tout, dans les cas peu accentués d'empoisonnement général, peut se borner à de la diarrhée, des coliques et une stomatite plus ou moins accusée ; mais, lors d'intoxication intense, les phénomènes peuvent être beaucoup plus graves. On a noté alors la diarrhée tenace et sanguinolente avec coliques, ténesme et phénomènes dysentériformes, les vomissements, la stomatite et enfin l'albuminurie qui peut tenir à une néphrite grave ; dans la grande majorité des cas, la température ne s'élève guère au-dessus de la normale et souvent même elle s'abaisse.

Une forme spéciale d'empoisonnement semble être caractérisée par une prédominance des phénomènes inflammatoires : éruptions cutanées étendues, stomatite intense et état fébrile.

Les lésions le plus fréquemment rencontrées à l'autopsie sont du côté du tube digestif, l'inflammation et la nécrose de la muqueuse de l'intestin, surtout de celle du côlon, et, du côté du rein, la néphrite diffuse avec accumulation dans les tubes de cellules dégénérées et de sels calcaires.

En obstétrique, c'est le plus souvent après un accouchement laborieux qu'éclatent les accidents ; c'est, en chirurgie, chez les sujets chétifs atteints d'affections graves, cachectiques ; enfin, la rétention du liquide antiseptique peut encore être souvent invoquée comme cause de l'empoisonnement.

©BIU Santé

Une étude rapide des accidents causés par les autres substances habituellement employées dans les pansements termine la thèse de M. Brun.

Le bi-iodure de mercure au 1/2000e n'a donné lieu qu'à des irritations locales, des éruptions scarlatiniformes et des manifestations buccales, sans gravité. Le sous-nitrate de bismuth est généralement considéré comme inoffensif; on pourrait cependant lui attribuer des néphrites et des stomatites à caractères spéciaux; l'acide borique, l'acide salicylique, l'alcool, le chloral sont d'une innocuité à peu près absolue.

Employés en lavage pour de grandes cavités, les solutions d'iode ont quelquefois donné lieu à des phénomènes d'empoisonnement; enfin, c'est à cause de sa causticité que le chlorure de zinc employé en solution a parfois été suivi d'accidents caractérisés par la formation d'eschares.

Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la coqueluche, par Michael. — Les essais cliniques de cet observateur avaient pour objet de trouver la meilleure formule pour administrer les insufflations de sulfate de quinine dans les fosses nasales.

Il a fait usage des mélanges pulvérulents suivants : Trois parties de quinine avec une partie d'acide benzoïque; — une partie de quinine pour quatre de bromure de potassium; — poudre de résine de benjoin; — tannin; — iodoforme; — acide borique; — acide salicylique; — bicarbonate de soude et carbonate de chaux.

Les résultats les plus heureux ont été obtenus par les insufflations des poudres composées soit de quinine et de benjoin, soit de tannin et de carbonate de chaux. L'acide salicylique, l'acide borique, l'iodoforme et la cocaïne étaient moins efficaces.

Pour estimer la puissance thérapeutique de ces mélanges, M. Michael comptait le nombre des quintes quotidiennes. Il notait la durée de leur paroxysme et leur gravité. Le nombre des cas ainsi traités s'est élevé à 50 et la proportion des améliorations à 86 sur 100. Quelques-unes des guérisons ont été très rapides; de sorte que M. Michael n'hésite pas à considérer la coqueluche comme une toux réflexe causée par la présence dans les fosses nasales de micro-organismes spécifiques. (*Deutsche medicinische Wochens*, 4 février 1886.) — C. L. D.

FORMULAIRE

Liniment contre les tannes. — Hébra.

Savon vert	50	grammes.
Esprit de vin	100	—

Dissolvez à une douce chaleur et ajoutez :

Essence de lavande Essence de bergamotte	âà	1 gr. 50 cent.

Après avoir lavé la peau avec de l'eau uu peu chaude, on la frictionne plus ou moins énergiquement avec une serviette-éponge imbibée de ce liniment, puis on procède à l'expulsion des tannes, soit en les exprimant à l'aide de l'ongle des deux pouces, soit en les comprimant avec l'extrémité d'une clef de montre. — Après chaque séance, on enduit la peau avec un corps gras bien neutre, comme l'huile d'amandes douces, ou avec la vaseline, le glycéré d'amidon. — N. G.

COURRIER

La séance générale annuelle de l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain 27 décembre 1886, à deux heures, sous la présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le professeur Vulpian prononcera l'éloge de Flourens.

©BIU Santé

— Par arrêté ministériel en date du 26 novembre 1886, sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1885 :

1° *Médailles d'or* : MM. les docteurs Bertillon, à Paris; Lardier, à Rambervillers.

2° *Rappels de médailles d'or* : MM. les docteurs Coustan, médecin-major de première classe; Daga, médecin-inspecteur du service de santé de l'armée; Jablonski, à Poitiers; Mauricet, à Vannes; Mignot, à Chantelle; Paris, à Versailles, et Pennetier, à Rouen.

3° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Amat, médecin-major de deuxième classe; Aubert (M.-L.-L.), médecin-major de première classe; Bories, à Montauban; Bourgeois (A.-L.-A.), médecin-major de deuxième classe; Catrin, médecin-major de deuxième classe; Chabenat, à La Châtre; Chartier, à Nantes; Clémenceau de la Loquerie, à Fontenay-le-Comte; Combalat, à Marseille; Du Mesnil, à Sceaux; Durand, à Marseillan; Leroy des Barres, à Saint-Denis; Quivogne, médecin-major de deuxième classe; Renauld, à Cherbourg; — M. Patin, chef de la deuxième division de la préfecture de police.

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les docteurs Barbrau, à Rochefort; Bec, à Mézel; Blanquinque, à Laon; Darolles, à Provins; Geschwind, médecin-major de première classe; Métadier, à Bordeaux; Nivet, à Clermont-Ferrand; Pujos, à Auch, et Rousseau, à Vouziers.

5° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Coffec, à Quimper; Couillaud, à Épernay; Laurens, à Magescq; Masson, à Chambéry; Ollé, à Saint-Gaudens, et Valois, à Cosne.

Société de médecine de Paris. — Dans sa séance du 11 décembre, la Société a procédé au renouvellement de son Bureau qui, pour 1887, se trouve composé ainsi : Président, M. Fraigniaud; vice-président, M. de Ranse; secrétaire général, M. Christian; secrétaires annuels, MM. Coignard et Baraduc; trésorier, M. Perrin; archiviste, M. Pellier; membres du Conseil d'administration, MM. Ladreit de la Charrière et Antonin Martin; comité de rédaction, MM. Pellier, Dehenne, Baraduc, Coignard, et le secrétaire général.

— Le samedi 25 décembre coïncidant avec le jour de Noël, la Société décide qu'elle ne se réunira pas, et que la prochaine séance aura lieu le deuxième samedi de janvier 1887.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Clerc, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris, décédé le 20 décembre 1886, à l'âge de 71 ans.

Université d'Iéna. — L'Université paraît en voie d'accroissement. Le nombre des étudiants pour le semestre d'hiver s'élève à 600, sans compter les auditeurs qui sont en grand nombre. Le chiffre des étudiants étrangers a augmenté. La Société géographique, fondée depuis cinq ans seulement, compte cette année 554 membres.

(*Revue internationale de l'enseignement.*)

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 Frémint 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.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

©BIU Santé

Sommaire

I. Sereins : Note sur des phénomènes nerveux de la face de nature réflexe consécutifs à un traumatisme de la tête. — II. H. Hallopeau : Agent infectieux de la blennorrhagie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

Note sur des phénomènes nerveux de la face de nature réflexe consécutifs à un traumatisme de la tête,

Par le docteur Sereins.

J'ai rapporté dans ma thèse inaugurale (Paris 1880) quatre observations démontrant qu'une blessure de la tête pouvait donner lieu à une hémicontracture de la face de nature réflexe, siégeant du même côté que la blessure et se terminant par la guérison complète après une durée plus ou moins longue. Il paraît que les cas en sont rares et exceptionnels, car ma publication n'a pas eu d'écho jusqu'ici. Aussi, je saisis avec empressement l'occasion de livrer à la publicité un nouveau cas que j'ai observé dans ma pratique; il est digne de remarque en ce sens que les accidents nerveux ont été complexes et que deux états opposés, paralysie et contracture, ont été observés simultanément et sous l'influence de la même cause.

F..., âgé de 39 ans, cultivateur, tombe sur la tête le 16 septembre 1886, contre l'angle saillant d'une pierre, et se fait une plaie à la région pariétale gauche. La plaie est à lambeau, mesurant 15 centimètres environ de longueur, à sommet antérieur entièrement détaché de l'aponévrose sous-jacente. Réunion immédiate, pansement phéniqué. En outre, le malade se plaint que les mouvements du cou sont douloureux; pas de luxations des vertèbres, pas de perte de connaissance, frictions de la nuque avec de l'eau-de-vie. Antécédents nuls, pas de diathèse. Langue blanche, fièvre modérée, pilules à l'extrait thébaïque.

Le 18 septembre. — Sphacèle de la moitié antérieure du lambeau, sensibilité assez vive tout autour: excision de la partie sphacélée.

Le 22. — A la visite du matin, le malade, qui s'était levé les deux jours précédents, se plaint de ne pouvoir ouvrir la bouche, les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre,

FEUILLETON

CAUSERIE

Le Sommeil.

Un médecin anglais recommande de dormir la tête en bas, et prétend que cette position est la meilleure pour assurer l'irrigation sanguine du cerveau pendant le sommeil; selon lui, cet afflux du sang vers la tête, par l'action de la pesanteur, est nécessaire à la réparation des centres nerveux, en même temps qu'il diminue l'effort du cœur. Une sorte d'instinct nous fait plutôt rechercher pour dormir la position contraire, celle où la tête est plus élevée que les pieds, ce qui est d'accord avec l'hypothèse très vraisemblable que le sommeil s'acccompagne d'un certain degré d'anémie cérébrale. L'inversion réussit précisément dans les cas où des accidents sont à craindre par fait de l'anémie cérébrale, par exemple à la suite des grandes hémorrhagies, ou contre les menaces d'asphyxie par le chloroforme. Mais dans l'état de santé, le système du médecin anglais risquerait de produire de la congestion cérébrale, bien qu'il déclare celle-ci empêchée par la glande thyroïde qui servirait de régulateur et de trop plein pour la circulation des centres nerveux. Je crois plus sûr encore de modérer cette circulation par une légère déclivité, car un des besoins du cerveau pendant le sommeil est certainement de se rafraîchir, et par conséquent de recevoir moins de sang que pendant l'activité. Voilà

©BIU Santé

mais les mouvements de flexion et d'extension du cou s'exécutent normalement. En outre, on constate une asymétrie choquante entre les deux côtés de la face; ainsi, tandis que le côté droit a conservé sa physionomie normale, du côté gauche on observe ce qui suit : les plis normaux sont exagérés, les lèvres sont appliquées l'une contre l'autre, le masséter et le ptérygoïdien interne sont durs au toucher et déterminent une douleur à la pression, l'œil gauche est fermé, la peau du front du même côté est lisse et contraste avec celle du côté droit par l'effacement de ses plis transversaux. A la racine du nez on voit un bourrelet saillant et procident entraîné du côté droit, l'orbiculaire n'est nullement contracté et l'occlusion de la paupière paraît être le résultat d'un ptosis paralytique. La sensibilité, d'ailleurs, est normale dans tous ses modes. Pas de fièvre ni de réaction générale d'aucune sorte. Vésicatoire au niveau de la région malaire (point le plus douloureux) Chloral 6 gr. et bromure de potassium 4 gr. à prendre tous les jours.

Le 1er octobre. — Les mâchoires sont un peu moins serrées et s'écartent légèrement, les muscles masticateurs, quoique toujours rigides, sont moins douloureux, l'œil s'ouvre de 2 centimètres, mais le front ne se contracte pas. La faradisation détermine une douleur vive au niveau du front, mais reste sans action sur la contractilité des muscles. La plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Le 3. — Le malade écarte peut-être un peu plus les arcades dentaires et dit manger mieux; l'orbiculaire des livres est toujours contracté à gauche. Lorsque le malade parle, et principalement à l'émission des consonnes labiales, tandis que les lèvres du côté droit s'écartent, celles de gauche restent accolées; de plus, le malade ressent quelques picotements à ce niveau.

Le 9. — Même situation au point de vue de la contracture. La plaie se rétrécit de plus en plus. Le malade, qui, les jours précédents, se plaignait d'une douleur dans le dos, au niveau de la région interscapulaire, s'en plaint aujourd'hui plus amèrement, surtout à l'occasion des mouvements du tronc. Friction au baume Opodeldoch.

Le 12. — Pas de changement. Uréthane 2 gr. par jour.

Le 23. — La situation n'a guère changé, les douleurs dorsales ont disparu, plaie aux trois quarts cicatrisée, bourgeons exubérants, cautérisation superficielle au nitrate d'argent.

Le 10 novembre. — Plaie entièrement cicatrisée. Le front a repris sa physionomie normale, la bouche s'ouvre presque entièrement; néanmoins, le masséter conserve encore de la rigidité. D'ailleurs, le malade a repris ses travaux depuis quelques jours.

Le 30. — Le malade est entièrement guéri, et ne présente plus trace de sa difformité.

---

pourquoi on dort toujours la tête un peu plus haute que les pieds, et la théorie de notre confrère ne me semble pas près de nous faire renoncer à cette vieille habitude.

Du reste, il ne peut pas être question d'une seule façon de dormir, la même pour tout le monde, car chacun a la sienne. Les uns veulent une pile d'oreillers, avec lesquels ils sont presque assis dans leur lit; d'autres préfèrent s'étendre à plat, tout d'une pièce, la tête à peine soutenue par un mince traversin. Les gens obèses dorment sur le dos, le ventre en l'air, car c'est ainsi qu'ils sont le moins incommodés par leur ventre; en même temps ils ouvrent la bouche, pour suppléer au fonctionnement insuffisant de leur diaphragme et alors se trouve réalisé un des types les moins gracieux du sommeil. Un peintre qui veut poétiser le sommeil ne représente jamais son sujet dormant la bouche ouverte; et l'esthétique est ici d'accord avec l'anatomie, qui nous enseigne que la respiration doit se faire par le nez et non pas par la bouche, le nez seul étant disposé pour recevoir sans dommage l'air extérieur et le modifier convenablement avant son arrivée dans les bronches. Les animaux n'ouvrent pas la bouche pour respirer ni pour dormir; c'est un privilège de l'espèce humaine, qui a pour conséquence cet accompagnement redoutable du sommeil qu'on nomme le ronflement!

L'homme le plus spirituel et le plus charmant tant qu'il est debout, peut devenir odieux dès qu'il s'endort, pour peu qu'il ronfle. Il n'y a pas d'amitié, pas de tendresse qui tienne contre le ronflement; le ronflement provoque la férocité, et un ronfleur est exposé à recevoir un mauvais coup de la main de son meilleur ami. Car le ronfleur

BIU Santé

Ce cas, rapproché des quatre autres consignés dans ma thèse, me paraît constituer non un accident fortuit, mais une complication ayant des rapports certains avec la cause traumatique dont elle dérive. Cinq fois le traumatisme a affecté une région indéterminée de la tête et a donné cinq fois lieu à des phénomènes nerveux assez uniformes du même côté de la face. On peut, par conséquent, en déduire la formule générale suivante : *Tout traumatisme de la tête peut donner lieu à des phénomènes de paralysie et de contracture du même côté de la face*. Ces phénomènes se produisant à distance de la région lésée et ayant une certaine diffusion et une certaine complexité, il faut nécessairement que le système nerveux et particulièrement les centres nerveux participent à leur production. Mais s'agit-il, dans l'espèce d'une névrite ascendante partie des extrémités nerveuses sensitives et se répercutant à travers le névraxe sur les nerfs moteurs de la face, ou bien d'un simple phénomène réflexe? Il est bien difficile de trancher la question sans réplique; mais n'est-il pas évident que, pour admettre, dans notre cas, l'existence d'une névrite, il faudrait beaucoup s'éloigner des données classiques qui caractérisent le signalement de cette affection. L'absence totale de troubles sensitifs et trophiques, la participation élective de certains filets du même tronc nerveux, à l'exclusion des autres et même de quelques filets nerveux appartenant à des paires crâniennes différentes, la subordination intime de la marche du processus nerveux à l'évolution du traumatisme causal, la guérison complète sans reliquat d'aucune sorte, tous ces phénomènes séméiotiques ne cadrent guère avec l'hypothèse d'une névrite ou d'une myélite à symptomatologie vulgaire. Et il ne faut chercher ici que les cas ordinaires, puisque nos cinq observations présentent entre elles une ressemblance frappante. Il faut donc admettre que nous avons eu affaire, dans l'espèce, à des phénomènes nerveux de nature réflexe. La provocation sensitive, agissant sur les extrémités nerveuses dénudées du trijumeau, a déterminé une modification purement dynamique des centres nerveux qui, suivant son intensité ou la susceptibilité des éléments nerveux eux-mêmes, a provoqué une réaction motrice variable de façon à amener

---

est obstiné dans sa musique ; le réveil, les bousculades ne le font taire que pour un instant; il reprend aussitôt, et avec un *crescendo* particulier, arrive rapidement à de terribles effets de basse. On ne s'imagine pas la puissance que peut acquérir le ronflement dans des natures d'ailleurs délicates et fluettes ; des êtres vaporeux, qui ont passé leur journée à gazouiller comme des oiseaux, passent leurs nuits à mugir comme de grandes orgues, et ce contraste a parfois des effets désastreux sur le bonheur des ménages. Le beau sexe, en effet, n'est pas exempt de cette infirmité; on est même forcé de reconnaître, si pénible qu'en soit l'aveu, que certaines femmes sont au moins aussi fortes sur le ronflement que sur le piano ; eh bien, une femme qui ronfle... je ne vous en dis pas davantage.

Donc, Messieurs, et vous surtout, Mesdames, appliquez-vous à ne pas ronfler, et à ne pas dormir la bouche ouverte; vous y gagnerez d'abord ce sommeil calme et silencieux, qui ne provoquera ni le rire ni la colère de vos voisins ; vous y gagnerez ensuite de vous réveiller avec une bouche bien plus... satisfaisante que si vous l'avez tenue béante toute la nuit. Pour cela, un peu d'effort et de volonté peut être très utile; dans les premiers moments de la nuit, on est tenté d'ouvrir la bouche pour respirer plus largement, parce que les parois thoraciques, comprimées par le decubitus, fournissent moins de travail et puisent moins d'air à chaque inspiration. Il faut résister à cette première gêne, se forcer à ne respirer que par le nez, serrer un peu les mâchoires qui gardent facilement cette occlusion; on obtient ainsi une dilatation plus complète de la poitrine, un jeu plus complet de tous les agents de la respiration, et, sans en avoir l'air, cette simple précau-

©BIU Santé

l'exaltation fonctionnelle de certains nerfs et l'inhibition des autres. La réaction motrice a duré tant que l'élément sensitif a été mis en jeu sans modification ; celui-ci disparu, l'autre n'a pas tardé à le suivre. Les traitements les plus rationnels ont été impuissants à amener la détente ; l'occlusion seule de la plaie, cette épine irritative, point de départ de l'arc diastaltique, a eu pour résultat de faire disparaître définitivement cette singulière complication. N'est-ce-pas là le type de l'acte réflexe?

Agent infectieux de la blennorrhagie (1)

Entrevus en 1873 par Salisbury, les microbes du pus blennorrhagique ont été étudiés en 1878 par Ch. Bouchard et en 1879 par Neisser (2), dont les descriptions, confirmées par tous ceux qui depuis lors se sont occupés de la question, sont restées classiques.

Ces microbes sont généralement arrondis et groupés deux à deux, comme des biscuits accolés ou par quatre ; leur diamètre varie 0μ,4 à 0μ,6, d'après Cornil et Babès ; il peut atteindre, d'après Kreis, 1μ,6 (3). Lorsqu'ils se multiplient, on les voit se partager en deux moitiés qui se séparent ; la division se faisant successivement, suivant les deux diamètres perpendiculaires, les éléments se trouvent disposés, non en chaînettes, mais en groupes.

Ce qui les caractérise surtout, ce n'est pas leur forme, ce n'est pas la manière dont ils réagissent contre les matières colorantes, mais bien ce fait qu'ils pénètrent dans le protoplasme des cellules du pus et viennent se grouper en amas autour de leur noyau.

On trouve le gonococcus dans toutes les inflammations blennorrhagiques, aussi bien dans le pus de l'urèthre chez l'homme et chez la femme que dans le liquide de la conjonctivite et des arthrites blennorrhagiques (4).

(1) Extrait du *Traité élémentaire de pathologie générale*, 2e édition, par M. le docteur H. Hallopeau qui va paraître chez J.-B. Baillière.

(2) Neisser, *Ueber eine der Gonorrhœ eigenthümliche Micrococcen Form* (*Central Bl. f. d. medic. Wissensch.*, 1879) ; *Die Micrococcen des Gonorrhœ* (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1883).

(3) Kreis, *Beitr. z. Kenntniss der Gonococcen* (*Wien. med. Wochenschr.*, 1886).

(4) Petrone, *Sulla natura parasitaria delle artrite blennoragica* (*Rivista clin.*, 1885).

tion peut avoir des effets prophylactiques très importants contre les maladies de l'appareil respiratoire.

Ce besoin d'ampliation du thorax pendant le sommeil a son expression dans l'attitude familière a beaucoup de gens, de dormir les bras au dessus de la tête ; c'est la manœuvre de la respiration artificielle que nous nous appliquons ainsi pendant la nuit ; c'est une des manières de dormir les plus agréables et les plus salutaires ; si l'on donnait cette habitude aux enfants, surtout aux enfants chétifs, à poitrine étroite, on sauverait peut-être quelques victimes de la phthisie pulmonaire. L'air et le sang pénètrant et circulant en abondance dans les poumons dilatés par cette élévation des bras, l'appareil respiratoire prendrait peu à peu le volume et la force qui lui manquent trop souvent pour résister aux stases et aux inflammations inséparables de l'évolution du bacille tuberculeux. Que les mères s'appliquent donc moins à faire rentrer les bras des enfants sous les couvertures, dans la crainte du refroidissement et des rhumes ; les petits bras bien couverts, peuvent rester dehors, ce n'est pas par eux que viennent les rhumes, c'est par ces poitrines écrasées tout le jour, et qu'il faut à tout prix gonfler la nuit comme des ballons. Donc, les bras en l'air, *sursum brachia!*

***

Si l'on se rafraîchit le cerveau en dormant la tête plus ou moins élevée, il ne faut pas contrevenir à ce résultat par l'usage du bonnet de coton ; la tête doit rester libre pendant le sommeil, et non pas enfermée dans une de ces enveloppes dont la tempé-

BIU Santé

Bumm (1) l'a rencontré également dans le mucus utérin chez des femmes qui avaient ou avaient eu récemment une blennorrhagie. C'est un microbe spécifique.

Relativement à son mode d'action, cet auteur a pu en suivre toutes les phases dans la conjonctivite des nouveau-nés. Parvenus dans le sac conjonctival, les gonocoques s'y multiplient rapidement et pénètrent dans les cellules épithéliales, en même temps qu'ils s'engagent dans leurs interstices, et arrivent ainsi jusqu'aux papilles. Dès le deuxième jour, leur présence provoque une émigration en masse de leucocytes à travers les pores des capillaires dilatés; ces globules dissocient les cellules épithéliales et, par place, les détachent complètement du tissu conjonctif sous-jacent; on voit en outre souvent se former à la surface de l'épithélium un exsudat fibrineux dans lequel s'accumulent les gonocoques. Leur invasion s'arrête à la surface de la couche conjonctive sous-épithéliale; sans doute ils n'y trouvent plus les conditions favorables à leur développement.

A partir du quatrième jour, les cellules épithéliales prolifèrent activement, et leur régénération est complète du dixième au douzième jour; les microcoques ne végètent plus qu'à la surface, et ils disparaissent graduellement. Les choses marchent malheureusement moins vite dans l'urèthre et les articulations, les gonocoques sont entraînés par les globules blancs; la période aiguë de la maladie est caractérisée par une lutte entre ces cellules et les parasites (2). L'ophthalmie blennorrhagique de l'adulte est plus durable que celle du nouveau-né.

Les cultures du gonocoque ne réussissent pas, contrairement aux assertions de Bockhart (3) et de Fehleisen, dans la gélatine peptone de viande (4); les expériences de Bumm sont d'accord avec celles de Leistikow, de Doffler et de Krause. Ces auteurs ont obtenu au contraire des résultats positifs avec le sérum coagulé de sang de bœuf ou de mouton additionné de sérum humain que l'on obtient du placenta; la culture doit être faite à la température de 30° à 34°; elle ne réussit pas constamment. Le produit est en

(1) Bumm, *Der Mikroorganismus der gonorrhisschen Schleimhaut Erkrankungen* (*Gonokokkus Neisser.*) Wiesbaden, 1885. D'après l'analyse de Baumgarten in *Jahresbericht für die Forschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.*

(2) Bockhart, *Beitræge zur Kenntniss der Gonokokken* (*Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, octobre 1886.

(3) Bockhart, *Beitræge zur Aetiol und Pathol. der Harnrœhrstrippers* (*Vierteljahr. f. Dermat. und Syph.*, 1885).

(4) Leistikow, *Ueber Bacterien bei der venerisches Krankh.* (*Charité Annales*, 1882).

rature intérieure monte certainement à des degrés fort élevés. Mais le bonnet de nuit est en grand honneur à la ville et à la campagne : à la ville, il se remplace par des foulards, il prend des airs d'élégance; les paysans font moins de façons, et, chez eux, la nuit ne va pas sans le vieux casque à mèche qu'ils s'enfoncent jusqu'aux yeux. Les amateurs du bonnet de nuit, ou du madras multicolore noué sur le front en ailes de papillon, vous donnent toujours la même raison : le froid à la tête, les rhumes, les névralgies, etc. Simple affaire d'éducation, d'aguerrissement; résistez à la tentation de vous enfouir la tête dans un sac pendant la nuit, et vous perdrez la sensibilité au froid, la disposition au coryza et aux douleurs, que le bonnet de coton entretient plutôt qu'il n'en préserve.

Ce qu'on peut obtenir par l'éducation, en affrontant les intempéries au lieu de s'amollir par un excès de précautions, M. Brown-Séquard va nous le dire. « Pour habi-
« tuer la peau du cou à l'action d'un air froid et humide, j'ai fait employer un soufflet
« à l'aide duquel, plusieurs fois par jour, l'individu redoutant les effets de courants de
« cette espèce d'air se lançait, sur le cou, de l'air d'abord assez chaud, puis graduelle-
« ment et de jour en jour de l'air de moins en moins chaud, et enfin de l'air extrême-
« ment froid et très humide. Au bout d'un temps variable, entre huit ou dix jours, ou
« un peu plus chez les différents individus, l'*accoutumance* était obtenue. Tous les indi-
« vidus ayant obtenu l'accoutumance par ce procédé ont pu sortir ensuite impunément
« par un temps quelconque, n'ayant le cou protégé que par le col de la chemise et
« une mince cravate. J'ai lieu de croire que ceux qui prennent froid non par la peau du

©BIU Santé

couche très mince, souvent difficile à voir, de couleur gris jaunâtre à surface lisse et humide et à bords diffus. M. Constantin Paul a obtenu également des cultures avec les bouillons de Pasteur (1).

Les caractères particuliers de ce microbe, sa présence dans toutes les inflammations liées à la blennorhagie ne permettaient guère de douter qu'il fût l'agent générateur de cette maladie; il fallait néanmoins, pour en avoir la démonstration complète, réussir à la provoquer par l'inoculation du produit de culture. Les expériences ont constamment échoué chez les animaux qui semblent complètement réfractaires au contage blennorrhagique, mais elles ont réussi plusieurs fois chez l'homme. Bokai (2), en 1880, a fait des expériences d'injections des produits de culture chez des jeunes gens pour la plupart étudiants, et trois d'entre elles ont donné des résultats positifs. Bockhart a provoqué une blennorrhagie nettement caractérisée en injectant dans l'urèthre une seringue de Pravaz pleine d'une culture à la quatrième génération; il est vrai qu'il s'agissait d'un paralytique général qui devait mourir quelques jours plus tard et se trouvait dans des conditions favorables à la production d'une inflammation suppurative; cette objection n'est pas applicable à l'expérience de Bumm, qui provoqua chez une femme saine une gonorrhée typique en lui introduisant dans l'urèthre en petite quantité une culture pure de gonocoques à la troisième génération. Ce parasite est donc bien l'agent infectieux de la blennorrhagie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici la communication de M. le professeur Brouardel, dont nous avons parlé dans notre précédent bulletin. Nous croyons devoir la publier tout entière, en raison de son importance et de sa précision. C'est un document.

« Les études poursuivies depuis quelques années ont mis en évidence le rôle de l'eau dans la transmission des maladies infectieuses (choléra, fièvre typhoïde). Notre enquête

(1) Constantin Paul, cité par Chameron, Thèse de Paris, 1884.

(2) Bokai, *Ueber eine der Gonorrhœ eigenthümliche Mikrokokkenform* (*Pest. med. chir. Presse*, 1880).

» cou seulement, *mais aussi par le cuir chevelu*, obtiendraient le même résultat s'ils em-
« ployaient le soufflet à pousser de l'air, non seulement sur le cou, mais aussi sur la
« peau du crâne. (Société de biologie, 6 mars 1886.)

Voilà le cache-nez et le bonnet de coton détrônés par un simple coup de soufflet, et les courants d'air rendus inoffensifs, ces fameux courants d'air dont beaucoup de gens passent toute leur vie à se garantir, ce qui fait qu'ils attrapent une bronchite pour le plus léger zéphyr qui les caresse inopinément. Il y a longtemps que je voulais faire part à mes lecteurs de l'ingénieuse pratique de M. Brown-Séquard; le bonnet de coton m'en a fourni l'occasion, et je suis convaincu que cette charmante application du soufflet à l'hygiène donnerait de sérieux résultats, si l'on voulait s'y soumettre. Ce n'est pas plus étonnant ni moins croyable que l'homœopathie, c'est beaucoup moins difficile que d'aller aux bains de mer.

* * *

— Puisque vous êtes en train de nous donner des conseils sur la meilleure façon de dormir, me demande un lecteur indiscret, dites-nous ce qui vaut le mieux, de coucher seul ou à deux?

— En cette matière, mon cher Monsieur, les uns font ce qu'ils veulent, d'autres ce qu'ils doivent, d'autres enfin ce qu'ils peuvent; c'est tout ce que je puis vous répondre, au risque de vous laisser sur une déception. Pour s'en tenir au point de vue hygiénique, et sans y entendre malice, il est certainement préférable de coucher seul le plus

BIU Santé

sur l'épidémie récente de Pierrefonds nous a permis de préciser quelques-unes des particularités qui assurent ce mode de propagation; c'est sur ces particularités que nous désirons appeler l'attention de l'Académie. Voici le résumé des faits observés.

Pendant les mois d'août et de septembre, vingt-trois personnes de Paris ou de Versailles sont venues habiter, à Pierrefonds, trois maisons contiguës, sises rue du Bourg. Vingt d'entre elles eurent la fièvre typhoïde. Quatre, appartenant à la famille de l'un des membres les plus aimés de l'Université, succombèrent : trois jeunes filles de 15, 20 et 23 ans, et leur domestique âgée de 20 ans. Huit de celles qui ont guéri ont été gravement malades, huit plus légèrement; parmi celles-ci, quelques-unes ont été à peine touchées.

Trois des membres de ces familles n'ont subi aucune atteinte. L'un, le commandant P..., n'a passé que vingt-quatre heures à Pierrefonds; les deux autres, le capitaine V... et sa belle-mère, ayant remarqué le mauvais goût de l'eau de la fontaine, n'en ont bu qu'un seul jour. Ils ont fait ensuite usage d'eau minérale.

En juillet, pendant le mois précédent, la famille L..., de Paris, composée d'une dame, de sa fille et de son gendre, avait habité une de ces maisons; le gendre avait dû quitter Pierrefonds le 22 juillet, atteint de fièvre typhoïde.

Ce groupe de maisons n'était pas d'ailleurs frappé pour la première fois. Dans une note remise par le propriétaire de l'une d'elles, on voit que, de 1871 à 1883, cinq fois il a été visité par la fièvre typhoïde. Ce chiffre est d'ailleurs bien inférieur à la réalité. Les habitants de Pierrefonds ignorent si les étrangers quittent leur ville sains ou malades. Le maire de Pierrefonds n'a connu l'existence de l'épidémie actuelle que par une lettre d'un des médecins qui soignaient une des familles. Jusqu'alors, tout le monde l'ignorait.

Personne ne s'est préoccupé de l'existence de ce foyer, qui révélait sa présence par des avertissements répétés, et pourtant, si quelqu'un avait eu souci des intérêts de l'hygiène, rien n'était plus facile que d'en découvrir la cause.

Pour la mettre en évidence, il suffit de voir comment se fait l'alimentation en eau potable des maisons contaminées, et quel est le mode d'évacuation des eaux souillées et des déjections humaines.

La rue du Bourg, où se trouve le groupe des maisons qui ont été infectées, est située au nord et au pied de la colline dont se détache le promontoire sur lequel est bâti le château de Pierrefonds. Les eaux d'alimentation de ces maisons proviennent d'une nappe aquifère, coulant sur un banc d'argile plastique situé à la base de la colline.

---

souvent possible. Ce précepte s'adresse aux parents qui font coucher leurs enfants avec eux; par câlinerie, par faiblesse pour des caprices d'enfant, beaucoup de mères partagent leur lit avec leurs filles, souvent même quand celles-ci sont déjà grandes. Plus d'une fois j'ai cru voir cette cohabitation préjudiciable aux enfants : un sommeil moins réparateur, une gêne réciproque pour se mouvoir et s'étendre résultent forcément du séjour à deux dans le même lit, et ces influences journellement répétées peuvent n'être pas sans influence sur la santé des enfants. Le fait est que beaucoup de petites filles, ainsi couvées et surchauffées dans le lit maternel, restent pâles et chlorotiques; la place semble leur manquer pour se développer, elles ne croissent pas librement, comme elles feraient dans un bon lit à elles où elles pourraient jouer des bras et des jambes en tous sens.

***

Reste enfin la question de la durée du sommeil. Faut-il dormir peu ou beaucoup? Là-dessus, les éducateurs de la jeunesse sont impitoyables : il ne faut pas trop dormir, il faut se lever tôt, le lit fait perdre le courage et les forces; enfin, à les entendre, ce serait un crime de dormir. Pourquoi cette fureur contre ce qu'il y a de meilleur dans la vie? Pourquoi ces cloches, ces tambours qui arrachent les enfants de leur lit quand tout dort encore dans la nature? C'est une cruauté inutile, c'est de la vertu de convention; il y a d'honnêtes gens qui se lèvent tard, et des gens peu honnêtes qui se lèvent de grand matin. L'Ecole de Salerne a manqué de son bon sens ordinaire quand elle a

©BIU Santé

Ce banc se prolonge dans la vallée, passe au-dessous de la rue du Bourg et du ruisseau dit *ru de Berne* et forme plus loin la cuvette du lac de Pierrefonds.

Ce banc d'argile est recouvert par une couche de sables nummulitiques, très perméable à l'eau, qui a de 2 mètres à 3 mètres d'épaisseur. C'est sur cette couche que sont bâties les maisons de la rue du Bourg.

La nappe d'eau qui sort du pied de la montagne en formant des sources ne coule pas à ciel ouvert; elle traverse cette couche de sables pour se rendre, à 100 mètres du pied de la colline, dans le ruisseau de Berne.

Cette nappe fournit de l'eau aux maisons de la rue du Bourg. Pour l'utiliser, il a suffi de creuser des trous en forme de puits La surface de l'eau est à 1 mètre 50 environ au-dessous du niveau du sol, la profondeur n'atteint pas 3 mètres.

Pendant son trajet de la colline au ruisseau, cette eau passe au-dessous des fosses d'aisances, ou longe leurs parois. Ces fosses ne sont pas étanches, elles sont construites en moellons, ne sont pas cimentées. L'une d'elles, commune à deux maisons infectées, possédait un petit canal d'écoulement, partant de sa partie inférieure pour se rendre, à 30 mètres plus bas, dans le ru de Berne. Elle n'avait pas été vidée depuis trente ans. Elle était presque remplie de matières dures, que l'on a dû enlever à la bêche.

Les puits qui alimentent d'eau potable ces deux maisons sont distants de cette fosse, l'un de 9 mètres, l'autre de 20 mètres. Ils sont placés à 1 mètre 70 au-dessous du niveau de cette fosse.

On comprend que, dans ce terrain sableux, perméable comme une éponge, le voisinage des puits et des fosses assure un mélange permanent des matières excrémentitielles avec l'eau servant à l'alimentation.

Une coutume locale augmente encore le danger. On conduit directement dans ces fosses perméables l'eau qui tombe sur les toitures; en sorte que, lorsque survient une pluie un peu abondante, l'eau envahit les fosses, dilue les matières et les entraîne dans les couches de terrains périphériques. Là, cette eau souillée rencontre les puits et sert de nouveau à l'alimentation.

M. Mascart a eu l'obligeance de m'envoyer copie des observations pluviométriques faites dans les stations du département de l'Oise pendant les mois d'août et de septembre derniers. On peut noter que vingt jours après chacune des chutes d'eau un peu abondantes, inscrites à la station la plus voisine de Pierrefonds (Venette-Écluse, près Compiègne), un nouveau foyer de fièvre typhoïde a éclaté dans une de ces trois maisons.

---

déclaré que six heures de sommeil devaient suffire à tout âge; il en faut au moins sept, et mieux encore huit, suivant la sage division du temps adoptée par la pédagogie américaine : huit heures de travail, huit de récréation, huit de sommeil.

Dormir bien, dormir beaucoup, se lever quand on n'a plus sommeil, c'est la grâce que je souhaite à tous mes lecteurs pour leurs étrennes. P. Dubray.

Du salicylate de lithine dans le rhumatisme. — Vulpian.

Le salicylate de lithine est plus efficace que le salicylate de soude contre les dernières douleurs du rhumatisme articulaire aigu, contre le rhumatisme articulaire subaigu progressif. Il peut même conserver une certaine activité en face du rhumatisme articulaire chronique, lorsqu'un plus ou moins grand nombre de jointures sont déformées, gonflées et douloureuses encore. -- Pour obtenir un résultat, il faut donner en général 4 grammes par jour de ce sel; et même on est parfois obligé d'élever la dose à 4 gr. 50 et même 5 grammes. Si l'amélioration cesse, il suffit d'ajouter 0 gr. 50 centigr. à la dose quotidienne pour que le mieux se manifeste de nouveau. Cependant, des phénomènes d'intolérance se manifestent d'habitude, quand on élève la dose à 5 grammes ou 5 gr. 50, et parfois même plus tôt. — Le salicylate de lithine s'administre en solution aqueuse, en potion, en élixir. On peut le donner en poudre, dans du pain azyme, au milieu ou à la fin des repas, à la dose de 0 gr. 50 centigr. à la fois.

Les effets physiologiques du salicylate de lithine sont une céphalalgie plus ou moins vive, des vertiges et, plus souvent, une surdité considérable. — N. G.

BIU Santé

Pour démontrer que l'eau a été le véhicule de l'infection typhique, je ne m'arrêterai pas aux preuves tirées de l'observation des malades. Je désire fournir, du rôle infectieux de cette eau, une démonstration plus scientifique et plus précise.

Dans la maison la plus gravement atteinte, la maladie avait éclaté du 25 au 30 septembre. Je suis allé recueillir de l'eau dans les diverses fontaines de Pierrefonds, le 18 octobre, le 29 octobre et le 21 novembre.

J'ai prié M. le docteur Chantemesse, directeur du laboratoire de bactériologie à la Faculté de médecine, de soumettre ces diverses eaux à l'examen microbiologique. Dans l'eau de la maison où il y a eu quatre morts de fièvre typhoïde, et où la fontaine est située à 20 mètres, et en contre-bas de la fosse la plus voisine, MM. Chantemesse et Widal ont trouvé les bacilles considérés comme pathogènes de la fièvre typhoïde par Eberth, Gaffky, Artaud, Cornil et Babès. Le 13 octobre, il y avait environ 25,000 bacilles par litre d'eau. Le 29 octobre, il y en avait un beaucoup moins grand nombre. L'eau recueillie le 21 novembre n'en contenait plus aucun.

L'eau du ruisseau de Berne, dans lequel s'écoule l'eau de la fontaine précédente à travers la couche de sable et pendant un trajet de 40 mètres, contenait également quelques bacilles le 29 octobre.

Dans l'eau d'aucun des autres puits de Pierrefonds, on n'a pu découvrir de ces micro-organismes.

L'eau de la maison où avait éclaté le dernier foyer de fièvre typhoïde contenait donc des bacilles considérés comme germes de la fièvre typhoïde un mois encore après l'explosion de la maladie.

MM. Chantemesse et Widal ont voulu arriver à une démonstration plus précise. Le caractère spécifique de ces bacilles était contesté. En effet, nous ne connaissons pas d'espèce animale capable de contracter la fièvre typhoïde; par suite, la preuve tirée de la transmission par inoculation fait défaut. Ces messieurs ont alors pratiqué, avec un trocart stérilisé, une piqûre dans la rate des malades atteints de fièvre typhoïde, au dixième jour de la maladie. Ces ponctions, disons-le, ont été indolores et absolument inoffensives.

Traitées comme les eaux de Pierrefonds, les gouttes de sang ainsi obtenues ont donné des colonies dont le développement, les caractères morphologiques et biologiques, le mode de culture, la sporulation et la coloration se sont montrés identiques aux colonies isolées dans l'eau de Pierrefonds.

La valeur spécifique de ces bacilles semble hors de toute contestation, et nous pouvons conclure que nous avons trouvé dans l'eau d'un des puits de Pierrefonds la preuve figurée de sa nocuité.

Je voudrais appeler l'attention de l'Académie sur un autre point. J'ai fait analyser chimiquement par M. Gabriel Pouchet, professeur agrégé de la Faculté de médecine, les eaux des différents puits de Pierrefonds. L'eau de la maison la plus gravement atteinte est de beaucoup la moins chargée de matières organiques (8 milligr. à 9 milligr. par litre). On pourrait la classer, si l'on s'en tenait à l'analyse chimique seule, parmi les bonnes eaux potables.

Or, le puits qui a fourni cette eau est à 20 mètres de la fosse la plus voisine. Les matières organiques mortes, provenant de cette fosse, ont donc été détruites en presque totalité pendant ce trajet, mais il n'en a pas été de même des micro-organismes de la fièvre typhoïde.

C'est là une constatation dont on conçoit l'importance, au moment où l'on discute la question de l'épuration, par le sol, des eaux d'égout chargées de matières excrémentitielles. Elle montre que le sol détruit les matières organiques mortes qu'on lui confie, pourvu qu'elles tombent dans un milieu alcalin où elles subissent la nitrification; mais il n'en est pas de même pour les germes de la fièvre typhoïde. Ceux-ci résistent longtemps dans la terre : ils ont vécu pendant plus d'un mois dans l'eau d'un des puits de Pierrefonds.

Ajoutons, en terminant, que rien ne serait plus facile que d'alimenter Pierrefonds d'une eau potable, mise à l'abri de toute souillure, et pouvant monter jusqu'au sommet de la plus haute maison. Dans une de mes visites, M. Jacquot, inspecteur général des

©BIU Santé

Mines, a bien voulu m'accompagner, et nous avons constaté, dans la colline occidentale qui confine à Pierrefonds, la présence de trois nappes aquifères, déterminées par l'intercalation, au milieu de sables nummulitiques, d'autant de petites couches argileuses. Nous avons vu à 1 kilomètre de la ville deux sources abondantes, situées à plus de 20 mètres d'altitude au-dessus de la ville, débitant 135 litres à 150 litres d'eau à la minute.

Lorsque la municipalité aura fait capter et distribuer ces sources, ou d'autres analogues, les cruels événements qui ont donné naissance à cette enquête ne pourront plus se reproduire. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 14 décembre. — Présidence de M. Trélat.

M. Proust, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1886.

PRIX DE 1886.

Prix de l'Académie (1,000 francs), — Question : *Des ruptures du canal de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement.* — Quatre mémoires ont été adressés pour ce concours. — Le prix est décerné à M. le docteur Etienne (Aubin-Joseph), de Toulouse. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Drochon, de Bressuire (Deux-Sèvres).

Prix Amussat (1,500 francs). — Le prix est accordé à M. le docteur G. Assaky, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

Prix Barbier (2,000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° Un encouragement de 1,000 francs à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'Ecole vétérinaire de Toulouse; 2° Un encouragement de 500 francs à M. E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — Le prix est décerné à M. Lafon (de Paris), préparateur au laboratoire de toxicologie.

Prix Capuron (1,500 francs). — Question : *Valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales.* — Le prix est décerné à M. le docteur Bouillet, de Béziers (Hérault).

Prix Civrieux (1,000). — Question : *La migraine.* — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs Thomas (L.), de Paris, et Regnard (de Paris). Mentions honorables à MM. les docteurs Liégeois, à Bainville-aux-Saules (Vosges) et Martin (Georges), de Bordeaux.

Prix Desportes (1,500 francs). — L'Académie accorde : 1° Une récompense de 1,000 fr. à M. le docteur Du Castel (de Paris); 2° Une récompense de 500 francs à M. de docteur Moncorvo (de Rio-Janeiro); 3° Une mention honorable à M. le docteur Callias.

Prix Daudet (1,000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* — Les auteurs devaient présenter des observations originales recueillies en France. Aucun travail n'a été présenté. La même question est remise au concours pour 1887.

Prix Falret (1,000 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.* — L'Académie n'a reçu aucun mémoire. Le même sujet est remis au concours pour 1888.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Boutarel, attaché à l'hospice civil de Versailles, a été nommé stagiaire aux eaux minérales. L'Académie l'a désigné pour aller étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues. — Conformément à l'article 8 du règlement, une somme de 1,500 francs a été allouée à M. Boutarel.

Prix Godard (1,000 francs). — L'Académie partage le prix entre Mlle A. Klumpke (de Paris) et M. le docteur Perrin (Léon), de Marseille. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Roux (Fernand).

Prix Herpin, de Metz (1,500 francs). — Question : *Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.* — Le prix est décerné à M. Marcel Crivelli, interne des hôpitaux de Paris.

©BIU Santé

Prix Huguier (3,000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Périer (Ch.), chirurgien à l'hôpital de Lariboisière (Paris).

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,600 francs). — Question : *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.* — L'Académie accorde : 1° Un prix de 1,000 francs à MM. Cazin, médecin à l'hôpital de Berck, et Iscovesco, dit Escault, interne audit hôpital; 2° Une récompense de 300 francs à M. le docteur Gibert (du Havre); 3° Une récompense de 300 francs à M. Jacquet (Lucien), interne à l'hôpital Saint-Louis. Mentions honorables à MM. les docteurs Friot (A.), de Nancy et Comby (Jules), de Paris.

Prix Laval (1,000 francs). — Ce prix est accordé à M. Berlioz, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Pitié.

Prix Louis (3,000 francs). — Question : *Etude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 500 francs à MM. les docteurs P. Chautard et P. de Gennes (de Paris).

Prix Auguste Monbine (1,500 francs). — L'Académie accorde le prix à M. le docteur Charrin (de Paris).

Prix Orfila (2,000 francs). — Question : *Du venin de la vipère.* — L'Académie n'a rien reçu pour ce concours. Même question pour 1888.

Prix Oulmont (1,000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Hallé, interne à l'hôpital Trousseau.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Le goître exophthalmique.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois de Bainville-aux-Saules (Vosges).

Prix Saint-Lager (1,500 francs). — Aucun travail n'a été adressé à l'Académie.

Prix Saint-Paul. — L'Académie ne décerne pas le prix de 25,000 francs. Elle accorde un prix d'encouragement de 1,000 francs à M. le docteur Alfred Suss (de Paris).

Prix Stanski (2,000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° Une récompense de 1,200 francs à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'École vétérinaire de Toulouse; 2° une récompense de 800 francs à M. le docteur Léon Bec, à Mézel (Basses-Alpes).

Prix Vernois (800 francs). — Le prix est accordé à M. Monod, préfet du Finistère. Mentions honorables à MM. les docteurs Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée. Riant (de Paris) et Thoinot (de Paris).

COURRIER

Par arrêté ministériel en date du 29 novembre 1886, et sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et les revaccinations en 1885 :

Prix de la valeur de 1,500 francs, partagé entre : MM. les médecins-majors de 1re classe Aubert, Broton et Longet.

Médailles d'or : MM. les docteurs Carpentier-Méricourt,à Paris; Debets de Lacrousille, à Périgueux; Fournac, à Marseille; Mme la sage-femme veuve Damenne, à Saint-Lô.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bissey, à Précy-sous-Thil; Borderemy, à Commentry; Bosq, à Guillestre; Cassagnes, à Gorses; Chapoy, à Besançon; Coche, à Rives; Daillan, à Bédarrides; Daube, à Roujan; Degos, à Mugron; Dezautière, à La Machine; Dormont, à Prauthoy; Dufourcq, à Salies; Fayard, à Niort; Gaillemin, à Vagney; Garreau, à Bourgneuf; Gassot, à Chevilly; Gauthier, à Sijean; Genoud, à Thonon; Grinda, à Nice; Guibert, à Saint-Brieuc; Lagarde, à Vals; Lagarde, à Montauban; Le Royer, à Carrouges; Piot, à Aiguebelle; Pize, à Montélimar; Plonquet, à Ay; Pouliot, à Confolens; Pouzol, à Monistrol-sur-Loire; Pujos, à Auch; Radou, à Paris; Reynaud, à Bagnols-sur-Cèze; Rœlandts, à Courbevoie; Solaville, à Poitiers; de Welling, à Rouen.

MM. les médecins-majors de 1re classe : Aron et Geschwind.

MM. les médecins-majors de 2e classe : Billot, Huguenard, Legagneur et Mackiewicz.

©BIU Santé

MM. les médecins aides-majors de première classe : Marchand, Meynier, Mosimann et Stroëbel.

M. le médecin de la marine Dhoste, à Karikal.

MM. les officiers de santé : Bailliez, à Harnes ; Casteil, à Palaudel-Vidre ; Gaubet fils, à Saman ; Guillorier, à Combourg ; Johnston, à Châteaulin et Roger, à Plouigneau.

Mmes les sages-femmes : Allevent, à Avallon ; Augé, veuve Cabau, à Massa ; Blanchard, à Poitiers ; Cambray, à Toulon ; Chabrie, à Chapdes-Beaufort ; Chapuis, femme Morrier, à Lompnes ; Chauffour, à Miramont ; Chercuite, à Nogent-sur-Seine ; Coley, femme Derud, à Besançon ; Colleu, à Clermont-de-l'Oise ; Cossin, femme Genot, à Mirecourt ; veuve Dauvillers, à Soissons ; Delbrel, à Périgueux ; Doléans, à Voves ; Duniat, à Mézières ; Dupré, à Luz ; Faucheron, née Boucherie, à Bazoges-en-Pareds ; veuve Feiqueneisel, à Constantine ; Fournier, à Amiens ; Fréchou, à Tarbes ; Frès, à Langogne de Lozère ; Gassin, à Toulon ; Grenier, femme Coq, à Objat ; veuve Grossemy, à Saint-Quentin ; Heu, à Cirès-les-Mello ; Jacob, à Meaux ; Jouvert, femme Charlon, à Issoudun ; Laffitte, à Castres ; veuve Lailler, à Pont-Audemer ; Lassalle, à Valence ; Laudren, à Lorient ; Lavrilleux, à Vierzon-Ville ; Leclerc, à Alençon ; Legrandjacques, femme Rogé, à Fromeréville ; Lutckiewicz, née Depomme, à Saint-Germain-les-Belles ; Magot, à Troyes ; Phélut, à Égliseneuve-d'Entraigues ; Porinot, femme Cariat, à Trévoux ; Riboux, née Cotella, à Romorantin ; Roméo, à Bourgueil ; Ronné, à Laval ; Rossi, à Ajaccio ; Roulet, à Vallières ; Roussel, à Saumur ; Thibaud, à Saint-Germain-Laval ; Thomas, veuve Lançon, à Saint-Claude ; Tourneur, à Essonnes ; Vidaline, à Saint-Cernin.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital de la Charité est composé ainsi qu'il suit :

MM. Gaucher, chef des travaux de physiologie pathologique ; Esbach, chef des travaux chimiques ; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Le personnel du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital Necker est composé ainsi qu'il suit :

MM. Richardière, chef des travaux d'anatomie pathologique ; Martinet, chef des travaux chimiques.

Hôpitaux de Grenoble. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Comte, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Société médico-pratique. — Séance du 27 décembre 1886. — *Ordre du jour.* : 1. Rapports de MM. Le Bec et Paul Chéron sur les candidatures de MM. Wickham et Cochez. — 2. M. Huchard : La lésion des artères coronaires dans ses rapports avec la mort subite (observation nouvelle avec autopsie.) — 3. M. Schwartz : Cas de trépanation du crâne pour un enfoncement de la voûte. — 4. M. Dauchez : Deux rougeoles successives à quinze jours d'intervalle. — 5. M. Lutaud : Rapport sur les mémoires envoyés pour le Prix. — 6. M. Cyr : Rapport sur la reconnaissance d'utilité publique et sur les publications de la Société. — 7. Élections pour le renouvellement du Bureau et des Commissions annuelles.

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 à acquérir une **CLIENTÈLE SÉRIEUSE A PARIS** dans un quartier central. — S'adresser au bureau du Journal.

MAISON DE SANTÉ D'AUTEUIL, *20, rue d'Erlanger, Paris.* — Opérations chirurgicales. — Convalescence. — Installation moderne, parc, jardin d'hiver. (Gare d'Auteuil ; bateaux ; omnibus-Madeleine ; tramway-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

SBIU Santé

Sommaire

I. Antonin Martin : Observation de coliques hépatiques sous la dépendance de la menstruation et d'un fibrome utérin chez une femme de 45 ans. — II. Terrier : Ovariotomie incomplète. — Guérison relative. — Persistance d'une fistule. — Généralisation ganglionnaire en voie d'évolution. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — Société médico-pratique. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier.

Observation de coliques hépatiques sous la dépendance de la menstruation et d'un fibrome utérin chez une femme de 45 ans.

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 novembre 1886

Par le docteur Antonin Martin, membre titulaire.

Messieurs,

Dans la séance du 25 octobre 1884 (1), notre distingué collègue, M. Thevenot, vous a lu une observation de coliques hépatiques provoquées par des coliques utérines, observation qu'il a fait suivre de remarques judicieuses, dont je vous demanderai la permission de rappeler une partie.

« Ce que nous savons, disait M. Thevenot, c'est que les coliques hépa-« tiques, deux fois plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, appa-« raissent, en général, aux principales époques de la vie sexuelle. C'est « l'établissement des règles, c'est leur retour périodique, qui s'accompa-« gnent fréquemment de coliques hépatiques. Sénac, Villemin, Cyr, tous « les médecins qui se sont occupés de cette question, notent la coïncidence « des crises avec le retour des règles. »

Cet assentiment unanime des auteurs me paraît complètement confirmé par l'observation suivante.

Mais celle-ci contient un autre élément étiologique des crises de coliques hépatiques sur lequel j'attirerai votre attention : la compression des organes abdominaux, et notamment la compression directe ou indirecte du foie, de l'appareil biliaire et du système de la veine porte par une énorme tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite et remontant près du foie.

Deux autres facteurs que nous signalerons, en outre, dans l'observation suivante, c'est la vie sédentaire professionnelle de la malade et la constipation qui en était le résultat, auxquelles il faut ajouter une peine morale excessive.

Se rangeant pour une fois à l'opinion du docteur Villemin relativement à l'influence des affections utérines sur la production des crises de coliques hépatiques, M. Thevenot vous relatait, dans la séance précitée, l'observation d'une métrite catarrhale s'accompagnant de crises de coliques hépatiques qui survenaient à l'époque des règles.

Notre observation vous démontrera combien est fondée l'influence que l'on attribue aux souffrances utérines sur la production de la lithiase biliaire :

Mme B..., 45 ans, mercière, rue Wattignies, 13, de très petite taille, d'un tempérament sanguin, toujours bien réglée, toujours constipée; n'a jamais eu d'enfants, ni de rhumatismes, ni d'autres affections.

En 1875, vers la fin de février, elle est atteinte, *quelques jours avant ses règles*, d'une crise bénigne de coliques hépatiques qu'elle prit pour une indigestion.

(1) *Union médicale*, 13 mars 1883.

©BIU Santé

En mai, même année, encore deux ou trois jours avant les règles, nouvelle crise plus violente qui dure quatre ou cinq heures. Les règles viennent comme d'habitude.

Jusqu'en 1879, la malade n'éprouve plus rien. Mais, du 3 au 4 mars, sous l'influence d'une cause morale très pénible (la malade venait de perdre son mari, ouvrier charpentier, tué en tombant d'un échafaudage), une crise violente éclate, coïncidant cette fois avec les menstrues qu'elle accompagne.

Rien de nouveau jusqu'en 1883. En janvier et février de cette année 1883, deux crises; une troisième au mois d'août. La malade remarque qu'elles surviennent, presque toujours, deux ou trois ou quatre jours avant l'arrivée des règles, parfois pendant leur durée.

Appelé à la soigner, je constatai à cette époque une tumeur ovoïde, occupant presque tout le flanc droit, commençant à 0,06 au-dessus du pubis, d'une hauteur de 0,20 à 0,21 centimètres sur 0,17 de largeur et séparée seulement du foie (la malade étant de très petite taille) par un espace variant de 0,06 à 0,07 centimètres. Au palper, cette tumeur est mobile, indolore. Le toucher permet de constater qu'elle fait corps avec l'utérus. Le col est sain, pas de fongosités ni d'ulcérations; pas de douleurs ni dans le ventre, ni dans les reins. La malade se refuse à un examen au spéculum, du reste peu nécessaire.

Le foie déborde les fausses côtes d'environ 0,05 à 0,06 centimètres. La malade éprouve quelques troubles gastriques de peu d'importance, de la dyspepsie flatulente.

En 1884, dans les premiers jours d'avril, une crise violente éclate; puis trois autres dans l'espace de six semaines, du mois d'août au mois de septembre de la même année.

Les crises ne reparaissent plus qu'en 1885, au mois d'août, c'est-à-dire un an plus tard. C'est alors qu'une crise violente, suivie chaque jour de plusieurs autres, éclate deux jours avant le retour des règles.

En février, mars et avril 1886, cinq crises nouvelles, avant ou pendant les règles.

Le 12 mai, crise excessivement violente; les menstrues apparaissent le 16.

Les 13 et 14 juillet derniers, deux crises violentes coup sur coup, pendant les règles qui ont apparu le 13 et ont duré huit jours sous forme de perte.

En août, nouvelle crise très violente; les règles apparaissent à peine.

En septembre, elles ont manqué; c'est à peine si le linge a été taché; néanmoins elles ont été précédées d'une nouvelle crise.

Mais le 20 septembre éclate, cette fois très violente, une crise de coliques hépatiques; elle précède d'un jour une métrorrhagie excessive qui ne cède qu'après six jours de durée, à de fortes doses d'ergotine d'Yvon, à l'eau de Babel, aux compresses d'eau froide et au repos au lit. La malade en sort presque exsangue ayant refusé absolument le tamponnement.

Les 24, 25 et 26 septembre, trois nouvelles crises.

Les 1er, 8 et 15 octobre, trois crises encore, la dernière surtout a été très cruelle; les règles n'ont plus reparu.

Le 18 octobre, une petite crise de trois quarts d'heure de durée; le 25, une crise encore plus légère.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, 12 novembre, le malade n'a plus rien éprouvé; elle est gaie, mange bien; ses règles n'ont plus reparu; elle désire bien ne plus les revoir, et pour cause.

Je ne vous ai pas parlé du traitement qui a consisté, pour les coliques hépatiques, en boissons alcalines, régime approprié, térébenthine, huile de Harlem, remède de Durande, badigeonnage de teinture d'iode, bains, purgatifs; et, pour la tumeur, un vésicatoire, teinture d'iode, emplâtre de Vigo, ergotine d'Yvon à l'intérieur.

Depuis la métrorrhagie, celle-ci a diminué de 0,03 à 0,04 centimètres en hauteur, de 0,03 en largeur. Est-ce sous l'influence du traitement, ou plutôt sous l'influence de la décongestion produite par cette métrorrhagie, ou encore par l'absence de la fluxion périodique vers l'organe? Je crois à l'influence de ces trois facteurs.

Pour moi, il est évident qu'il n'est pas besoin d'insister sur la démons-

BIU Santé

tration que nous apporte cette observation : relation intime existant entre l'apparition des crises de coliques et celle des règles.

En second lieu, doit-on admettre que les crises si fréquentes, si douloureuses qui désolaient notre malade, étaient dues à la souffrance utérine produite par le fibrome, ou à la compression des organes abdominaux et notamment du système hépatique qu'il exerçait par son étendue, surtout si l'on tient compte de la taille exiguë de la malade?

Les règles cessent, le fibrome diminue, les coliques sont moins violentes et semblent vouloir être moins fréquentes.

La conclusion nous semble facile à tirer..

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

Ovariotomie incomplète. — Guérison relative. — Persistance d'une fistule. — Généralisation ganglionnaire en voie d'évolution.

La nommée Poteau (Augustine), âgée de 38 ans, modiste, entre, le 1er mai 1884, à la salle Chassaignac, lit n° 7.

Antécédents. — Il y a six ans, cette femme fit un séjour de trois mois dans le service de M. Laboulbène; elle y entra pour une perte sanguine très abondante; cette perte persista pendant six semaines et s'accompagna de douleurs vives à l'hypogastre et dans les lombes; par le palper, on reconnut dans le bas-ventre une masse qui fut prise pour une tumeur fibreuse utérine.

A l'époque où la métrorrhagie tendait à disparaître, le malade contracta une scarlatine qui se compliqua d'un érysipèle de la face et d'un écoulement purulent par les deux oreilles.

Quand la malade quitta l'hôpital, les règles avaient repris leur cours normal, et, depuis, elles ont toujours été exactes.

Peu à peu la constipation s'établit, elle devint très opiniâtre et l'est encore aujourd'hui. Les digestions ont toujours été assez faciles, mais la malade est prise fréquemment de nausées le matin à son réveil; elle rejette souvent même des matières muqueuses ou bilieuses. La miction n'a jamais été troublée.

Jusqu'alors l'affection avait évolué assez silencieusement; elle ne s'était manifestée que par une métrorrhagie; mais, depuis deux ans, la marche est tout autre. Le ventre a un peu grossi, il est surtout devenu très douloureux; des irradiations très pénibles partent de la fosse iliaque gauche et vont se perdre dans la racine de la cuisse correspondante et dans les lombes, aussi la marche est-elle très difficile, surtout depuis quelques mois; ces souffrances et le mauvais état du tube digestif ne tardèrent pas à altérer la santé de la malade et à produire un amaigrissement considérable.

En novembre 1882, la malade est examinée par M. Trélat qui diagnostique une tumeur fibreuse et rejette l'intervention. Ensuite, elle entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Péan; on fit le même diagnostic et on garda la malade *six mois* sans l'opérer.

Les règles s'établirent à l'âge de 17 ans, et la menstruation fut toujours régulière avant comme après la perte. Cette femme se maria à 18 ans, elle eut un enfant à terme et vivant à l'âge de 29 ans.

Etat actuel. — Le ventre est à peine développé et d'aspect normal; il existe une légère saillie à l'hypogastre.

La palpation fait reconnaître une tumeur grosse comme une tête d'enfant, située au-dessus du pubis, et débordant de tous côtés la région hypogastrique. Cette tumeur remonte jusqu'à l'ombilic et empiète dans les fosses iliaques, surtout la gauche. Elle est sensible, mobile, lisse, dure et rénitente. A égale distance de l'ombilic et du pubis existe un petit lobe de la grosseur d'une amande et faisant corps avec la tumeur.

La matité occupe tout l'hypogastre, remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous

©BIU Santé

de l'ombilic, elle s'étend à la partie interne des deux fosses iliaques, surtout de la gauche. La sonorité occupe le reste de l'abdomen qui est un peu ballonné.

Le col est dévié et regarde la concavité du sacrum, il est absolument immobile; le cul-de-sac latéral droit est en partie rempli par la tumeur, le cul-de-sac gauche est libre, il est rétréci par l'utérus dont le col se dirige vers lui. La cavité utérine a 5 centimètres de profondeur.

Le toucher rectal fait sentir une masse dure qui fait une saillie considérable et aplatit le rectum contre le sacrum; cette saillie est immobile, elle paraît appartenir à la tumeur développée et immobilisée par des adhérences dans l'excavation pelvienne.

Une ponction faite le 3 mai retire un litre et demi d'un liquide brun, très visqueux et très mousseux. Les douleurs et surtout les irradiations s'apaisèrent à la suite de cette évacuation; le liquide s'est reproduit très lentement. Le 20 mai, la tumeur était encore bien moins volumineuse qu'avant la ponction, mais déjà les douleurs irradiées reparaissaient; vers le 10 juin, la malade se trouve dans le même état qu'avant la ponction, les douleurs ont recouvré toute leur intensité.

Opération le 17 juin 1884, avec l'aide de MM. J. Championnière, Berger et Schwartz.

Le ventre est très peu saillant, l'incision médiane sous-ombilicale saigne pas mal, la paroi est rapidement incisée et le péritoine est ouvert avec le bistouri, puis à l'aide des ciseaux mousses.

A ce moment surviennent des vomissements et la malade expulse par sa plaie une grande quantité d'intestin grêle et d'épiploon. Ce dernier adhère au kyste par un point qui est sectionné après ligature au catgut. Les vomissements calmés, on réduit peu à peu l'intestin et l'épiploon, puis on maintient le tout avec une compresse et une large éponge.

Le kyste est ponctionné, sa paroi est fort épaisse, et on retire quatre litres environ de liquide citrin un peu sanguinolent.

La tumeur, qui s'affaisse peu vu l'épaisseur de ses parois, est saisie avec des pinces à kyste et on cherche à l'énucléer et à l'attirer au dehors.

Une adhérence étendue avec le côlon descendant et l'S iliaque, dissociée saigne beaucoup; on y place trois ligatures de catgut sur des artérioles. On voit alors qu'absolument adhérente aux bords supérieurs et gauches de l'utérus, la tumeur plonge dans le bassin. On essaye de l'énucléer du bassin, mais sans y parvenir; il faut donc s'arrêter et faire une opération incomplète.

Je cherche l'ovaire droit, sans parvenir à le trouver, la tumeur me paraissant formée per l'ovaire gauche, inclus dans le ligament large correspondant et adhérent au bord gauche de l'utérus.

Devant la nécessité de pratiquer une opération incomplète, je passai un fil de soie au niveau de l'angle utérin, et je liai une partie du pédicule vasculaire de la tumeur laissée en place. Ceci fait, je suture toute la partie supérieure de l'incision abdominale pour éviter l'issue incessante des intestins; six fils d'argent sont ainsi placés jusqu'au kyste; le septième fil comprend la paroi abdominale et la paroi du kyste. En bas, à la partie inférieure de la plaie abdominale, un autre fil comprend aussi la paroi et le kyste.

Enfin celui-ci, réséqué et ouvert, est fixé par quatorze points de suture aux lèvres de la plaie de l'abdomen.

La cavité du kyste est lavée avec le chlorure de zinc et on en retire une grosse végétation presque sessile; on y place trois gros drains qui pénètrent à 10 centimètres de profondeur.

Pansement de Lister complet. L'opération a duré une heure un quart.

Le 17. — Soir : Quelques coliques, des nausées, un vomissement. Il se fait par la plaie nn suintement sanguin assez abondant. Temp. 38°, pouls 102, resp. 32. Glace, champagne, 0,02 centigr. de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées par demi-centigramme.

Le 18. — Matin : Pas de vomissements depuis hier. Nuit assez bonne.

Le pansement est fait sous le spray. Lavage de la poche avec la solution de sulfate de cuivre. Temp. 38°, pouls 90, resp. 28. — Soir : Le suintement sanguin est très léger; quelques nausées, un vomissement; quelques coliques cédant après l'émission de gaz

BIU Santé

par l'anus. Quantité d'urine dans les vingt-quatre heures : trois quarts de litre. 0,01 centigr. de morphine. Temp. 38°2, pouls 96, resp. 31.

Le 19. — Matin : Quelques nausées, pas de vomissements; sensibilité au creux épigastrique; quelques coliques; pas de ballonnement. Emission de gaz par l'anus. Léger suintement par la plaie; le pansement est renouvelé; la plaie est lavée, comme la première fois, avec une solution de sulfate de cuivre au centième. Du sang s'écoule par le vagin; les règles ne devaient apparaître que le 26 juin; cet écoulement a été précédé de fortes coliques et de douleurs lombaires. Temp. 37°6, pouls 80, resp. 24. — Soir : Douleurs assez vives dans le ventre et les reins; éructations pénibles; subictère des conjonctives. L'écoulement par le vagin continue. Urine : 1 litre. Temp. 37°8, pouls 94, resp. 30

Le 20. — Matin : L'épigastre est moins sensible; quelques coliques; émissions gazeuses par l'anus. L'ictère est assez intense. L'écoulement vaginal diminue. Le pansement est renouvelé pour la troisième fois; on enlève un fil profond et un fil superficiel. Temp. 37°2, pouls 76, resp. 22. — Soir : Temp. 37°6, pouls 80, resp. 24. Urine : 1 litre. Depuis ce jour, le pansement est fait tous les jours. Un potage; la moitié d'un œuf.

Le 21. — Matin : Temp. 37°4, pouls 76, resp. 21. La malade se sent fatiguée, a eu des cauchemars cette nuit. Deux fils profonds sont enlevés. — Soir : Temp. 38°, pouls 84, resp. 25. Urine : 1 litre un quart. Fin des règles.

Le 22. — Matin : Temp. 37°2, pouls 70, resp. 19. Les six fils situés au-dessus de l'orifice, plus un de la circonférence, sont enlevés. — Soir : Temp. 37°6, Urine : 1 litre un quart.

Le 23. — Matin : Trois fils profonds sont enlevés. La poche s'est déjà considérablement rétractée; il n'existe plus que le trajet des drains.

Depuis ce jour, la malade va bien; le 9 et le 10 juillet, elle ressentit des douleurs très vives dans l'épigastre et les flancs, mais bientôt les vomissements cessèrent et la marche vers la guérison a été prompte.

La malade sort guérie le 2 août 1884; il n'existe plus qu'un petit trajet fistuleux de 8 à 10 centimètres. Elle part pour l'Angleterre.

Revue le 13 janvier 1885. Le trajet fistuleux persiste; il est profond de 8 à 10 centimètres. Il s'en écoule du liquide sirupeux. Quant à l'état général, il est bon. La cicatrice est normale.

Le 5 mars 1885, Mme D... revient à l'hôpital se faire examiner : la plaie est cicatrisée; toutefois, à sa partie inférieure, existe un petit bourgeon charnu, analogue à une végétation kystique, qu'on excise d'un coup de ciseaux et dont on cautérise le pédicule. Ce bourgeon cachait l'orifice d'un étroit trajet dans lequel on peut faire pénétrer une petite bougie jusqu'à 9 centimètres de profondeur. Pas de suppuration. Etat général excellent.

En août 1885 (le 20), Mme D... entre dans mon service, elle souffrait beaucoup de douleurs abdominales; de plus, le trajet fistuleux donnait issue à une notable quantité de pus fétide. L'état général paraissait très altéré par suite de cette suppuration.

Il fut introduit un tube à drainage dans le trajet fistuleux, après sa dilatation avec de la laminaire, et on y fit régulièrement des injections antiseptiques. Toutefois, la désinfection fut longue à obtenir et les douleurs persistèrent très tenaces. Le trajet avait 11 à 12 centimètres.

Au mois de janvier 1886, des injections de chlorure de zinc furent faites dans le trajet fistuleux, tous les deux jours; elles déterminèrent les douleurs et l'élimination d'une partie de la paroi kystique sous forme de grumeaux grisâtres.

A cette époque, les deux fosses iliaques étaient libres et la tumeur n'existait que sur la ligne médiane au niveau de l'utérus. Les deux culs-de-sac latéraux sont libres, sauf à droite, où on constate un peu d'empâtement. Rien en arrière de l'utérus.

Les règles, douloureuses, sont régulières.

La malade sort du service le 30 mars 1886 fort améliorée, mais ayant toujours des douleurs et son trajet fistuleux.

Le 16 novembre 1886, Mme D... revient nous voir. Son état général est médiocre, elle

©BIU Santé

est maigre et affaiblie. Les parois du kyste sont très indurées tout autour de l'ouverture fistuleuse, qui donne un liquide muco-purulent. Les douleurs lombaires et du bas-ventre persistent. Enfin, dans les deux aines, et surtout à gauche, on constate une induration des ganglions lymphatiques de la région. Les règles sont toujours normales.

Au moment de l'opération, la poche kystique ouverte et excisée en partie était fort épaisse et renfermait dans son intérieur des multitudes de végétations peu volumineuses, plus une masse arrondie du volume d'un gros marron qui paraissait libre d'adhérences ou accusant avant un pédicule très fragile.

La partie réséquée du kyste et cette masse pesaient ensemble 130 grammes.

Cette observation, qui mérite d'être encore suivie, vient tout à fait à l'appui d'une proposition que j'ai formulée à la Société de chirurgie, à savoir que les kystes multiloculaires ou végétants, opérés incomplètement, ne guérissent jamais ou presque jamais.

De plus, l'engorgement ganglionnaire survenu dans ces derniers temps, confirme les idées soutenues par mon élève et ami le docteur Poupinel sur la malignité relative des tumeurs ovariques, qui toutes sont des épithéliomas pouvant, dans certains cas, envahir les ganglions et se généraliser.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 décembre. — Présidence de M. Hortelour.

Sommaire : Kyste à grains riziformes du poignet. — Grossesse extra-utérine traitée avec succès par la laparotomie. — Préparation des éponges dans les opérations d'ovariotomie, et, en général, dans toutes les opérations intéressant la cavité abdominale. — Présentation de malades : suture du nerf médian, réunion ; — de pièce pathologique : végétations du prépuce prises pour un chancre ou un épithélioma. — Rapport sur plusieurs observations de taille hypogastrique. — Présentation d'appareil pour le traitement du pied bot. — Procédé pour mettre plus facilement et plus sûrement les médicaments en contact avec le col de l'utérus et la cavité vaginale. — Désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du fémur, guérison. — Elections pour le renouvellement du bureau.

M. Terrillon rappelle qu'il y a un mois environ, il présenta un malade qu'il avait opéré d'un kyste à grains riziformes du poignet, avec fongosités nombreuses couvrant la paroi du kyste. L'examen microscopique n'avait révélé la présence d'aucun bacille de la tuberculose. Pour compléter le diagnostic, on fit, il y a un mois, l'inoculation de la matière des fongosités à un lapin. Or, cet animal est mort, et l'autopsie a montré les organes farcis de tubercules. Ainsi s'est vérifiée l'assertion de M. le professeur Trélat qui avait déclaré, lors de la présentation du malade, qu'il s'agissait là d'une tumeur tuberculeuse, attendu que dans tous les cas de kystes à grains riziformes, qu'il avait opérés depuis la communication de M. Nicaise sur ce sujet, la nature tuberculeuse de la maladie avait toujours été confirmée, soit par l'examen histologique, soit par les expériences d'inoculations.

— M. Bouilly communique l'observation de grossesse extra-utérine traitée avec succès par la laparotomie dont il avait parlé dans la dernière séance à l'occasion du rapport de M. Championnière.

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui se présenta à la maternité, à la fin de juin, se disant enceinte depuis la fin de novembre ou le commencement de décembre 1885. Elle a senti remuer, et son ventre a augmenté sensiblement de volume depuis le mois de janvier.

Dans le courant de juin, elle a cessé de sentir remuer, et, trois jours après, il s'est produit une montée de lait très manifeste. Les seins ont augmenté de volume et le lait a coulé spontanément pendant deux jours.

©BIU Santé

A l'entrée de la malade, le 4 juillet, l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine est rendue probable par l'examen des seins encore très développés, avec une aréole très foncée, et d'où la pression fait sourdre une assez grande quantité de lait. Elle est corroborée par le résultat nul d'une ponction faite avec le trocart Potain, qui ne donne issue à aucun liquide, sauf quelques gouttelettes de sang.

Le 8 juillet et le jour suivant, des phénomènes douloureux s'accusent du côté du ventre, avec des vomissements, un ballonnement abdominal, une altération des traits, une petitesse et une fréquence du pouls qui indiquent un certain degré de péritonisme; un écoulement glaireux et sanguinolent a lieu, en outre, par l'orifice utérin.

M. Bouilly ne doute pas qu'il soit en présence d'un faux travail et de phénomènes de péritonite au début, déterminés par la présence de la tumeur abdominale, quelle qu'elle soit, grossesse extra-utérine ou néoplasme. La marche rapide des accidents, la crainte de voir la péritonite s'étendre et se généraliser, le font se décider à une intervention immédiate.

Une incision sur la ligne blanche permet de retirer un fœtus volumineux très macéré, sans mauvaise odeur, pesant 1,726 grammes. Des tractions modérées exercées sur le cordon font voir que la masse placentaire est fortement adhérente aux parois du bassin; M. Bouilly n'hésite pas à la laisser en place.

Lavages à l'eau phéniquée au 1/40e dans toute la région opératoire. Lavages à l'eau très chaude dans toute la cavité du petit bassin pour arrêter l'hémorrhagie provenant des tentatives de décollement placentaire et pour débarrasser la région du sang et des liquides accumulés; drainage et fixation des drains et du cordon ombilical à la partie inférieure de la plaie.

Le placenta s'élimine lentement et par parcelles à peine appréciables; l'état général est très bon.

A partir du 7 août, la malade se lève chaque jour; elle va et vient comme en pleine santé.

Le 10 août, un des gros tubes est supprimé. Le 30, la malade sort avec un trajet insignifiant de 1 centimètre environ de profondeur. On ne sent plus rien dans le cul-de-sac vaginal; la santé est parfaite.

M. Bouilly appelle l'attention sur les points suivants : 1° difficultés du diagnostic; 2° nécessité de trancher ces difficultés le bistouri à la main, dès que se manifestent des phénomènes péritonéaux inquiétants; 3° siège de la grossesse, qui semble s'être développée au milieu des anses intestinales; 4° préférence indiscutable à accorder à la laparotomie, en pareil cas; 5° nécessité d'abandonner à la nature l'élimination du placenta dont le décollement immédiat peut donner lieu à des hémorrhagies difficiles à réprimer; 6° bénignité relative de toutes ces opérations pratiquées en temps opportun avec les précautions voulues.

— M. Terrier, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon sur une série de 35 ovariotomies, rappelle qu'à M. Vercamer, interne en pharmacie à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrier, en 1879, revient le mérite d'avoir, le premier, effectué la préparation des éponges comme le recommande M. Terrillon.

Cette préparation est née à la Salpêtrière, au moment où M. Terrier y installa un service d'ovariotomie. Elle a fait son tour d'Allemagne, d'où elle nous est revenue comme étant née à Vienne et destinée à être utilisée par les chirurgiens français, qui cependant s'en servaient depuis cinq ans!

— M. Périer fait un rapport sur plusieurs observations de taille hypogastrique adressées l'une par M. le docteur Bois, chirurgien en chef de l'hospice d'Aurillac, la seconde par M. le docteur Pipet de Besse, la troisième et la quatrième par M. le docteur Mouchet (de Sens). Après un court résumé de ces observations, M. le rapporteur relève certains points qui lui paraissent mériter attention.

Les suites de l'opération n'ont pas été les mêmes dans tous les cas. Chez deux opérés, les choses se sont passées très simplement; chez l'un, il y a eu des accidents fébriles et de la suppuration dus à l'absence de précautions antiseptiques. Enfin, l'un des malades

©BIU Santé

a succombé; il avait des calculs multiples et volumineux. L'un d'eux n'a pu être extirpé qu'après vingt minutes d'efforts, tellement son adhérence à la vessie était intime.

Chez aucun des malades, on n'a tenté la suture de la vessie, mais le drainage n'a pas été pratiqué de la même manière dans tous les cas.

Le drainage de M. Demons, par l'urèthre et la plaie, n'a contre lui que l'intolérance manifestée quelquefois par l'urèthre pour les sondes à demeure; on peut alors voir survenir des accidents qui obligent à interrompre trop tôt son emploi, sinon il y a des suppurations interminables.

Dans le drainage par la plaie abdominale, pour que les deux tubes adossés fonctionnent convenablement, il y a deux conditions fondamentales : 1° l'urine doit pouvoir s'engager facilement dans les tubes; 2° elle ne doit pouvoir s'écouler que par les tubes. Il faut donc fermer suffisamment la plaie à leur pourtour; avec de bons crins de Florence en quantité suffisante, on obtient toujours ce résultat. Mais on comprend alors combien il est indispensable que l'urine puisse s'engager facilement dans les tubes. Pour cela, il faut que les tubes soient bien percés dans leur partie vésicale; mais il faut encore et surtout qu'ils ne soient pas suturés à la peau. Dans deux cas qui lui sont personnels, l'expérience a été si nette que M. Périer ne conserve aucun doute à ce sujet.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° d'adresser des remerciements aux auteurs des quatre observations; 2° d'inscrire leurs noms sur la liste des candidats à la place de correspondant, en faisant une mention spéciale pour M. le docteur Mouchet (de Sens) qui a déjà adressé de très intéressantes communications. (Adopté.)

— M. Monod présente un malade, auquel la suture du nerf médian a été pratiquée par M. Bouisson, interne dans son service à Ivry. Cette observation concorde avec les données classiques, d'après lesquelles le bout périphérique d'un nerf coupé dégénère.

Il a fallu une recherche exacte de l'état de la sensibilité, faite à l'aide de l'expérience des deux pointes, dont M. Tripier a signalé l'importance, pour établir que les sensations perçues par le malade n'étaient point dues à une régénération précoce du nerf médian, mais seulement à une sensibilité d'emprunt.

L'existence de la réaction de dégénérescence et plus tard l'atrophie évidente des muscles de l'éminence thénar montrèrent le bien fondé de cette manière de voir.

Il a paru à M. Monod qu'il était intéressant de mettre ce fait en évidence, au moment où les observations récentes de M. Tillaux, qui sont en opposition avec les idées reçues, ont remis à l'étude la question du mode de régénérescence des nerfs.

— M. Monod met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique relative à des végétations simples du prépuce, chez un individu atteint de paraphymosis, végétations qui ont fait hésiter le diagnostic entre un chancre et un épithélioma.

— M. Monier (?) présente un nouvel appareil pour le traitement du pied-bot.

— M. Bédard expose un procédé pour faciliter l'application des médicaments au col de l'utérus. (Comm. : M. Anger.)

— M. Le Bec présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation de la hanche pour un ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur. La guérison de l'opéré est parfaite.

— La Société procède par la voie du scrutin à l'élection des membres du bureau pour l'année 1887. Sont élus : Président, M. Lannelongue; vice-président, M. Polaillon; premier secrétaire, M. Terrillon; deuxième secrétaire, M. Nepveu; trésorier, M. Schwartz; bibliothécaire, M. Terrier; ces deux derniers par acclamation. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 décembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Guyot présente à la Société un malade au sujet duquel il sollicite l'avis de ses collègues. C'est un homme qui, bien portant jusqu'en 1881, indemne de tout antécédent

©BIU Santé

héréditaire, a éprouvé à cette époque des accidents dyspeptiques. Ceux-ci se sont continués jusqu'en 1884, date à laquelle est apparue une tuméfaction de l'hypochondre droit. Au point le plus saillant, une ponction faite par M. Quénu a donné issue uniquement à une certaine quantité de sang. Le foie est resté cependant volumineux, s'étendant depuis la région mamelonnaire jusqu'à l'ombilic.

— M. Féréol a lu un rapport sur un travail que M. F. Glénard (de Lyon) avait adressé à la Société dans le cours de l'année, et dans lequel il proposait, pour guérir beaucoup d'accidents neurasthéniques ou dyspeptiques, liés d'après lui à l'entéroptose et à d'autres ptoses des viscères abdominaux, l'usage de ceintures ventrières destinées à soutenir les viscères.

— M. Debove rappelle que le diagnostic du cancer latent est environné des plus grandes difficultés, que les Allemands emploient depuis longtemps pour éclairer ce point obscur de la clinique certaines recherches chimiques relatives à la présence ou l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Cet acide ferait toujours défaut, dit-on en Allemagne, lorsqu'il existe un cancer.

M. Dujardin-Beaumetz a été le seul à signaler en France ces travaux allemands. M. Debove a lui-même été longtemps sceptique à leur égard; pourtant, dans un nombre déjà important de cas, il n'a jamais trouvé en défaut le signe indiqué par les Allemands. Il présente à la Société, à l'appui de son affirmation, un homme qui est atteint de dyspepsie depuis longtemps, et dans le suc gastrique duquel on n'a jamais trouvé d'acide chlorhydrique. Or, il y a peu de temps, une tumeur est devenue perceptible dans la région épigastrique, et il est certain que cet homme est atteint d'un cancer, bien qu'il n'ait pas encore l'aspect cachectique.

M. Debove espère que ses collègues voudront bien se mettre à rechercher de leur côté la réaction du suc gastrique chez les dyspeptiques simples et les cancéreux afin que la lumière soit faite définitivement sur la question.

M. Guyot demande quels moyens emploie M. Debove pour faire cette recherche.

M. Debove : Le violet de gentiane en solution à 1/5000e donne une réaction bleue avec l'acide chlorhydrique, et l'orangé Poirier, que M. Beaumetz a indiqué, donne une réaction rouge. Il suffit de faire la réaction sur le liquide retiré de l'estomac par le lavage.

M. Gérin-Roze demande si la réaction de l'acide chlorhydrique existe toujours dans le suc gastrique chez les gens bien portants.

M. Debove répond affirmativement.

La Société élit ensuite M. Millard comme représentant de la Société médicale des hôpitaux au conseil de surveillance de l'Assistance publique en remplacement de M. Moutard-Martin. M. Féréol est élu président et M. Gallard vice-président pour 1887.

P. L. G.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Les deux dernières séances de la Société ont été remplies par des communications des plus intéressantes dont nous allons résumer les principales.

M. Bottey fait connaître un cas de *contracture de la jambe droite d'origine paludéenne guérie par l'hydrothérapie et la gymnastique suédoise*. Tout en constatant le grand intérêt du fait, un certain nombre de membres de la Société font ressortir la rareté des contractures causées par l'infection miasmatique, et ne regardent pas l'observation de M. Bottey comme absolument concluante.

M. Blocq rapporte un cas de *cancer primitif de la colonne vertébrale* et M. Valude donne ensuite lecture de *considérations sur l'asthénopie*.

L'asthénopie, qui se caractérise par des troubles oculaires variés et connus, est une affection complexe qui dépend de plusieurs causes très différentes. Ces causes doivent être soigneusement distinguées et reconnues, car, de leur connaissance, doit découler le traitement.

©BIU Santé

L'asthénopie accommodatrice hypermétropique des jeunes sujets doit être corrigée par le port de verres convexes faibles; c'est la forme ordinaire et classique de l'asthénopie.

Un second genre d'asthénopie est causé par l'insuffisance des droits internes des jeunes myopes; on peut la dire par défaut de convergence et elle devra être traitée par des verres prismatiques à base interne.

Les astigmates présentent parfois aussi des symptômes asthénopiques; ce sera l'asthénopie astigmatique qui sera améliorée par les verres cylindriques propres à corriger l'astigmatisme.

Enfin, on observe, vers 28 à 30 ans, le développement de troubles asthénopiques qui ont lieu au début de la presbyopie. Cette dernière variété, par insuffisance d'accommodation, est l'asthénopie accommodatrice presbyopique, et devra être traitée comme la première des quatre variétés, par les verres sphériques convexes faibles employés pour la vision rapprochée.

— M. Paulin communique le résultat de ses recherches sur l'*emploi de la cocaïne dans les opérations dentaires*. Il est parvenu à opérer l'extraction des dents sans douleur appréciable en se servant d'une solution contenant 1 gramme de cocaïne pour 6 grammes d'eau distillée. Sur la gencive, à quelques millimètres de l'insertion sur le collet, il fait deux à quatre piqûres, selon le volume de la dent qu'il faut extraire. Plusieurs piqûres avec peu de liquide sont supérieures à une seule qui en contiendrait davantage, et un quart de seringue, c'est-à-dire 3 à 5 centigr. de cocaïne, suffit en général pour une dent. Pour commencer l'opération, il attend que la petite ampoule d'introduction ait disparu, ce qui prend environ cinq minutes. L'anesthésie dure de dix minutes à un quart d'heure, et peut être entretenue, si cela est nécessaire, par des injections répétées toutes les dix minutes. Il survient parfois quelques phénomènes physiologiques; observés par un médecin opéré par M. Paulin, ils ont été résumés par lui de la façon suivante : deux à trois minutes après l'injection, la muqueuse gingivale ne sent plus la langue; des bouffées de chaleur montent à la face en même temps qu'il y a un sentiment de constriction de la tête et de gêne thoracique, et des fourmillements dans les membres supérieurs. Tout cela arrive à son maximum à peu près en cinq minutes, et le patient, sans ressentir de douleur véritable, a conscience de l'effort nécessaire pour l'arrachement, de l'effort de traction.

Pour M. Paulin, quand la sensibilité n'est pas complètement éteinte, cela tient à la mauvaise qualité de la cocaïne ou à l'altération spontanée d'une solution trop ancienne. Dans un cas, il a pu anesthésier toute une moitié de la cavité buccale pour ouvrir le sinus maxillaire et la douleur n'est survenue que lorsqu'il a atteint la muqueuse de ce dernier. Il faut éviter soigneusement de laisser couler la solution dans la gorge.

Ayant fait environ 80 opérations à l'aide de la cocaïne sans avoir d'accidents plus graves que ceux mentionnés ci-dessus, M. Paulin recommande vivement l'emploi du nouvel anesthésique qui doit faire complètement rejeter par les dentistes le chloroforme et l'éther.

— La question de l'*origine équine du tétanos*, qui préoccupe en ce moment la plupart des Sociétés savantes, est ensuite soulevée par M. Roux. Pour lui, si on peut prouver 1° que le tétanos peut se produire à bord d'un navire sur lequel il n'y a aucun cheval; 2° que le tétanos est fréquent dans des régions où il n'y a pas de chevaux, on aura apporté contre l'origine équine du tétanos des arguments sérieux.

Or, les cas de tétanos ne sont pas rares à bord. C'est ainsi que, en 1856, au Gabon, sur le *Tigre*, le docteur Delasalle observa un cas de tétanos chez un matelot; eh bien! à cette époque, il n'y avait pas un seul cheval sur le navire, ni même à terre.

Dans l'Inde, où le cheval n'existe pas, tout au moins dans les campagnes, le tétanos est extrêmement fréquent. De plus, les blessures, même légères, faites par le Tigre, sont presque toujours suivies de tétanos. Il est évident que, dans tous ces cas, on ne peut invoquer l'origine équine pour expliquer la maladie.

A la suite de cette communication, M. Schwartz fait observer qu'actuellement il est bien difficile d'émettre une opinion ferme, et qu'il faudrait que les faits que l'on apporte

©BIU Santé

de côté et d'autre fussent tous recueillis avec le même soin. Peut-être, dans certains cas, pourrait-on admettre l'existence de ce que M. Verneuil a appelé microbisme latent. M. Barette cite ensuite deux faits favorables à l'origine équine et M. Ory raconte un cas des plus intéressants qui prouve à quel point les observations doivent être recueillies avec conscience : Une femme travaillant dans une cour reçoit sur la tête un pot de fleur qui lui fait une légère blessure du cuir chevelu; en quarante-huit heures, elle meurt du tétanos. Dans cette observation, l'origine équine semble devoir être écartée d'emblée; eh bien ! il n'en est rien, car, depuis longtemps, la terre que contenait le pot était de temps à autre mélangée avec du fumier de cheval. — P. C.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 16 au 24 décembre 1886.

Jeudi 16 décembre. — M. Barrault : Contribution à l'étude du rétrécissement sous-aortique. (Président, M. Peter.) — M. Fauvelle : Formes cliniques de la pneumonie. (Président, M. Brouardel.) — M. Gilly : Lymphadénie intestinale. (Président, M. Brouardel.) — M. Callamand : Du rôle de l'eau dans la nutrition. (Président, M. Proust.) — M. Dartayet : Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin. (Président, M. Proust.) — M. Pigelet : De quelques cas de danse de Saint-Guy et de leur traitement. (Président, M. Proust.)

Vendredi 17. — M. Noury : Considération sur le traitement des fractures du membre inférieur, et en particulier des fractures de la cuisse à bord des bâtiments de l'Etat. (Président, M. Guyon.) — M. Guyard : Du traitement des affections pulmonaires par le gaz sulfo-carboné. (Président, Hayem.)

Samedi 18. — M. Delabarthe : Contribution à l'étude de la période dite latente du rétrécissement blennorrhagique. (Président, M. Brouardel.) — M. Couzefeyte : De l'antisepsie dans l'énucléation du globe oculaire. (Président, M. Panas.)

Lundi 20. — Pas de thèses.

Mardi 21. — M. Barbillian : Etat de la sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu (Recherches cliniques et thérapeutiques). (Président, M. Peter.) — M. Messerer : Des lésions viscérales de l'impaludisme. (Président, M. Ball.) — M. Bondon : Essai sur l'amnésie dans la paralysie générale. (Président, Ball.)

Mercredi 22. — M. Magnin : De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. (Président, M. Trélat.) — M. de Burine : Considération sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement. (Président, M. Lannelongue.) — M. Gilbert Petit : Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation. (Président, M. Charcot.) — M. Fuzerot : Quelques considérations sur l'arthrotomie. (Président, M. Guyon.) — M. de Madec : Traitement chirurgical du cancer utérin. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 23. — M. Schnell : Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse. (Président, M. Vulpian.) — M. Vergez : Recherches sur l'hyperthermie d'origine cérébrale. (Président, M. Vulpian.) — M. Leymarie : Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde. (Président, M. Peter.) — M. Ribet : Des lipomes intramusculaires. (Président, M. Duplay.) — M. Pallier : Des fièvres palustres observées à Madagascar. (Président, M. Brouardel.) — M. Laforesterie : Essai historique et critique sur les kystes dentaires. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 24. — M. Pailhas : Les élévations de la température, périodiques, à long intervalle, à l'état normal et dans les maladies. (Président, M. Béclard.) — M. Foucher : De la contracture secondaire des muscles de la face. (Président, M. Damaschino.) — M. Martin : Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique. (Président, Damaschino.) — M. Jouet : Des lymphangites et adénites tardives. (Président, M. Trélat.) — M. Chevassu-Périgny : Résection du poignet. (Président, M. Guyon.)

Vacances jusqu'au 3 janvier 1887.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine. — La Faculté de médecine vient de dresser comme il suit la liste de présentation des candidats à la chaire de pathologie interne ; en première ligne, M. Dieulafoy ; en deuxième ligne, M. Straus ; en troisième ligne, M. Duguet

Nous envoyons au professeur Dieulafoy nos plus vives et amicales félicitations.

— Par décret, en date du 20 décembre 1886, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin principal de première classe : Raoult.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe : Guérin et Balley ; — M. le médecin principal de deuxième classe : Paoli ; — MM. les médecins-majors de première classe : Guyon, de Bourilhon et Hass ; — M. le pharmacien-major de première classe : Aubry ; — M. le docteur Beauchef, médecin au Prytanée militaire.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe : Ocana, Annesley, Laurent, Montané, Julié et Cazalas ; — MM. les médecins-majors de deuxième classe : Mestrude, Chouet, Hoingne, Blanc, Henry, Lartigue, Couderc et Yvert ; — M. le médecin aide-major de première classe : Boppe ; — M. le médecin aide-major de deuxième classe : Amat (L.-E.) ; M. le pharmacien-major de première classe : Masson ; — M. le pharmacien-major de deuxième classe : Breuil.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 novembre 1886, sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales, pendant l'année 1884 :

1° *Médailles d'or.* — M. Lacour, pharmacien-major de première classe.

2° *Rappels de médailles d'or.* — MM. les docteurs Caulet et Tillot.

3° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Blanc, Regnault et Senut.

4° *Rappel de médaille d'argent.* — M. le docteur Planche.

5° *Médailles de bronze.* — M. Barthe, pharmacien aide-major de première classe ; MM. les docteurs Belugou et Daudirac.

6° *Rappels de médaille de bronze.* — MM. les docteurs Binet et Cros.

Universités de Prague. — Le nombre des étudiants à l'Université allemande s'est accru de 42. Il monte à 1,496 (contre 1,452 dans le précédent semestre d'hiver). C'est la Faculté de médecine surtout qui a fourni l'augmentation, on remarque au contraire une diminution dans la Faculté de philosophie.

Aux examens de droit de la session d'octobre, 335 candidats s'étaient fait inscrire ; 82 provenaient de l'Université allemande, 253 de l'Université tchèque, 138 ont renoncé à affronter l'épreuve. Sur les 197 qui se sont présentés 32 ont été refusés (dont 45 appartenaient à l'Université tchèque). Plus de la moitié des étudiants (190 sur 335) ont ainsi perdu une année. Ce fait, inouï dans les Universités allemandes, s'explique surtout par la situation que fait aux étudiants de l'Université tchèque l'obligation de subir une épreuve en allemand. C'est pour l'allemand que 20 candidats ont été refusés. — *L'Allgemeine Zeitung* prend l'alarme et fait paraître un article sur le droit en Bohême. On reproche au ministre actuel de la justice le baron Prazak, de « tchéquiser » systématiquement les tribunaux de Bohême. Il est très légitime, dit-on, de rendre la justice aux habitants de la Bohême dans leur langue ; mais il n'est pas admissible que les juristes ignorent l'allemand qui leur est nécessaire pour acquérir une culture juridique, puisque tous les livres de droit d'une valeur scientifique sont écrits en Allemand.

(Revue internationale de l'enseignement.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. Ch. Éloy : Le traitement de l'asphyxie dans le croup par la méthode de O'Dwyer et le tubage du larynx en Amérique. — II. La prévoyance dans le corps médical. — III. Bibliothèque : Nouvelle géographie universelle, la Terre et les Hommes. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Le traitement de l'asphyxie dans le croup par la méthode de O'Dwyer et le tubage du larynx en Amérique.

Il y aura bientôt vingt-huit ans que par la bouche de Velpeau, l'Académie de médecine refusait son approbation aux essais de tubage de la glotte dans le traitement du croup. Depuis ce verdict, une sorte de silence s'était fait sur ce procédé thérapeutique.

De temps en temps, il est vrai, on publiait bien des faits, dans lesquels on y avait eu recours, mais ces tentatives étaient timides et restaient isolées. En ce moment, il n'en est plus ainsi de l'autre côté de l'Océan, et les journaux nous apportent l'écho des discussions dont ce procédé est l'objet entre nos confrères américains.

Le tubage laryngien nous revient donc de l'étranger sous l'appellation de méthode de Joseph O'Dwyer et avec les témoignages cliniques de MM. Dillon Brown, J.-E. Waxkam, Northrup, Hatfield, Dunning et autres. Malgré ce nom nouveau, la méthode est ancienne et possède, est-il besoin de le rappeler, des liens de parenté avec celle de M. Bouchut.

Le tube laryngo-trachéal de M. O'Dwyer diffère, il est vrai, de la virole glottique. Une canule en caoutchouc rouge en forme la partie essentielle : elle mesure un pouce trois quarts à deux pouces, pénètre profondément dans la trachée, et, tout en conservant son calibre, s'élargit latéralement.

Un renflement bulbaire termine son extrémité supérieure, empêche sa chute dans les voies aériennes et assure l'occlusion de son orifice par l'épiglotte durant la déglutition. En outre, ce tube présente dans son plan antéro-postérieur une légère courbure destinée à faciliter l'ingestion des aliments solides ou demi-solides, sans toutefois permettre l'ingurgitation des liquides.

C'est à l'aide d'instruments spéciaux, l'*introducteur* et l'*extracteur*, que l'opérateur met cette canule en place ou la retire. Un fil de sûreté en permet encore l'extraction directe, quand l'introducteur vient à manquer, ou quand, mal engagée dans la trachée, la canule fait fausse route dans l'œsophage. L'emploi de ce fil est temporaire, et l'opérateur doit l'enlever aussitôt après les manœuvres d'introduction.

L'appareil instrumental était plus simple dans la méthode française. La virole d'argent de M. Bouchut mesurait un à deux centimètres ; un bourrelet la maintenait dans l'orifice du larynx. Le tube de M. Loiseau était plus long, il est vrai ; on l'introduisait aussi loin que possible ; mais, dans l'esprit de son inventeur, il ne devait faire obstacle ni à la cautérisation du larynx ni à l'extraction des fausses membranes. Ces appareils ne dépassaient guère les cordes vocales inférieures et l'entrée de la trachée. L'instrument employé par M. O'Dwyer descend plus loin, et pénètre jusqu'au voisinage de la bifurcation bronchique.

On trouve le manuel opératoire du procédé américain dans le *New-York medical journal* d'août et de septembre 1885. M. O'Dwyer y insiste sur les précautions préliminaires à l'opération. Il conteste l'utilité de l'anesthésie

©BIU Santé

pour faciliter les *manœuvres d'introduction*. Il place l'enfant verticalement sur les bras de sa nourrice ou d'un aide, ouvre largement la bouche avec un écarteur placé vers la commissure labiale gauche, fait renverser la tête en arrière, et procède alors à l'introduction de la canule.

L'index de la main gauche sert de guide, accroche l'épiglotte et la soulève. Au moyen de l'introducteur, la main droite porte alors hardiment dans l'orifice glottique la canule trachéale dont l'œillet a été muni du fil de sûreté. Cette manœuvre s'accomplit aisément, paraît-il, et, pour en assurer le succès, M. O'Dwyer conseille, au moment où la canule touche la glotte, de redresser l'avant-bras droit primitivement appuyé sur la poitrine.

L'introduction s'achève : on vérifie la position du tube, en cherchant s'il est entré dans le larynx, ou si, par erreur, il s'est égaré dans l'œsophage. On termine le tubage en enlevant le fil de sûreté.

Quelque heureuse qu'elle soit, cette opération a cependant son lendemain. Introduire un corps étranger dans les voies aériennes n'est pas tout ; il faut ensuite l'en faire sortir. M. O'Dwyer n'a pas méconnu cette difficulté. Il l'attribue à l'indocilité de l'enfant et à la sensibilité des muqueuses. Il l'évite en *pratiquant l'extraction* de la canule avec un instrument spécial et pendant le sommeil anesthésique. Aux inconvénients du tubage, il ajoute donc les dangers de l'anesthésie.

Tout verdict est précédé de considérants. Quels sont donc les arguments cliniques favorables ou défavorables à la méthode de M. O'Dwyer?

Voici des statistiques. Les chiffres sont empruntés à cet observateur et à ses compatriotes. En premier lieu, il signala deux opérations seulement. La première, celle d'un enfant de 39 mois, fut heureuse. Le tube employé mesurait 2 pouces et demi, et avait un diamètre un peu inférieur à celui des canules de la trachéotomie classique. La seconde fut malheureuse. Mais l'enfant avait 16 mois, et, de plus, au moment du tubage, l'infection diphthérique était générale et l'état désespéré. Il survécut vingt-quatre heures.

Deux observations ; c'était peu pour formuler un jugement. Très opportunément, M. Dillon Brown vint compléter ces renseignements, en avril dernier par la publication de douze observations recueillies dans le service de M. O'Dwyer. Cette série comprenait 9 décès, 3 guérisons. On avait opéré sans tenir compte ni de la gravité des cas, ni de l'état général, ni de l'âge des malades; 5 avaient de 5 à 23 mois; 2 étaient tuberculeux et 1 autre rachitique. Le dernier mourut d'éclampsie urémique trois jours après l'opération et la disparition de toute obstruction trachéale.

Au total, en mars 1886, le tubage laryngien avait été pratiqué par M. O'Dwyer dans 14 cas de croup. Il comptait, à cette époque, 4 succès et 10 décès.

Comparons ces résultats avec ceux de ses émules et compatriotes. Les cas opérés sont déjà nombreux, et les statistiques se multiplient rapidement depuis quelques mois

M. Waxkam a publié trois notes sur l'intubation du larynx : en mai 1885, dans le *New-York medical Journal;* en novembre 1885 et en mars 1886, dans le *Chicago medical Journal and Examiner*. La première série comprend 4 échecs et 1 succès; la seconde, 8 décès et 8 guérisons; 10 enfants de cette dernière étaient âgés de 3 à 5 ans, 6 de 16 mois à 3 ans, et 7 présentaient des symptômes d'infection diphthérique; 11 opérés se trouvaient donc dans les conditions où la trachéotomie échoue presque toujours.

BIU Santé

Les statistiques de M. Northrup sont assurément les plus importantes, en raison du soin qu'il a pris de faire contrôler chaque diagnostic par ses confrères, et des détails qu'il a fait connaître dans les *New-York medical Journal* et *New-York medical Record* des 3 avril, 18 septembre et 30 octobre 1886. Il a pratiqué le tubage laryngien 12 fois. 7 enfants succombèrent : 4 par propagation des fausses membranes dans les bronches et 3 par pneumonie ou infection diphthérique. Ils étaient âgés de 25 mois à 7 années.

Cinq guérirent qui, tous les cinq, au moment de l'opération, présentaient les symptômes pathognomoniques de la maladie : exsudats diphthériques laryngés, albuminurie, toux croupale, perturbations respiratoires classiques, dyspnée, assourdissement et absence de murmure vésiculaire. Le plus jeune avait 23 mois et le plus âgé 7 ans.

En vérité, cette statistique serait encourageante. Celle de M. Hance le paraît beaucoup moins, puisque, des 5 cas rapportés à la page 373 du *New-York medicinal Journal* d'octobre dernier, 1 seul se termina par la guérison. Les quatre autres opérés étaient âgés de 5 à 13 mois seulement : ils moururent tous les quatre. L'unique succès est celui d'un enfant de 2 ans et 3 mois : nouvelle confirmation du fait bien connu que, pour le tubage laryngien comme pour la trachéotomie des diphthéritiques, l'âge du malade est un des facteurs essentiels du succès opératoire.

Les cas de M. Hance sont instructifs à un autre point de vue. Ils montrent à la fois la pénétration aisée du tube d'O'Dwyer dans le larynx et son expulsion non moins facile par les efforts de la toux; ils établissent que les fausses membranes envahissent et obstruent parfois sa cavité; ils établissent aussi que l'instrument peut s'égarer; à preuve ce cas où, après la mort, on le retrouva dans l'estomac. Il est vrai qu'on avait négligé l'enlèvement du fil de sûreté qui, par son contact, provoquait des vomissements réflexes.

A ces faits, ajoutons encore le cas d'un enfant de 7 mois qui succomba, et dont l'histoire a été rapportée par M. Hatfield dans les *Archives of pediatrics,* et un autre insuccès sur un enfant de 2 ans 1/2 que M. Dunning a fait connaître en mai 1886, dans le *Journal of American medical Association.* D'autre part, mettons de côté, pour insuffisance de renseignements, les deux échecs de M. Ingraham, que le *Buffalo medical and surgical Journal* signalait en octobre dernier, et totalisons les opérations précédentes.

Leur nombre est de 49, et, parmi elles, les échecs s'élèvent à 31 et les guérisons à 18. Le rapport des succès aux cas opérés est de 2,72 ou de 36 p. 100; moyenne singulièrement favorable, on en conviendra, puisqu'elle surpasserait celle de la trachéotomie dans les statistiques allemandes, égalerait presque celle des médecins de Suisse, et distancerait le chiffre de 33 guérisons sur 100 dans les séries exceptionnellement heureuses d'un maître justement autorisé, M. Cadet de Gassicourt.

Quels que soient les chiffres, la discussion n'est pas close. Je ne m'arrête ni à l'époque de la maladie, ni aux conditions hygiéniques dans lesquelles on opérait. Ce sont des facteurs dont l'influence est bien connue, mais dont il n'a pas toujours été tenu compte.

Quelles sont les probabilités favorables au tubage laryngien, eu égard à l'âge des malades? Cette question possède une importance pratique, puisque les avocats du tubage invoquent sa supériorité sur la trachéotomie avant la troisième année, c'est-à-dire à l'époque où celle-ci ne réussit guère.

©BIU Santé

Voici 14 cas empruntés aux statistiques précédentes. L'âge de 9 des opérés variait entre 5 mois et 5 ans. Dans cette série, trois guérirent. Parmi les 5 autres, qui avaient de 3 à 7 ans, on compte 2 échecs et 3 succès. Voici le témoignage de M. Waxham qui, sur 8 guérisons, en compte 6 avant la troisième année. Voici celui de M. Dillon Brown qui, plus fortuné, observe 6 guérisons sur 8 parmi des enfants ayant moins de 3 ans.

Néanmoins, il serait téméraire, à l'heure actuelle, de tirer de ces chiffres une conclusion ferme, et d'attribuer au tubage une supériorité sur la trachéotomie, pour vaincre l'asphyxie croupale dans les premiers temps de la vie. Les statistiques sont trop restreintes, et le tubage laryngien, malgré les perfectionnements de M. O'Dwyer, en est encore à faire des preuves que la trachéotomie a faites depuis longtemps. Et puis, comment oublier les succès, quoique fort rares, de cette dernière dans ces mêmes circonstance, et les magistrales observations enregistrées par Trousseau et quelques autres? Par contre, une conclusion moins hasardée vient sous la plume : à savoir que le tubage laryngien ne présente ni difficultés invincibles, ni dangers fatalement redoutables.

Les observateurs américains regardent l'introduction de la canule comme relativement aisée, et M. Lewis Smith partage cet optimisme dans un article inséré par l'*International Journal of medical Seiences* d'octobre 1886. Cependant, à en juger par les cas de M. Hance, ce temps de l'opération exige de l'attention et quelque habileté; car si la forme de la canule prévient sa chute dans la trachée, elle ne l'empêche pas toujours de s'égarer dans l'œsophage.

Velpeau redoutait surtout la production d'ulcérations de la muqueuse par le contact prolongé de la virole glottique; et cette opinion était appuyée par des expériences sur le chien. Les médecins américains ne mentionnent pas ces lésions dans les cas où le tube a séjourné dans les voies aériennes durant trois, quatre et même six jours. Malgaigne n'avait donc pas eu tout à fait tort de considérer ce danger comme fort exagéré.

Les avocats du procédé américain énumèrent ses mérites : absence d'écouvillonnage de la canule, facilité d'expectoration, expulsion par la toux des fausses membranes obstruant le tube, humidité suffisante de l'air inspiré, enfin déglutition facile des aliments demi-solides ou solides. Par contre, ils disent trop peu qu'à l'instar de la trachéotomie, cette opération n'entrave pas l'extension des fausses membranes aux bronches, constatée dans les cas mortels de M. Hance, Northrup et autres; que le fil de sûreté inconsidérément laissé en place provoque des nausées et l'expulsion du tube; que malgré sa conformation, le tube peut être chassé par des efforts de toux, et qu'enfin son introduction ne met à l'abri ni des pneumonies consécutives, ni de l'encombrement des bronches par les exsudats.

D'ailleurs, il ne faut pas écouter avec une seule oreille et supposer que l'engouement pour l'*intubation of larynx* soit universellement partagé dans le nouveau monde; témoin les déclarations autorisées de M. C. Jennings dans le dernier numéro du journal *The Americain Lancet*. Les relevés de 11,000 trachéotomies dénombrées par Agnen accusent 30 succès sur 100 opération, tandis que ce rapport exact serait de 25 p. 100 ou tout au plus de 27 p. 100 dans les séries favorables où le tubage fut pratiqué. Cette dernière opération ne possède donc pas une réelle supériorité sur la trachéotomie, et celle-ci conserve le premier rang que Trousseau et les médecins français lui ont assigné.

Ch. Eloy.

©BIU Santé

La prévoyance dans le corps médical.

L'Association médicale mutuelle et les Compagnies d'assurances contre les risques de maladies ou d'accidents.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, le 23 novembre, un appel à la prévoyance des médecins émanant d'une Compagnie d'assurances sur la vie qui s'est adjoint une branche d'assurances contre les risques de maladies ou d'accidents. Après avoir constaté que jusqu'ici la prévoyance n'a pu donner que des résultats insuffisants dans les Sociétés de secours mutuels, le rédacteur rendant un juste hommage aux bienfaits de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine et de l'Association générale des médecins de France, dit : « En ce moment même, une troisième Association qui promettrait à ses membres une indemnité quotidienne en cas d'incapacité professionnelle causée par la maladie, est en voie de formation. »

L'Association médicale mutuelle, fondée sur l'initiative du docteur Lagoguey, est évidemment visée dans cet article, et nous ne pouvons partager l'opinion du rédacteur de la *Gazette des hôpitaux*, affirmant que seules les Compagnies d'assurances peuvent donner les garanties indispensables à cette forme de la prévoyance. Notre opinion s'appuie sur les arguments que nous fournit l'exposé du mode d'assurance par les Compagnies comparé avec celui que proposent nos confrères, sous la forme d'une Association médicale mutuelle dont *les statuts viennent d'être approuvés par M. le ministre de l'intérieur*. (Arrêté du 7 décembre 1886.)

Tout d'abord, la Compagnie recommandée par la *Gazette des hôpitaux* affirme que l'*assurance à primes fixes* peut seule trouver dans la loi des moyennes sa sécurité et celle de ses clients et leur donner les garanties nécessaires.

La Compagnie distingue deux degrés d'*incapacité permanente :*

L'*incapacité totale*, entraînant l'impossibilité de se livrer à aucun travail, laquelle donne droit à la *totalité de la rente.*

L'*incapacité professionnelle*, obligeant l'assuré à renoncer à sa profession, tout en lui laissant la faculté d'en exercer une autre. Cette infirmité partielle donne droit seulement à *la moitié* de la rente assurée.

« Moyennant la prime de 268 fr. 80, le médecin s'assurerait une rente de 7,200 francs pour le cas où une maladie le *réduirait à l'impuissance de travailler* (*incapacité totale*), ou de 3,600 francs, *si une infirmité partielle l'obligeait à changer de profession.*

« S'il veut, en outre, payer un supplément de prime annuelle, s'élèvant à 115 fr. 50, il recevra 12 fr. par jour d'incapacité temporaire. »

Sans rechercher à quelles occupations rémunératrices pourrait se livrer un médecin incapable d'exercer sa profession pour cause d'infirmité partielle, voyons maintenant ce que promettent les statuts de l'Association médicale mutuelle.

Les conditions générales ont été résumées comme suit dans une lettre du docteur A. de Cours publiée par la *Gazette des hôpitaux* dans son numéro du 6 avril 1886 :

1° On n'admet que les docteurs exerçant exclusivement la profession et domiciliés dans le département de la Seine;

2° La limite d'âge pour l'admission est fixée à cinquante ans (l'article nouveau a élevé cette limite à cinquante-cinq ans pour les deux cents premiers associés; elle sera ensuite réduite à quarante-cinq ans);

3° La cotisation est de 10 francs par mois;

4° L'indemnité est fixée à 10 francs par jour de maladie temporaire ou permanente, etc.;

5° L'indemnité n'est due que pour une maladie excédant une durée de huit jours (elle est alors payée à partir du premier jour);

6° Différents articles règlent les conditions d'admission, de déchéance, d'administration, etc.

Nous ajouterons que l'assemblée générale des adhérents, tenue le 4 novembre, et qui a décidé la fondation immédiate de l'Association médicale mutuelle, a pris deux résolutions importantes; elle a voté :

©BIU Santé

1° L'admission de membres honoraires, dont la cotisation annuelle est fixée au minimum de 40 francs;

2° L'article 27 du projet de statuts est modifié comme suit : « L'Association ne crée pas de caisse de retraites; les vieillards infirmes, tout à fait incapables d'exercer la profession médicale, recevront l'indemnité de maladie.

« Après dix années d'Association, il sera alloué au décès de l'associé participant une indemnité à sa veuve, ou à ses descendants ou ascendants en ligne directe, indemnité dont le taux sera fixé chaque année par l'assemblée générale et proportionné à l'importance du capital réserve. »

L'Association mutuelle donne donc, pour 10 francs par mois, soit 120 francs par an, une indemnité quotidienne de 10 francs en cas d'incapacité temporaire ou permanente d'exercer la profession médicale, soit pour les malades chroniques ou infirmes, 3,656 francs par an.

L'adjonction des membres honoraires lui permet de ne pas exclure ceux de ses membres que des revers de fortune immérités placeraient dans la dure nécessité de cesser le payement de leur cotisation et de perdre ainsi leurs droits.

Si nous comparons maintenant les prétentions élevées de la Compagnie d'assurances, nous voyons que, pour obtenir la même indemnité dans des circonstances identiques, c'est-à-dire en cas d'incapacité temporaire ou d'infirmité partielle entraînant l'incapacité professionnelle permanente, le médecin devra payer annuellement, d'une part, 268 fr. 80 pour une rente annuelle de 3,600 francs, et, d'autre part, un supplément de prime de 115 fr. 50 pour obtenir une indemnité de 12 francs par jour, soit $\frac{115.50 \times 10}{12} = 96$ fr. 25, si on réduit cette indemnité quotidienne à 10 francs.

Le total de la prime annuelle est donc de 365 fr. 05; malgré cette prime élevée, tout retard de payement entraîne la perte des droits de l'assuré, qui peut, il est vrai, les recouvrer si, dans le délai d'un an, il s'est libéré envers la Compagnie.

D'où vient cette énorme différence entre les sacrifices nécessaires pour obtenir les mêmes avantages, et pourquoi la Compagnie d'assurances exige-t-elle une *prime annuelle dépassant de plus du triple* la cotisation demandée par l'Association mutuelle ?

L'explication est facile :

D'un côté, les administrateurs de l'Association mutuelle qu'ils fondent dans un but d'assistance mutuelle, de solidarité confraternelle, ne demandent aucune rétribution; toutes les fonctions sont gratuites : ils réduisent les frais de gestion à un taux aussi peu élevé que possible et mettront leur honneur à gérer l'Association au mieux des intérêts de tous. Les bénéfices, s'il y en a, et il y en aura, sont intégralement attribués à la caisse sociale et contribueront à former le capital réserve dont la modification de l'article 27 reproduit ci-dessus a déterminé l'emploi. Ils ne prétendent d'ailleurs donner à cette réserve que l'importance indispensable pour faire face aux éventualités, et, s'il y a lieu, le taux de la cotisation pourra être abaissé.

En peut-il être de même lorsqu'il s'agit d'une Compagnie d'assurances? Évidemment, non. Le capital action qui constitue la garantie des assurés exige une juste rémunération des risques auxquels il est exposé et cette rémunération consiste dans un intérêt annuel et une forte part dans la répartition des bénéfices. Aussi ces derniers ne sont-ils attribués aux assurés que dans la proportion de 50 p. 100. Il faut, en outre, que la Compagnie d'assurances fasse payer par les assurés son installation luxueuse, les gros traitements des directeurs et d'un nombreux personnel, les jetons de présence de ses administrateurs, les remises énormes faites à ses courtiers, etc.

La Compagnie d'assurances fait une affaire et il est juste qu'elle cherche à obtenir un gros bénéfice. Aussi, un de nos estimés confrères a pu dire, dans les « Lettres médicales » (*Gaz. hebdom.*, 3 décembre 1886) : « La Compagnie exigera des garanties, soulèvera des objections, et bien souvent l'indemnité ne sera pas payée sans contestation ou procès. Il suffit de voir d'un peu près ce qui se passe dans les Compagnies d'assurances contre les accidents pour être bien certain que l'assurance en cas de maladie exposera toujours à toutes sortes d'ennuis. Une Société médicale analogue à celle que que va diriger M. Gallet-Lagoguey sera certainement plus en état de régler équitablement les indemnités qui lui seront réclamées. »

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE, **la Terre et les Hommes**, par Elisée RECLUS, t. XII : *L'Afrique occidentale; Archipels atlantiques, Sénégambie et Soudan occidental*, contenant 3 cartes en couleur tirées à part, 126 cartes intercalées dans le texte et 65 vues ou types gravés sur bois. — Paris, librairie Hachette. — 1887.

Ce beau volume débute par un savant exposé des anciennes traditions relatives à l'existence supposée d'un continent par delà les colonnes d'Hercule. Si l'Atlantide a existé et est immergée depuis de longues périodes géologiques, les archipels atlantiques, Açores, Madère, Canaries, Cap-Vert, ne seraient-ils point les restes « de la masse continentale qui domina ces régions de l'Océan? » L'auteur admet d'ailleurs que des âges antérieurs ont vu un continent « dans cette partie de la rondeur terrestre ». Cette discussion est d'un vif intérêt, surtout lorsqu'elle insiste sur ce fait grave que des régions « dont la faune et la flore respectives sont aujourd'hui si distinctes, furent réunies jadis! »; et lorsqu'elle ajoute : « Que de fois, dans l'histoire de la terre, s'est ainsi modifié le relief des continents, formes passagères qui naissent et s'évanouissent comme les nuées dans le ciel! »

Les archipels atlantiques ont participé à la civilisation européenne, le plus souvent pour leur malheur; ce sont pour nous de vieilles connaissances; leur description ne peut manquer d'attirer notre attention, d'autant plus que leurs relations avec l'Europe sont toujours soutenues par de nombreux intérêts. Les études abondent, dans le livre de M. Reclus, température, courants, faune et flore de l'Atlantique. « Certains parages, notamment le voisinage des Canaries, sont de ceux où les êtres vivants sont assez nombreux pour que l'eau en paraisse animée. »

L'histoire de ces archipels, telle qu'elle est écrite par M. E. Reclus, est attachante. « Pendant les quatre siècles qui constituent toute la période historique des Açores ont eu lieu les plus terribles catastrophes, éruptions et tremblements de terre. » Madère est restée ignorée longtemps des marins de l'Occident. « Il semble, dit un auteur, qu'une île aussi charmante n'a pu être découverte que par l'amour; et c'est ainsi que naquit, enjolivée par un littérateur portugais, l'histoire de deux amants anglais qui se seraient enfuis de Bristol sous le règne d'Édouard III, et qu'une tempête aurait jetés sur une plage de Madère. » Madère, si cruellement maltraitée par l'oïdium et le phylloxera, est toujours une délicieuse station d'hiver pour les malades. Les Canaries étaient les îles des « Bienheureux » des poètes grecs. « Elles ont été habitées de toute antiquité. Les types des époques successives de l'âge de la pierre y sont parfaitement représentés. » On n'y a pas trouvé, toutefois, la flèche en silex, ce qu'on a expliqué, chose curieuse et instructive au point de vue du développement des ancêtres de l'humanité « par le manque de bêtes sauvages ». Malheureusement pour les indigènes des Canaries, à défaut de bêtes savages, ils ont eu les armées espagnoles. Ils ont bravement lutté pendant plus d'un siècle. « Ils faisaient grâce aux prisonniers; souvent même ils leur rendaient la liberté; mais on ne les épargnait point : la captivité ou la mort, telle était l'alternative pour ceux qui tombaient au pouvoir des chrétiens! » Dans l'archipel des îles du Cap-Vert, il en est plusieurs où le fer est d'une abondance inouïe. « Dans le groupe méridional notamment, un titanate de fer, dont la richesse métallique est extraordinaire, se présente sous la forme de sable noir au bord de l'Océan; on l'y trouve en si grandes quantités, qu'aux heures où les rayons solaires dardent sur la plage, les nègres eux-mêmes ne peuvent y poser les pieds, tant elle est brûlante. Des navires innombrables pourraient y prendre des chargements de minerai. »

L'histoire et la description des archipels atlantiques occupe une grande place dans le douzième volume de M. E. Reclus, qui leur a donné un développement mérité; mais, en réalité, le fond de son livre, c'est la vaste région de l'Afrique occidentale. Cette partie du globe terrestre nous intéresse en raison des territoires que nous y possédons depuis longues années, et de ceux que nous devons récemment au courage et à l'intelligence du M. de Brazza et de notre distingué confrère, M. le docteur Ballay.

**

©BIU Santé

La Sénégambie, ou Soudan français, occupe une étendue que l'on peut évaluer approximativemedt à 700,000 kilomètres carrés. Elle a pour limite, au nord, le Sahara, de sorte qu'elle sépare réellement l'Afrique méditerranéenne de la véritable Afrique. Après la Sénégambie, sa capitale Saint-Louis, son grand fleuve le Sénégal, etc., l'auteur décrit, en alternant avec les contrées qui dépendent des diverses nations européennes, nos autres possessions d'Afrique, le bassin de la Casamance, avec le poste français de Sedhiou, la région désignée par le nom de Rivières-du-Sud, pays d'avenir, encore peu connu, la côte de l'Ivoire, Grand-Bassam, Assini, où la France possède un front maritime d'environ 220 kilomètres avec une étendue indéterminée dans l'intérieur des terres, le royaume de Porto-Novo, etc. On voit que la France est riche en colonies, mais il faudrait les exploiter. Il y a là des ressources sans limites pour les Français qui se plaignent de leur pauvreté dans leur patrie. Toutefois, rien ne se fera si l'impulsion ne vient du gouvernement, qui malheureusement, traqué sans répit, ne peut même pas réussir à réaliser le strict necessaire.

Il faudrait des pages pour faire un simple exposé des contrées dont M. E. Reclus donne l'histoire et la description, et, en particulier, de celles dont l'Angleterre, le Portugal, l'Allemagne se sont emparés. Rien n'excite plus l'intérêt et la curiosité que la description du bassin du Niger et du bassin du Tzadé, celles de la Nigritie, de Tombouctou, de Haoussa, de Sokoto, etc., etc. Mais un article comme celui-ci ne peut avoir qu'un but, celui de signaler une belle œuvre.

L'auteur a fait de la géographie, de la science et de l'histoire. Il a traité toutes les questions de politique, de gouvernement, de religion, d'agriculture, de commerce, de mœurs, etc., etc., relatives aux populations décrites. Il a bien justifié son sous-titre : *La terre et les hommes*. Sa lecture s'impose.

Ce qui s'impose aussi, c'est l'admiration de tous les charmants dessins qui ornent son livre. Celui qui représente la source du Niger et la vue prise sur les rives du Tzadé — pays si inconnus — sont particulièrement intéressants. Quant au style, comme dans les tomes précedents, élevé, élégant et clair, il est riche et sobre en même temps. En somme, nous avons là une des plus importantes et des plus utiles publications de l'époque.

Dr G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 27 décembre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

PRIX DÉCERNÉS

I. Médecine et chirurgie.

Prix Montyon. — L'Académie décerne :

A. Trois prix de 2,500 francs : 1° à M. Léon Colin, médecin-inspecteur de l'armée (Sur Paris, sa topographie, son hygiène et ses maladies); — 2° à M. le docteur Déjérine et Landouzy (Sur la myopathie atrophique progressive); — 3° à M. le docteur Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (Sur l'hygiène des maternités).

B. Trois mentions honorables (1,500 francs chacune) : 1° à MM. Cadéac et Malet, chefs de service à l'École vétérinaire de Toulouse (Recherches expérimentales sur la morve); — 2° à M. le docteur Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (Tumeur perlée de l'iris); — 3° à M. le docteur A. Ollivier (Études d'hygiène publique).

C. Une citation honorable : 1° à M. le docteur Riant (Sur l'hygiène); — 2° à M. le docteur Van Merris (Sur la scrofule et les bains de mer); — 3° à M. Fr. Glénard (Sur l'application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse); — 4° à MM. Lutaud et Douglas Hogg (Sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre); — 5° M. Martel (Sur la physiologie de la phonation); — 6° à M. Trasbot (Congestion de la moelle épinière); — 7° à M. F. Roux (Traité pratique des maladies des pays chauds : maladies infectieuses); — 8° à M. Ermengen (Recherches sur le microbe du choléra asiatique).

©BIU Santé

Prix Bréant. — 1° Récompense de 2,000 francs à M. le docteur Duflocq (Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et en décembre 1884); — 2° Récompense de 1,500 francs à M. Ad. Guérard, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées (Port de Marseille : Observations faites pendant l'épidémie cholérique de 1885); — 3° Récompense de 1,500 francs à M. le docteur L.-H. Thoinot (Histoire de l'épidémie cholérique de 1884 : origine, marche, étiologie générale).

Prix Godard. — Prix de 1,000 francs à M. le docteur Bazy (1° Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires; De l'intervention chirurgicale dans les affections des voies urinaires; — 2° L'intervention chirurgicale dans les cas de tumeur de la vessie).

Prix Lallemand. — Prix de 1,800 francs à M. W. Vignal, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France (Développement des éléments du système nerveux périphérique et central).

II. PHYSIOLOGIE.

Prix Montyon. — Prix de 750 francs à M. Gréhant (Recherches sur l'élimination de l'oxyde de carbone après empoisonnement partiel); — Mention honorable à M. Assaky (Expériences relatives à la suture des nerfs à distance).

III. PRIX DIVERS.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.* — 1° Hors ligne et hors concours : Les relevés statistiques du dispensaire Furtado-Heine; — 2° Prix de 500 francs à M. le docteur Jules Socquet (1° Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France, de 1826 à 1878; — 2° Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, de 1826 à 1880); — 3° Mention exceptionnellement honorable à M. le docteur H. Cazin, médecin à l'hôpital maritime de Berck (De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfans); — 4° Rappel de mention très honorable à M. Victor Turquan (Etude sur la répartition géographique et la densité de la population en France); — 5° Mention honorable à M. le docteur Mireur (Sur la prostitution à Marseille); — 6° Mention honorable à M. le docteur Longuet, médecin-major (Etudes sur le recrutement dans la Haute-Savoie et dans le département de l'Isère : étiologie du goitre); — 7° Citation honorable à M. le docteur Aubert, médecin-major (Statistique médicale du département de la Vendée); — 8° Citation honorable à M. le docteur Chauvel, médecin principal et professeur au Val-de-Grâce (Statistique des examens de la vision au Val-de-Grâce); — 9° A M. le docteur Sordes, de Tarare (Statistique de la population en France).

CHIMIE. — *Prix Jeker.* — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° Prix de 5,000 francs à M. Colson, répétiteur de chimie à l'Ecole polytechnique (Nombreux travaux de chimie organique); — 2° Prix de 5,000 francs à M. Œschner de Coninck (Etude des bases pyridiques et quinoléiques).

GÉOLOGIE. — *Prix Vaillant.* — 1° Prix de 3,000 francs décerné à MM. Michel Lévy, Marcel Bertrand, Barrois, Offret, Kilian, Bergeron, membres de la mission française d'Andalousie; — 2° Encouragement de 1,000 francs à M. de Montesson, officier d'artillerie à Nîmes (Phénomènes physiques dans l'Amérique centrale).

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Prix de 2,000 francs à M. Eugène Collin (Structure anatomique comparée des substances médicinales. — Anatomie comparée des feuilles officinales).

Prix Desmazières. — Prix (une médaille de 1,600 francs) à M. le docteur Henri van Heurck, directeur du jardin botanique d'Anvers, et à M. A. Grunow (Synopsis des Diatomées de Belgique).

Prix de la Fons Mélicocq. — Prix de 900 francs partagé entre MM. Gaston Bonnier et G. de Layens (Flore du Nord de la France), d'une part, et à M. E.-G. Camus (Flore du Nord de la France).

Prix Montagne. — Prix de 1,000 francs à M. le docteur Quélet (de Hérimoncourt) (Enchiridion fungorum in Europa media et præsertim in Gallia vigentium).

ANATOMIE et ZOOLOGIE. — *Prix Thore.* — Prix de 200 francs à M. Peragallo (Les

©BIU Santé

Insectes les plus préjudiciables aux arbres les plus précieux de la région des Alpes-Maritimes).

Prix Savigny. — Il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1886.

IV. PRIX GÉNÉRAUX.

ARTS INSALUBRES. — *Prix Montyon :* L'Académie décerne deux prix de 2,500 francs chacun : 1° à MM. Appert frères, ingénieurs (Sur le soufflage mécanique du verre); — 2° à M. Kolb (pour les perfectionnements introduits au point de vue de la salubrité des usines).

Prix Trémont. — Prix de 1,100 francs à M. Moureaux, météorologiste-adjoint au Bureau central, chargé du service magnétique à l'observatoire du Parc Saint-Maur (Sur la distribution des éléments magnétiques en France).

Prix Gegner. — Prix de 4,000 francs à M. Valson (Recherches en faveur des progrès des sciences positives).

Prix Delalande-Guérineau. — Une médaille de la valeur de 1,000 francs à M. le docteur Hyades (Études d'anthropologie et d'histoire naturelle au cap Horn).

Prix Jean Reynaud. — Prix de 10,000 francs à M. Pasteur (Recherches expérimentales sur la rage).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 décembre. — Présidence de M. THÉLAT.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le professeur Nocard (d'Alfort) comme membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. Nocard prend place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce et de l'industrie adresse une lettre dans laquelle il insiste pour que la question de l'inspectorat des eaux minérales, soumise à l'examen de l'Académie, reçoive sa solution dans le plus court délai possible. La question est mise à l'ordre du jour pour la première séance de l'année 1887.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur François Hue et M. Samuel Bruère, chimiste, à Rouen. (Accepté.)

M. BESNIER présente, de la part de M. le docteur Doyon (d'Uriage), la traduction de l'ouvrage du professeur Heinrich Auspitz, intitulé : *Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau.*

M. GUÉNIOT offre en hommage trois brochures : 1° l'article CRANIOTOMIE, 2° l'article EMBRYOTOMIE, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 3° *De l'allaitement artificiel des nouveau-nés.* (*Archives de tocologie.*)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, de la part de M. le docteur Liégeois, l'exposé de ses titres à la place de correspondant.

M. Constantin PAUL met sous les yeux de l'Académie un appareil pour la production des lavements gazeux.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection des membres du bureau pour l'année 1887 : M. Hérard est élu *vice-président* par 59 voix, sur 66 votants. Après lui, M. Regnauld obtient 2 suffrages; M. Moutard-Martin, 1; M. Laboulbène, 1; M. Riche, 1; M. Gariel, 1.

L'élection de M. Hérard est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. HÉRARD adresse à l'Académie quelques mots de remerciements très applaudis.

M. Proust est maintenu, par acclamation, dans les fonctions de secrétaire annuel.

M. Goubaux est élu premier membre du conseil par 63 voix, sur 66 votants.

M. Germain Sée est élu deuxième membre du conseil par 47 voix.

BIU Santé

Le scrutin pour le renouvellement des commissions permanentes a donné les résultats suivants :

Épidémies : MM. Rochard et Hayem.

Eaux minérales : MM. Marjolin et Gallard.

Remèdes secrets : MM. Mesnet et J. Chatin.

Vaccine : MM. Hervieux et Blot.

— M. Vallin donne lecture du rapport de la commission nommée par l'Académie à la demande de M. le ministre du commerce et de l'industrie, sur la question de l'emploi de l'acide salicylique pour la conservation des substances alimentaires.

L'auteur termine son très remarquable rapport par les conclusions suivantes :

1° Il est établi par l'observation médicale que des doses faibles, mais journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives.

2° En conséquence, l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, même à des doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

Le rapport de M. Vallin et les conclusions de ce travail seront l'objet d'une discussion ultérieure.

— M. Dujardin-Beaumetz, au nom de la commission des épidémies, donne lecture de l'introduction du rapport général sur les épidémies qui ont sévi en France pendant l'année 1885.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions pour le deuxième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le mercredi 5 janvier 1887; il sera clos le samedi 22 janvier, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 janvier.

La quatorzième inscription ne sera pas délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie.)

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 trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du vendredi 14 janvier.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de 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 premier trimestre 1886-1887. 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.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 décembre 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de première classe de la marine Philip, Alix, Hahn et Ortal.

©BIU Santé

— Par décret, en date du 20 décembre 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : Mme Laborde (en religion sœur Bathilde), employée aux salles militaires de l'hospice mixte de Beauvais; M. Ferrand, pharmacien de première classe, honoraire; M. Heylles, médecin civil des salles de l'hospice mixte de Castelnaudary.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. (Année 1887.) — Vendredi, consultation externe; samedi, clinique; lundi, visite générale; mardi, opérations dermatologiques, lupus, acnés, etc.; mercredi, policlinique des affections du cuir chevelu.

Université de Gratz. — L'Université a fêté, le 25 novembre, le 300e anniversaire de sa fondation. La fête n'a pas eu le caractère d'une cérémonie solennelle, rehaussée par la présence d'hôtes étrangers, comme la fête du 500e anniversaire de Heidelberg. Elle a consisté à peu près exclusivement dans un discours du recteur, et la publication d'une histoire de l'Université.

Il y avait à cette façon d'agir deux raisons, l'une matérielle, l'autre morale. — L'Université est encore très mal installée; elle n'a pas de salle des actes convenable où elle puisse recevoir ses hôtes et organiser une solennité. — Mais surtout l'Université moderne de Gratz ne pouvait pas se sentir solidaire de l'Université fondée dans la même ville, il y a 300 ans, et regarder cette fondation comme une occasion de réjouissance. Cette ancienne Université en effet avait été créée non pour être une institution scientifique, mais pour servir de machine de guerre religieuse. L'archiduc dAutriche l'avait fondée pour faire concurrence à l'École que soutenaient les États de Styrie, et où avait enseigné Kepler. Il lui avait donné le caractère d'un établissement ecclésiastique en la remettant entièrement aux mains des Jésuites. Cette Université, destinée à diriger le mouvement de contre-réforme en Styrie, a accompli son œuvre, elle est restée l'instrument des Jésuites presque jusqu'au moment de la dissolution de l'ordre. C'est en 1752 seulement, que le gouvernement de Marie-Thérèse a imposé une réforme des études; en 1763 seulement, qu'il a séparé les fonctions de recteur de celle de directeur du collège des Jésuites, et a commencé à choisir quelques professeurs en dehors de l'ordre,

Joseph II avait transformé l'Université en un lycée auquel étaient annexés un séminaire pour les prêtres, et une école de chirurgie et d'accouchement. L'Université n'a été rétablie qu'en 1827, à la demande des États, et ce n'est qu'en 1863 qu'elle est devenue une véritable Université au sens moderne par la création d'une Faculté de médecine.

C'est donc seulement du décret du 13 janvier 1863 que date vraiment l'Université de Gratz; malgré la fondation de 1586, elle est une des plus jeunes Universités allemandes. Dans ces 25 ans, elle a fait des progrès rapides. En 1873 elle avait déjà 975 étudiants, (médecine 221, droit 347, philosophie 188.) Le chiffre des étudiants qui était tombé en 1879 à 743 s'est relevé en 1883 à 1,027 et dépasse aujourd'hui 1,200. On remarque que le nombre des étudiants transleithans et étrangers va toujours en croissant. Il n'y avait encore en 1877 que 120 transleithaniens et 30 étrangers; il y a maintenant 201 transleithaniens et 48 étrangers. L'Université perd ainsi peu à peu, le caractère d'un établissement purement régional. (*Revue internationale de l'enseignement.*)

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.

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*.

Fin du Tome XLII (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLII

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1886.

A

Abcès, v. Essence.

Absorption. — des médicaments par la peau, Stas, anal. Warlomont, 1018.

Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Bulletins sur l'— et comptes rendus des séances, 10, 58, 94, 129, 162, 212, 249, 294, 334, 382, 414, 465, 502, 550, 584, 633, 668, 718, 721, 736, 788, 826, 861, 899, 948, 983, 998, 1013, 1034, 1058.

Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus de l'—, 21, 67, 106, 127, 189, 225, 260, 310, 358, 393, 430, 488, 513, 559, 595, 644, 693, 752, 837, 871, 915, 971, 998, 1030, 1056.

Accouchement, v. Auto-transfusion, Cancer. — comparé dans les races humaines, Verrier, anal. Stapfer, 921.

Acide. — salicylique, v. Glycosurie. — carbonique, absorption par les feuilles, Dehérain et Maquenne (Acad. des sc.), 127. — lactique comme moyen de détruire les tissus morbides, anal. C. L. D., 187. — carbonique, rôle du tissu pulmonaire dans son exhalation, L. Garnier (Acad. des sc.), 225. — lactique comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx, Th. Hering, anal. Ch. E., 538. — carbonique exhalé dans les maladies infectieuses déterminées par des microbes, Arloing (Acad. des sc.), 644. L'— salicylique pour la conservation des substances alimentaires (Acad. de méd.), 1058.

Adonis vernalis. De l'—, George Foy, anal. C. L. D., 392.

Affections. — vénériennes, v. Epidémies. — gastro-intestinales, v. Poids. — cardiaques, v. Traumatisme.

Agents. Sur les relations réciproques des grands — de la nature, E. Schwœrer (Acad. des sc.), 694.

Albumine. De la valeur clinique des différentes espèces d'— de l'urine, Paul Chéron, 193. —, réactif, Millard, 1011.

Albuminurie, v. Bright, Brightisme. — survenant dans le cours d'accidents secondaires d'origine syphilitique, E. Wickham, 685; rapport d'Horteloup (Soc. de méd.), 841.

Alcool, v. Vinage.

Aliénés, v. Responsabilité, Variole.

Alopécie. Potion contre l'—, Pohl Pisicus, 47.

Altitudes. De l'influence des hautes — sur la fréquence des névroses, Dana, anal. L. C. D., 405. —, influence sur les cardiopathies, Loomis, anal. C. L. D., 454.

Amblyopies, v. Strychnine.

Ambulance. Traité des manœuvres d'— et des connaissances militaires pratiques, A. Robert, anal. Lubanski, 881.

Amers. De l'influence des — sur la digestion, Tschelzoff, anal. C. L. D., 404.

Amygdales. Des fonctions des —, Hingston Fox, anal. C. L. D., 618.

Anémie. — cérébrale, v. Auto-transfusion. — pernicieuse, v. Estomac.

Anesthésie. De l'— au moyen de l'éther chauffé, Hobb, anal. C. L. D., 413.

Anévrysme. — poplité, ligature de la fémorale, mort avec accidents cardiaques et cérébraux, Schwartz, rapport de Humbert (Soc. de chir.), discussion, 848.

Angine. Du traitement de l'— diphthéritique par la cautérisation ignée, Blœbaum, anal. C. L. D., 691.

Anguillules. Note sur la limite de la résistance vitale des — de la nielle, G. Pennetier (Acad. des sc.), 226.

Anomalies. Des — congénitales et héréditaires du cœur, Ledesmo, anal. C. L. D., 115.

Antifébrine. L'—, ses propriétés et son emploi thérapeutique, Ch. Eloy, 498.

Antimoine, v. Arsenic.

Antipyrine. De l'influence de l'— sur l'excrétion des matières azotées, Umball, anal. C. L. D., 334. —, un échec, S. Leoche, anal. C. L. D., 644.

Antisepsie. L'— chirurgicale pendant la guerre serbo-bulgare, C. L. D., 107. — médicale, P. Le Gendre, 281, 316, 331.

Antiseptiques. Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des —, Brun, anal. Paul Chéron, 1021.

Aorte, v. Rétrécissement.

Apocynum cannabicum. De l'— contre les hydropisies, Smith, anal. C. L. D., 405.

Aponévrose. — palmaire, v. Pénis.

Apoplexie. De l'— hystérique, Debove, 532; (Soc. méd. des hôp.), 296.

Apostoli, v. Galvano-puncture.

Apothicaires. Les anciens statuts des —, A. Corradi, anal. Millot-Carpentier, 796.

Argyrisme. De l'—, Krysinski, anal. C. L. D., 478.

Arsenic. Note sur la séparation de l'—, de l'antimoine et de l'étain, Ad. Carnot (Acad.

©BIU Santé

des sc.), 261. —, v. Pseudo-tabès, Chorée.
Arthrites. Des — infectieuses (non tuberculeuses), v. F. de Lapersonne, anal. Paul Chéron, 377.
Arthrotomie. De l'—, Jalaguier, anal. Paul Chéron, 547.
Articulation. — temporo-maxillaire, sa luxation, Farabeuf (Soc. de chir.), discussion, 620.
Ascite. Sur l'—, Paul Chéron, 929, 941. —, v. Cirrhose.
Asphyxie. Le traitement de l'— dans le croup par la méthode de O'Dwyer et le tubage du larynx en Amérique, 1049.
Aspiration. De l'— du sang dans l'aorte, Dacre, anal. C. L. D., 429.
Assainissement des localités inondées, circulaire ministérielle, 902.
Assistance publique, v. Association, Prévoyance.
Association. — des médecins de la Gironde, discours de M. Hameau, Ch. E., 245. — française pour l'avancement des sciences, L.-H. Petit, 257, 292, 306, 327, 340, 365. — médicale mutuelle en cas de maladie, Ch. E., 259, 509, 769. — médicale du Haut-Rhin, Ch. Eloy, 379. — de bienfaisance et Assistance publique d'Allemagne, C. L. D., 682.
Assurance, v. Société, Association.
Asthénopie. Considérations sur l'—, Valude (Soc. médico-pratique), 1045.
Asthme. Du traitement de l'accès d'— par le remède d'Himrod, Morell Mackenzie, anal. C. L. D., 393. —, quelques formes cliniques et leur nature, Fedeli, anal. Millot-Carpentier, 512.
Astragale, v. Fracture.
Ataxie. De l'— paralytique du cœur d'origine bulbaire, Semmola (Acad. des sc.), 488.
Atlas. — universel de géographie moderne, ancienne et du moyen âge, Vivien de Saint-Martin et Schrader, anal. G. Richelot père, 536.
Atrophie. — musculaire, v. Facies. — du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face, G. Dufaud, 1002, 1014.
Atropine. Action de l'— et de l'ésérine sur la conjonctive, V. de Britto, 3.
Austrium. Note sur la découverte d'un nouveau métal, l'—, Lecoq de Boisbaudran (Acad. des sc.), 21.
Auto-transfusion. — dans l'anémie cérébrale après l'accouchement, R. Koppe, anal. R. L., 7.
Avancement musculaire. Manuel opératoire de l'—, Dehenne (Soc. de méd.), 140.
Avortement. De la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'—, P. Budin (Acad. de méd.), 861. —, rétention du placenta et des membranes, Gerbaud, anal. Paul Chéron, 911.
Axillaire. Blessure de l'artère —, ligature, hémorrhagies secondaires, etc., Poncet (Soc. de chir.), 740.

B

Bacterium termo, v. Tuberculose.
Ball, v. Responsabilité.
Barthélemy, v. Syphilis.
Basedow. Sur un cas de maladie de — guéri par une opération sur le nez, Hack. anal. C. L. D., 538.
Basiotripsie. Manœuvre pour extraire le tronc du fœtus dans la —, Ribemont, anal. Stapfer, 921.
Battey. Opération de —, v. Castration.
Bec-de-lièvre double, de Valcourt, 411; rapport de Richelot (Soc. de chir.), 152.
Benzoate de soude. Du traitement de l'érysipèle par le —, Haberkon, anal. C. L. D., 380.
Benzoyl-ecgonine. De l'action et des propriétés physiologiques de la —, Stockmann, anal. C. L. D., 404.
Bernheim, v. Son.
Bibliothèque, *passim* dans tous les numéros.
Bichlorure de mercure. Du traitement de la conjonctivite granuleuse chronique par les pulvérisations de —, Peyret, anal. C. L. D., 501.
Bismuth. Sous-nitrate de —, v. Sueur.
Blennorrhagie. Les micro-parasites de la —, S. Giovannini, anal. Millot-Carpentier, 946. —, son agent infectieux, Hallopeau, 1028.
Blennorrhée. Pommade contre la —, Unna, 431.
Blépharorrhaphie, v. Ectropion.
Bois de renne. Note sur un — découvert à Montgaudier, Albert Gaudry (Acad. des sc.), 189.
Bright. Nouvelles contributions à la pathologie et au traitement de la maladie de —, Semmola (Acad. de méd.), 418. — (mal de) sans albuminurie, Dieulafoy (Soc. méd. des hôp.), 705.
Brightisme. — et albuminurie, Ch. Eloy, 457.
Britto (V. de), v. Atropine, Cataracte.
Broncho-pneumonie, v. Microcoques.
Brouardel, v. Fièvre.
Brucine. Emploi de la — comme anesthésique local, Burnett, anal. L. Dn., 126.
Bruit. De quelques modalités du — de galop dans l'hypertrophie du cœur d'origine rénale, Cuffer et Guinon, anal. E. Deschamps, 452.
Bryone. De la racine de — comme hémostatique dans les affections de l'utérus, Christodorescu, anal. C. L. D., 393.
Bubon, v. Flèche.
Bulletins, L.-G. R., 157, 1001, 1013. —, L.-H. Petit, 661. —, 721.
Burdel (E.), v. Cocaïne.
Bureaux de bienfaisance. La nouvelle réorganisation des — et le recrutement de leur personnel médical, Ch. E., 646.

C

Cachexie. Un cas de — strumiprive, Hans Schmid, anal. R. L., 440.
Caféine. Recherches sur l'action diurétique de la —, Von Schrœder, anal. C. L. D., 575.
Calomel. De l'action diurétique du —, Jendrassie, anal. C. L. D., 236.
Calorification. Un centre de —, C. L. D., 526.
Cancer. Du — utérin pendant la grossesse et l'accouchement, P. Bar, anal. Paul Chéron, 572. — de l'estomac, v. Ganglion. — du foie et du testicule chez un jeune homme de 18 ans, R. Moutard-Martin (Soc. méd. des

©BIU Santé

hôp.), 986. — latent, diagnostic par la recherche de l'acide chlorhydrique, Debove (Soc. méd. des hôp.), 1045.
Canule porte-remèdes, G. Gautier, 515.
Cardiopathies, v. Altitudes, Anévrysme.
Castration. — chez une femme atteinte de péri-ovarite, Pozzi (Soc. de chir.), 81. — pour une névralgie utéro-ovarienne, Terrillon, discussion (Soc. de chir.), 200. — pour douleurs ovariennes et accès d'hystérie, Terrier, discussion (Soc. de chir.), 974.
Cataracte. Note sur deux cas d'accidents après l'opération de la —, emploi des injections de sublimé, guérison, v. de Britto, 663. —, sur l'opération, A. Dehenne, 977.
Cathétérisme. Du — dans l'œsophagisme, Chassagny, 445.
Causeries. — P. Dubray, 13, 133, 217, 301, 421, 721, 1025. — Simplissime, 61, 85, 169, 385, 469, 589, 745, 829, 905, 989.
Cécité. De la — en Italie et du moyen de la prévenir, Corradi, anal. Millot-Carpentier, 20.
Centres nerveux. Recherches sur l'anatomie normal et l'anatomie pathologique des —, Luys (Acad. de méd.), 584.
Céphalométrie. Recherches sur la — à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques, J. Luys, 733, 781, 805.
Champ. Etude clinique sur le — de fixation monoculaire, Th. Kahn, anal. Ch. E., 787.
Chanteurs, v. Respiration.
Chapeliers, v. Phthisie.
Chassagny, v. Cathétérisme.
Chaulmoogra. De l'huile de —, de son utilité et de son emploi en thérapeutique, E. Marçon, anal. C. L. D., 344.
Chéiroplastie. Essai de —, restauration du pouce au moyen d'un débris de médius, Guermonprez (Soc. de chir.), 202.
Chéron (Paul), v. Albumine, Ascite.
Chimie, v. Dictionnaire.
Chloral, v. Tétanos.
Chloroforme. Du — comme hémostatique local, Betz, anal. L. Dn., 454.
Chlorose. Pilules contre la —, P. Vigier, 564.
Choléra. —, épidémie de 1886, C. L. D., 21, 77, 175, 381, 558, 882. —, épidémie observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884, Duflocq, anal. C. L. D., 124. —, étude clinique sur la période de réaction, C. Oddo, anal. Ch. E., 439. —, épidémie du Guilvinec, H.-C. Monod, anal. G. Pouchet, 561. — v. Lazarets.
Chondrome, v. Tumeur.
Chorée. Du traitement de la — par l'arsenic, Cheadle, anal. C. L. D., 463. — syphilitique, Franceschi, anal. R. L., 924.
Christian, v. Dipsomanie.
Chylurie. Sur la —, Ludwig Gotze, anal. L. Deniau, 858.
Cirrhose. La — alcoolique graisseuse, Lancereaux, 37. —, disparition de l'ascite, curabilité de cette maladie, Troisier, discussion (Soc. méd. des hôp.), 82, 177, 299; Dujardin-Beaumetz, 493. — impaludique, Lancereaux, 361, 373. — syphilitique, Lancereaux, 553, 565. — secondaire, Lancereaux, 817. — alcoolique, sa curabilité, Troisier (Soc. méd. des hôp.), discussion, 985.
Clinique médicale. — de la Pitié, leçon d'ouverture du cours de Jaccoud, P. Bouloumié, 853.
Cocaïne. Quelques résultats de l'emploi de l'hydrochlorate de —, Salvail, anal. C. L. D., 43. — contre l'angine de poitrine, Lashkevitch, anal. C. L. D., 115. —, son emploi dans diverses affections et opérations, Burdel, 185. —, son emploi dans le lavage de l'estomac, Dixon Jones, anal. C. L. D., 478. — — contre les vomissements incoercibles de la grossesse, Fraipont, anal. C. L. D., 557. — action sur la pression artérielle, Skinner, anal. C. L. D., 575. —, effets diurétiques, Da Costa et Penrose, anal. C. L. D., 619. —, son emploi dans les staphylorrhaphies partielles, Ehrmann (Acad. de méd.), 718. —, ses inconvénients, Calhoun, anal. L. Deniau, 787. —, son emploi dans l'opération de la lithotritie, Dubuc, 000; discussion (Soc. de méd.) 961. —, son emploi dans les opérations dentaires, Paulin (Soc. médico-pratique), 1046.
Cocaïnomanie. De la —, Erlenmeyer, anal. C. L. D., 550.
Cœur. —, action de la kairine, de la thalline, de l'hydroquinone, de la résorcine et de l'antipyrine, Beyer, anal. C. L. D., 188. —, dilatation temporaire pendant les maladies aiguës, G. Coates, anal. C. L. D., 526. —, v. Anomalies, Bruit, Ataxie.
Coigniard, v. Diabétiques.
Coliques. — hépatiques sous la dépendance de la menstruation et d'un fibrome utérin chez une femme de 45 ans, A. Martin, 1037.
Collège royal. Fusion du — des « physicians » et du — des « surgeons » de Londres, de Valcourt, 11.
Collodion. De la véhiculation des médicaments par le —, Barnes, anal. C. L. D., 43.
Collyres mydriatiques, Galezowski, 999.
Colombine. Etude sur la —, F. Roux, anal. Ch. E., 235.
Colonisation, v. Races.
Concours. — divers, v. Faculté.
Conductibilité. Expériences sur la — électrique des gaz et des vapeurs, Jean Luvini (Acad. des sc.), 513.
Congestion. Pathogénie de la — rénale primitive, A. Robin (Soc. méd. des hôp.), 707.
Congrès. — français de chirurgie, 157, 164, 661, 678, 701, 714, 723, 748, 784, 793, 819, 855. — international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz, 179; discours de M. Durand-Fardel, 613. — de Nancy, v. Association.
Conjonctivite, v. Bichlorure de mercure.
Constipation. Prises contre la — des enfants, Ellis, 179. —, traitement par le massage, Murrell, anal. C. L. D., 393.
Contagion, v. Fièvre, Tuberculose.
Contracture. — d'origine paludéenne guérie par l'hydrothérapie et la gymnastique suédoise, Bottey (Soc. médico-pratique), 1045.
Contractures, v. Paralysies.
Contusion. Des effets différents de la — suivant l'état constitutionnel du blessé, Verneuil, 313, 325, 337.
Coqueluche. Traitement de la —, Michael, anal. Lucien Deniau, 355. —, solution, La-

©BIU Santé

bric, 383. —, sa nature, Barlow, anal. C. L. D., 429. —, importance du fer dans le traitement, Illingworth, anal. L. Du., 487. —, traitement, Michael, anal. C. L. D., 1023.
Cornée. Des conditions qui favorisent la régénération des éléments de la — transparente, Gillet de Grandmont (Acad. des sc.), 971.
Corps thyroïde. Accidents consécutifs à l'extirpation du —, J. Reverdin, anal. L.-H. Petit, 678.
Correspondance. — H. Huchard, 1. — Prosper Faucher, 94. — Z..., 236. — E. de Grandmaison, 846.
Coto. Le — et la cotoïne, Ch. Eloy, 481.
Coupe-fil Deroubaix, modifié par Clasen, 827.
Courants. Nature et rôle des — telluriques, Landerer (Acad. des sc.), 359, 490.
Course. Analyse cinématique de la — de l'homme, Marey et Demeny (Acad. des sc.), 559.
Créosote. Du traitement de l'érysipèle par la —, J. Fox, anal. C. L. D., 381.
Croup, v. Asphyxie.
Cuivre. Toxicité des sels de —, discussion (Acad. de méd. de Belgique), 1017.
Cystite. — pendant la grossesse, instillations de nitrate d'argent, Dubuc, 301. — puerpérale, étiologie parasitaire, Bumm, anal. C. L. D., 526.

D

Debove, v. Régime.
Dehenne (A.), v. Ophthalmie, Kératite, Cataracte.
Delirium tremens, v. Hyoscyamine.
Dengue. Le microbe de la —, Langklin, anal. C. L. D., 500.
Deniau (Lucien), v. Iodol.
Désinfectant pour appartements, 987.
Diabétiques. A propos du pain de gluten dans le régime alimentaire des malades que l'on nomme —, Coignard, 829; discussion (Soc. de méd.), 800.
Diarrhée. De la — infantile et de son traitement, Haven, anal. C. L. D., 582.
Dictionnaire. — de chimie pure et appliquée, Würtz, anal. Richelot père, 846. — de médecine et de chirurgie pratiques, t. 40e et dernier, anal. Richelot père, 897. — de botanique, H. Baillon, anal. Richelot père, 922.
Digestion, v. Amers.
Digitale. De la —, P. Duroziez, 49.
Dilatation. D'un nouveau procédé de dilatation utérine, Vulliet, rapport de Charpentier (Acad. de méd.), 633.
Diphthérie, v. Vinaigre, Péroxyde d'hydrogène.
Dipsomanie. Cas rare de —, inhalations d'éther, etc., Christian, 25.
Dispensaire. De l'utilité d'un — à Lisieux, Colombe, anal. Ch. E., 452.
Dubuc, v. Cystite.
Dufaud (G.), v. Atrophie.
Duroziez (P.), v. Digitale.
Dysménorrhée. L'étiologie de la — membraneuse, Lohlein, anal. C. L. D., 236.
Dyspepsie. Traitement de la — acide, Brochin, 502.
Dyspnée. Traitement de la —, Hecht, 828.
Dysurie. Pilules contre la —, Mallez, 263.

E

Eau. — hémostatique, Spaak. 527. — curative, Werner, 552. — sulfo-carbonée, Dujardin-Beaumetz, 902.
Eaux, v. Fièvre, Flore.
Eclairage. L'— nocturne des champs de bataille et les secours de nuit aux blessés militaires, C. L. D., 695.
Eclampsie. Traitement de l'— puerpérale, Charpentier et Delore, 372.
Ecthyma. Traitement de l'— syphilitique, Chambard, 395. — parasitaire, pommade, E. Besnier, 516.
Ectropion. — cicatriciel, blépharorrhaphie, guérison, Richet, 409.
Eczéma. Pâte contre l'—, Lassar, 119. — sec des paupières, traitement, Galezowski, 563. — vésiculeux, pommade, Duhring, 863.
Elections. — à l'Acad. de médecine, 10, 94, 335, 1059. — à l'Acad. des sciences, 988. — à la Soc. de méd. de Paris, 599. — à la Société de chirurgie, 1044. — à la Société médicale des hôpitaux, 1045.
Eléphantiasis. De l'— des Arabes chez les enfants, Moncorvo, anal. C. Eloy, 57.
Elongation. Valeur thérapeutique de l'— des nerfs, F. Lagrange, anal. C. L. D., 643. — sanglante des nerfs, valeur et applications médicales Ch. Eloy, 697. — v. Torticolis.
Eloy (Ch.), v. Thalline, Brightisme, Coto, Antifébrine, Paralysies, Gale, Saccharine, Elongation, Solanine, Asphyxie.
Embaumement. L'—, la préparation des sujets et les préparations anatomiques, Laskowski, anal. C. L. D., 549.
Endocardite. — ulcéreuse à point de départ génital chez l'homme, Lancereaux, 145, 157. — du cœur droit, Byrons Bramwell, anal. C. L. D., 334. — ulcéreuse, B. Bramwell et W. Hure, anal. C. L. D., 429.
Endothélium. Quelques recherches sur l'— péritonéal, Cattani, anal. Millot-Carpentier, 512.
Enfants. Notes cliniques sur quelques maladies des —, Revilliod, anal. P. Le Gendre, 438. — v. Yeux.
Engelures. Pommade contre les —, Bartholow, 139. — Crayon, 490.
Epidémie, v. Choléra, Fièvre.
Epidémies. Etudes historiques sur les — dans le Morbihan, statistique des affections vénériennes, Mauriceau, anal. Ch. E., 618.
Epididymite, v. Orchite.
Epilepsie. Un cas d'— réflexe causée par des larves de mouche, Krauss, anal. C. L. D., 413. — v. Localisations.
Epistaxis. Traitement de l'—, Siredey, 467.
Epithélioma. Ablation d'un — de la joue, Piéchaud, rapport de Farabeuf, discussion (Soc. de chir.), 883.— de la langue, larges ablations et résection du maxillaire inférieur, Verneuil, discussion (Soc. de chir.), 883.

©BIU Santé

Eruptions. Des — iodiques de forme bulleuse, P.-A. Morrow, anal. C. L. D., 488.
Erysipèle. Sur l'étiologie de l'—, Bonome et Bordoni-Uffreduzzi, anal. Millot-Carpentier, 19. — en province, J. Girou, 953. — v. Benzoate de soude, Créosote. —, v. Atrophie.
Eschares, v. Pommade.
Esérine, v. Atropine.
Essence. Traitement abortif des abcès mammaires par l'— de térébenthine, Llewellyn Eliot, anal. C. L. D., 380.
Estomac. Sur un cas d'atrophie de l'— s'accompagnant du tableau clinique de l'anémie pernicieuse, Henry et Osler, anal. L. Dn., 525. — v. Régime.
Etain, v. Arsenic.
Etat constitutionnel, v. Contusion.
Ether, v. Dipsomanie, Anesthésie.
Ethoxycaféine. De l'action thérapeutique de l'—, Chabot, anal. C. L. D., 539.
Etoiles. Nouveaux faits à propos du balancement des —, Aug. Charpentier (Acad. des sc.), 22.
Eulyptol. Sur l'— et son administration à l'intérieur, Schmeltz, anal. C. L. D., 501.
Excoriations. Solution contre les — du mamelon, Pinard, 660.
Exostose. Ablation d'une — éburnée du conduit auditif externe, Knapp, anal. L. Dn., 162.
Expériences. Des — toxicologiques in anima nobili au xvᵉ siècle, A. Corradi, anal. Millot-Carpentier, 606.
Exstrophie. Sur un cas d'— de la vessie, L.-G. Richelot, 601.

F

Face. Phénomènes réflexes de la — consécutifs à un traumatisme de la tête, Sereins, 1025.
Facies. — myopathique dans l'atrophie musculaire progressive, Landouzy (Soc. méd. des hôp.), 705.
Faculté. — de médecine de Paris, concours, règlements, nominations, etc., 35, 216, 227. — v. Thèses.
Facultés. — diverses, concours, règlements, nominations, etc., *passim*. — v. Thèses.
Femmes. Traité clinique et pratique des maladies des —, Guibout, anal. P. Le Gendre, 594.
Fer, v. Coqueluche.
Ferreira (Cl.). v. Terpine.
Fibrome. — kystique de l'utérus, hystérectomie, guérison, Terrillon (Acad. de méd.), 11. — utérin, ablation, Monod, discussion (Soc. de chir.), 741. — utérin sous-péritonéal, grossesse, avortement, Varnier, anal. Stapfer, 920. —, v. Coliques.
Fibromes, v. Hydrastis canadensis.
Fièvre. De la jugulation de la — typhoïde au moyen du sulfate de quinine et des bains tièdes, Pécholier (Acad. de méd.), 215. — lactée prolongée, observation, L. Roulin, 233. — typhoïde, contagion directe, Letulle, discussion (Soc. méd. des hôp.), 297. — typhoïde, influence des eaux d'alimentation, Régnier, anal. Burlureau, 369. — jaune, prophylaxie, D. Freire, anal. L. Dn., 402. — jaune et son traitement, Cerecedo, anal. C. L. D., 412. — typhoïde, épidémie de Pierrefonds, Brouardel (Acad. des sc.), 1030.
Fièvres, v. Splénalgie, Pyrexies.
Fistule, v. Pierre. — recto-vaginale consécutive au premier coït, J. Price, anal. C. L. D., 996.
Flèche iodoformée contre le bubon, Neumann, 647.
Flore. Note sur la — microscopique des eaux sulfureuses, L. Olivier (Acad. des sc.), 596.
Foie. Contribution à l'étude des altérations du — dans les maladies infectieuses, A. Siredey, anal. Deschamps, 32. —, cancer massif, A. Gilbert, anal. P. Le Gendre, 368. — v. Kyste.
Folie. La — dans la race noire, C. L. D., 262.
Formamide de mercure, v. Syphilis.
Formulaire, *passim*, dans tous les numéros.
Fosses nasales. Manuel pratique des maladies des — et de la cavité naso-pharyngienne, J. Moure, anal. A. T., 823. — v. Tamponnement.
Fourchette. Extraction d'une — de fer par la taille stomacale, Polaillon (Acad. de méd.), 335, 551.
Fournier (Alfred), v. Stigmates, Syphilis, Rachitisme.
Fracture. — de cuisse, luxation de l'astragale, paludisme, etc., Houzel, rapport de Richelot (Soc. de chir.), 740.
Fractures, v. Massage.
Furoncles. Une épidémie de — à la Maternité de Nancy, Herrgott, anal. Stapfer, 921.

G

Gale. Exposé statistique et historique de la — et de la teigne, Mauricet, anal. Ch. E., 333. — des prairies ou gale du Michigan, Ch. E., 535. — lotion, Comessati, 540.
Galvanisme, v. Graves, Sciatique.
Galvano-puncture. De la — chimique en gynécologie, Apostoli, 637, 649.
Ganglion. Du — sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac, Troisier (Soc. méd. des hôp.), 621 ; Millard (ibid.), 705. — sus-claviculaire et cancers viscéraux, Troisier (Soc. méd. des hôp.), 813.
Genêt. Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de — comme diurétique, C. Legris, anal. C. E., 462.
Géographie. Nouvelle — universelle, Elisée Reclus, anal. G. Richelot père, 1055.
Gimbert, v. Lazarets.
Glandules. Un cas rare de — mammaires succenturiées, Natalucci, anal. Millot-Carpentier, 513.
Gluten, v. Diabétiques.
Glycosurie. Du traitement de la — par l'acide salicylique, Sinclari Holden, anal. C. L. D., 115. —, Thomas, anal. C. L. D. 463. —, statistique, E. W. Pavy, anal. R. L., 775.
Goître. La disparition du — dans le Derbyshire, W. Webb, anal. C. L. D., 442.
Gommes. Des — syphilitiques précoces, Taylor, anal. C. L. D., 619.

©BIU Santé

Goutte. Traitement de l'accès de —, Rendu, 419.
Graves. Un cas de maladie de — guéri par le galvanisme, Phillips, anal. L. Dn., 125.
Greffes. Des — osseuses dans les pertes de substances étendues du squelette, Poncet (Acad. des sc.), 797.
Grippe. Potion contre la —, Monin, 83. — traitement, Brochin, 597. — avec épanchement pleural critique, Roques (Soc. méd. des hôp.), 985.
Grossesse. De la — compliquée de kyste ovarique, S. Rémy. anal. Paul Chéron, 378. — extra-utérine, terminaisons et traitement, Maygrier, anal. Paul Chéron, 910. — influence sur la circulation, O. Engelstrœm, anal. Stapfer, 920. — extra-utérine, laparotomie, Bruch, rapport de Championnière (Soc. de chir.), 1008. — extra-utérine, laparotomie, Bouilly (Soc. de chir.), 1042. —, v. Cancer, Fibrome.
Guide. — du médecin inspecteur de la première enfance, E. Limouzin-Lamothe, anal. Ch. E., 114.
Gymnastique, v. Contracture.
Gymnocladus canadensis. Les propriétés du —, Bartholow, anal. C. L. D., 464.
Gynécologie. Manuel de —, D. Berry Hart et A.-H. Freeland Barbour, anal. P. L. G., 642.

H

Hallopeau (H.), v. Blennorrhagie.
Hémato-salpyngite. Double —, laparotomie, Terrillon (Soc. de chir.), 936, 973.
Hématurie. De l'— dans la malaria. S.-H. Brown, anal. C. L. D., 464.
Hémiatrophie. De l'— de la langue, Schiffers, anal. Ch. Eloy, 825.
Hémisphères cérébraux. Des modifications que subissent les — dans la vieillesse, Kostiourine, anal. Winocouroff, 92.
Hémorrhagies. Des — utérines, Sneguireff, anal. Stapfer, 921.
Hérédo-tuberculose, v. Tuberculose.
Hering, v. Ulcérations.
Hernie. Cas de — ombilicale congénitale, Fager, anal. Winocouroff, 92. — diaphragmatique, Ferraresi, anal. C. L. D., 644.
Herpès. Les — génitaux, P. Diday et A. Doyon, anal. H. Hallopeau, 70.
Hoquet. De l'action réflexe dans le traitement du —, Gibson, anal. C. L. D., 236.
Huchard (H.), v. Indications thérapeutiques.
Hydrastis canadensis. Du traitement des fibromes utérins par l'—, Wolternig, anal. C. L. D., 463.
Hydrophobes. De la tolérance des — pour les médicaments, Hale White, anal. 478.
Hydropisies, v. Apocynum cannabicum.
Hydrothérapie. Manuel d'—, P. Delmas, anal. Tartivel, 913. —, v. Contracture.
Hygiène. Traité d'— industrielle, Poincarré, anal. P. Le Gendre, 537. — et salubrité publique, travaux des conseils et commissions du département d'Alger, Bertherand, anal. Ch. E., 580. —, note sur la nécessité de rattacher les différents services à une administration centrale de la santé publique, E.-R. Perrin, 651. —, Recueil des travaux du Comité consultatif, anal. R. Longuet, 760. — publique en France, projet d'organisation, Henrot (Acad. de méd.), 948.
Hymen, v. Imperforation.
Hyoscyamine. Des injections hypodermiques d'— contre le delirium tremens, Tepton, anal. C. L. D., 413.
Hypérostose. — diffuse des os du crâne d'origine traumatique, Poulet (Soc. de chir.), 659.
Hypertrophie. — du cœur, v. Bruit.
Hystérectomie, v. Fibrome. — vaginale, L.-G. Richelot, 85, 97. — vaginale, trois observations, L.-G. Richelot, 217. — vaginale, deux observations, L.-G. Richelot, 757. — vaginale pour un prolapsus utérin, L.-G. Richelot, 917. —, v. Utérus.
Hystérie. L'— dans l'armée, E. Duponchel, anal. C. L. D., 246. — et neurasthénie, leur traitement, Burkart, anal. C. L. D., 526. — chez l'homme, v. Névralgie.

I

Ictère. L'origine tellurique de l'— catarrhal, Longuet, 433. — catarrhal, sa nature, Kelsch, anal. E. Deschamps, 453.
Imperforation. — de l'hymen, Ozeski, rapport de Le Dentu (Soc. de chir.), 620. — de l'hymen, Defontaine, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 658.
Indications thérapeutiques. Considérations sur les — en général, H. Huchard, 169, 181, 229, 241.
Infection. L'— du sol et la nappe souterraine, R. Longuet, 893, 905.
Inhalations. — anti-asthmatiques, G. Sée, 360. — d'oxygène dans l'éclampsie, Lvoff, anal. C. L. D., 882.
Injection. — contre la kératite interstitielle, Abadie, 18. —, v. Médicaments.
Injections. Des résultats obtenus par les — intra-veineuses de solutions salines, Harrington, anal. C. L. D., 464. — rectales gazeuses, v. Lavements. — hypodermiques, v. Strychnine.
Innervation. Note sur l'— indirecte de la peau, Vanlair (Acad. des sc.), 260.
Insertion, v. Placenta.
Inspecteurs. Réponse à une question touchant les —, M. L., 900.
Instillations, v. Cystite.
Insuffisance. Reproduction expérimentale de l'— aortique, F. Franck, rapport de C. Paul (Acad. de méd.), 669.
Iodoforme. De l'empoisonnement par l'—, E.-C. Cutler, anal. C. L. D., 550.
Iodol. De l'—, Lucien Deniau, 533. — dans la pratique chirurgicale, G. Mazzoni, anal. Millot-Carpentier, 946.

J

Jéquirity. Le — dans le traitement de la métrite granuleuse chronique, Luigi Borde, anal. Millot-Carpentier, 20.
Joue, v. Epithélioma.

©BIU Santé

K

Kératites. Traitement des —, A. Dehenne, 959. —, v. Injection.
Kava. Des propriétés de la résine de —, Randolph, anal. C. L. D., 477.
Kyste. — dermoïde du maxillaire supérieur, Jeannel, rapport de Berger (Soc. de chir.), 153. — hydatique du poumon, pneumotomie, Bouilly (Soc. de chir.), 153; Poulet, Reclus (ibid.), 199. — suppuré du foie guéri après une seule ponction, Guyot, 483; (Soc. méd. des hôp.), 296. — hydatique suppuré du foie, difficultés de diagnostic, Guyot (Soc. méd. des hôp.), discussion, 622. — ovarique, torsion et rupture du pédicule, Heurtaux, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 657. — hydatique de la face convexe du foie, difficultés de diagnostic, Millard (Soc. méd. des hôp.), 813.—synovial à grains riziformes, Terrillon (Soc. de chir.), 936, 1042.
Kystes. Guérison des — hydatiques par la ponction simple, Troisier, discussion (Soc. méd. des hôp.), 814; Millard, etc., 889. — hydatiques des os, Gangolphe, anal. Paul Chéron, 869. — séreux de l'orbite, pathogénie, Panas (Acad. de méd.), 983.

L

Ladrerie. Sur la — du mouton, Johannès Chatin (Acad. de méd.), 551.
Lampyris noctiluca. Note sur une larve de —, François (Acad. des sc.), 393.
Lancereaux, v. Cirrhose, Endocardite.
Langue. Sur un procédé d'ablation du cancer de la —, L.-G. Richelot, 13. —, v. Hémiatrophie, Epithélioma.
Laparotomie, v. Phlegmon, Hémato-salpyngite, Grossesse, Plaie.
Larroque, v. Variole.
Larynx, v. Ulcérations, Acide lactique, Tumeurs, Asphyxie.
Lavements. Les — gazeux dans la thérapeutique des maladies respiratoires, Cornil (Acad. de méd.), 669; Bergeon (ibid.), 738. — gazeux comme traitement de la tuberculose des voies aériennes, P. Le Gendre, 989.
Lazarets. Etude des — du Pian de Latte et de Nice pendant l'épidémie de choléra de 1884, Gimbert, 268.
Le Gendre (Paul), v. Sarcomatose, Antisepsie, Spléno-pneumonie, Peptonuries, Tuberculose, Lavements.
Légion d'honneur. Nominations et promotions dans la —, 47, 84, 96, 119, 167, 372, 383, 635, 683, 695, 720, 779, 787, 1048, 1059.
Lettres. — de Belgiques, Warlomont, 1017.
Lichen agrius. Glycérés contre le —, Hillairet et Chausit, 250.
Liniment calmant, N. Gueneau de Mussy, 223.
Lithotritie. Indications et contre-indications de la — rapide, Guyon, anal. L.-H. Petit, 679; Reliquet, anal. L.-H. Petit, 680.
Lobes cérébraux, v. Mouvements.
Localisations. Des — dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables, Grenier (thèse d'agrég.), anal. Ch. Eloy, 30. — et pathogénie de l'épilepsie, Alberto Alberti, anal. Ch. Eloy, 549.
Longuet, v. Ictère, Infection.
Luette. Un cas de mort subite après l'excision de la —, Tompkins, anal. C. L. D., 334.
Luxations. Intervention opératoire dans les — traumatiques irréductibles, discussion au Congrès de chirurgie, 748. — v. Mâchoire.
Luys, v. Système nerveux, Centres nerveux, Céphalométrie.
Lymphe, v. Nerfs.

M

Mâchoire. Luxation de la — inférieure, Farabeuf, discussion (Soc. de chir.), 657.
Maillot. L'œuvre de M. — devant la Chambre des députés, Ch. E., 5.
Maladies. — nerveuses, v. Localisations. — infectieuses, v. Foie, Acide. — des enfants, v. Enfants. — des femmes, v. Femmes. — respiratoires, v. Lavements. — des fosses nasales, v. Fosses nasales. — des yeux, v. Yeux. — de la peau, v. Peau.
Malaria, v. Hématurie.
Manaca. De l'emploi de la — contre le rhumatisme, Spencer Hasley, anal. C. L. D., 381.
Manifestations malariques éveillées par le traumatisme, Henry C. Coe, anal. Ch. Eloy, 247.
Marche. Etudes cliniques et physiologiques sur la —, Gilles de la Tourette, anal. P. Le Gendre, 510.
Martin (A.), v. Coliques.
Massage. Mobilisation et — dans le traitement des fractures, L.-Championnière (Soc. de chir.), 46; discussion, 80, 151, 237, 283. — dans les affections utérines, de Beauvais (Soc. de méd.), 599. —, v. Constipation.
Mastic dentaire calmant, A. Gaudet, 576.
Médecin. Le — dans la Société moderne, Worms, 1001.
Médecine. La — dans les deux mondes, Lucien Deniau, 609, 937, 949.
Médicaments. Sur les injections de — gazeux dans le rectum, L. Bergeon (Acad. des sc.), 128. —, leur action à distance chez les sujets hypnotisés, Luys (Soc. de biol.), 346.
Médication. De la — abortive, de Beurmann, anal. P. Le Gendre, 149.
Melon d'eau. Effets diurétiques du —, Popoff, anal. R. L., 925.
Méningo-myélites. Etude sur les — chroniques. Ch. Béhier, anal. C. L. D., 125.
Menstruation, v. Coliques.
Mercure. Recherches sur l'élimination du — par les urines sous l'influence des bains, Kadkin, anal. Winocouroff, 91.
Méricisme. Le —, Rusconi, anal. Millot-Carpentier, 946.
Mésentère. Tumeurs du —, Augagneur, anal. Paul Chéron, 653.
Métrite, v. Jéquirity.
Microbes, v. Acide, Blennorrhagie.
Microcoques. Du rôle des — dans la bronchopneumonie, Tapping, anal. C. L. D., 538.

©BIU Santé

Migraine. De l'influence du régime dans le traitement et la pathogénie de la —, Haig, anal. C. L. D., 501.
Mobilisation, v. Massage.
Monoplégie. — brachiale d'origine inconnue, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 815.
Morbidité et mortalité. — de guerre pendant l'expédition du Tonkin, C. L. D., 46. — dans le Grœnland septentrional, C. L. D., 927.
Morphinisme. Sur quelques accidents peu connus du — dans les maladies aiguës, Richardière (Soc. médico-prat.), 755.
Mort. De la détermination de la — réelle par le caustique de Vienne, Peyraud, anal. C. L. D., 478.
Mortalité, v. Morbidité.
Morues. La question des — rouges, E. Mauriac, anal. Ch. E., 354.
Mouvements. Sur la persistance des — volontaires chez les poissons osseux à la suite de l'ablation des lobes cérébraux, Steiner (Acad. des sc.), 67; Vulpian (ibid.), 693.
Mutations. — dans les hôpitaux, 987, 1000.
Myomes. Du traitement chirurgical des — utérins, Vautrin, anal. Paul Chéron, 545.
Myopie. La — scolaire, 168.
Myosite. Contribution à l'étude de la — primitive aiguë, J. Scriba, anal. R. L., 7.
Myxœdème. Cas de —, Verriest, anal. Warlomont, 1020.

N

Nappe souterraine, v. Infection.
Nécrologie, 24, 60, 72, 84, 108, 120, 144, 155, 204, 240, 251, 287, 336, 360, 372, 408, 443, 456, 492, 564, 624, 680, 720, 731, 744, 768, 792, 815, 828, 892, 904, 988, 1024.
Néphrectomie. — pour un rein flottant douloureux, Polaillon (Acad. de méd.), 93. —, v. Rein.
Néphrites. Pathogénie des —, E. Gaucher (thèse d'agrég.), anal. Ch. Eloy, 41. —, infectieuses au point de vue chirurgical, Barette, anal. Paul Chéron, 654.
Néphrotomie et néphrectomie. —, discussion au Congrès français de chirurgie, anal. L.-H. Petit, 714.
Nepveu, v. Tumeurs.
Nerf. — médian, v. Trophonévrose, Suture. — dentaire, v. Névralgie. — spinal, v. Torticolis. — optique, v. Atrophie.
Nerfs. Influence des deux ordres de — vasomoteurs sur la circulation de la lymphe, Lewachew (Acad. des sc.), 106. — moteurs du voile du palais chez le chien, origine, Vulpian (Acad. des sc.), 837. —, v. Elongation.
Neurasthénie. Le traitement de la —, Holbrook, anal. C. L. D., 550. —, v. Hystérie.
Névralgie. — rebelle du nerf dentaire, résection par le procédé de Ch. Monod, Jeannel, rapport de M. Monod (Soc. de chir.), 778. — du testicule et ses rapports avec l'hystérie chez l'homme, Terrillon (Soc. de chir.), discussion, 812.
Névrite. Note sur cinq cas de — multiple, Masius et Francotte, anal. C. E., 6.
Névroses, v. Réflexes, Altitudes.
Nitrate d'argent, v. Orchite.
Nitrite d'amyle. De l'action du — sur la sécrétion urinaire, Walter, anal. C. L. D., 501.
Notes chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider à la statistique, Millot-Carpentier, anal. Ch. Eloy, 524.

O

Occlusion. De l'— des plaies, G. Fioranni, anal. Millot-Carpentier, 607.
Odontalgie. Pommade contre l'—, 816.
Œil. Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'—, L. Picqué, anal. Paul Chéron, 391.
Œsophage. Du spasme de l'—, Buchholtz et Faye, anal. C. L. D., 500.
Œsophagisme, v. Cathétérisme.
Opération césarienne. De l'— avec double suture de l'utérus par la méthode de Sœnger, J. Potocki, anal. H. Stapfer, 399.
Ophthalmie. Traitement de l'— purulente des nouveau-nés, A. Dehenne, 896.
Orchite. Du traitement de l'— et de l'épididymite par le nitrate d'argent, F. W. Lowndes, anal. C. L. D., 692.
Ordonnance. Une — charlatanesque, E. Deschamps, 766.
Oreille, v. Syphilis.
Oreillons. De l'incubation et de la transmission des —, Roth, anal. C. L. D., 502.
Ostéotomie. De l'—, Pousson, anal. Paul Chéron, 424.
Otorrhagie. — menstruelle, Stephenoff, anal. C. L. D., 441.
Otorrhée. Traitement de l'—, Würkner, 939.
Ovaires. Pathologie des —, Gallard, anal. 462.
Ovariotomie. — double, Terrier, 102. — double, Terrier, 209. — incomplète, guérison relative, Terrier, 1039. —, v. Kyste.
Ovariotomies. Nouvelle série de 35 —, Terrillon (Soc. de chir.), 1009.
Oxalurie. Mixture contre l'—, Beghie, 192.
Oxygène, v. Inhalations.

P

Pain de gluten, v. Diabétiques.
Paludisme, v. Fracture.
Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique, Lober (thèse d'agrég.), anal. Ch. Eloy, 31. — toxiques, leur diagnostic comparatif et leur traitement, Ch. Eloy, 517, 529.
Paraplégie. — survenue à la suite d'une rougeole, J. Ferry, 478.
Parasitisme. Sur le — microbe latent, Verneuil (Acad. de méd.), 212.
Pastinaca sativa. Des propriétés du —, Bennett, anal. C. L. D., 692.
Peau. Traité des maladies de la —, Hardy, anal. Hallopeau, 929. —, v. Innervation, Absorption.
Pénis. Induration plastique du —, rétraction de l'aponévrose palmaire, Polaillon, 1.
Peptonuries. Des — et particulièrement de

©BIU Santé

la peptonurie d'origine hépatique, P. Le Gendre, 577, 589.
Périnéorrhaphie. Nouvelle étude sur la — dans les cas de rupture complète, Jude Hue (Soc. de chir.), 285
Périovarite, v. Castration.
Péritonite. Traitement chirurgical de la —, Truc, anal. Paul Chéron, 426.
Peroxyde d'hydrogène. Du traitement de la diphthérie par le —, Hofmolk, anal. C. L. D. 692.
Perrin (E. R.), v. Hygiène.
Peter. Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale du professeur —, Schlemmer, 965.
Peur. Influence de la — sur le mouvement intestinal, Fubini, anal. Millot-Carpenter, 946.
Pharyngotomie, v. Tumeurs.
Phénylhydrasine. La —, nouveau réactif du sucre dans les urines, Jaksch, anal. C. L. D., 898.
Phlegmon. — du ligament large, laparotomie sous-péritonéale, Houzel, rapport de Pozzi (Soc. de chir.), 935.
Phosphorographie. De la — appliquée à la photographie de l'invisible, Zenger (Acad. des sc.), 430.
Phthisie. La — des chapeliers, Stockler, anal. C. L. D., 442.
Pierre. — de la vessie et double fistule uréthro-pénienne; taille hypogastrique et uréthroplastie, Dubar, rapport de Léon Labbé (Acad. de méd.), 984.
Pile. Nouvelle — médicale, Gariel (Acad. de méd.), 668.
Pilules antidiarrhéiques, Trousseau, 695.
Placenta. De la conduite à tenir dans les cas de — prœvia, Auvard, anal., Paul Chéron, 389. — conduite à tenir dans l'insertion vicieuse, Stapfer, 673. — v. Avortement.
Plaie. — pénétrante de l'abdomen, laparotomie, mort, Pozzi (Soc. de chir.), 1009.
Plantes médicinales de la l'île Maurice et des pays intertropicaux, Cl. Daruty, anal. Jules Para, 319.
Pneumonie. Du traitement de la — par les bains chauds, Benewolsky, anal. C. L. D. 776. — v. Son.
Pneumotomie. — de Beurmann et Prengrueber (Acad. de méd.), 670. — v. Kyste.
Poids. De l'influence des affections gastro-intestinales sur le — des enfants, Nakatsu Migamoto, anal. C. L. D., 619.
Poisseux osseux, v. Mouvements.
Polaillon, v. Pénis.
Polypes. Traitement en deux temps des — intra-utérins, Schwartz (Soc. médico-prat.), 645.
Pommade. — contre les eschares. N. Gueneau de Mussy, 34.
Porencéphalie. Considérations sur trois cas de —, P. Ferraro, anal. Millot-Carpentier, 247.
Potion. — hypnotique, v. Audhoui, 443. — tonique, A. Sanné, 587.
Poudres. — laxative aromatique, Audhoui, 634. — antiseptique, Lucas-Championnière, 963.
Préparation, v. Embaumement.
Prévoyance. La — dans le corps médical, 1033.
Prix. — de l'Académie de médecine, 1030. — de l'Académie des sciences, 1056.
Prurigo. Du — d'hiver, Nevins Hyde, anal. C. L. D., 691.
Pseudo-tabes. — dans l'empoisonnement par l'arsenic, Dana, anal. C. L. D., 393.
Psoriasis. — survenu à la suite de frayeur et d'émotion morale, Heulz, anal. C. L. D., 413.
Ptomaïnes. Action pathogénique de certains produits analogues aux —, Vanden Corput, anal. Warlomont, 1019.
Purpura — hémorrhagique avec œdèmes mobiles et crises gastro-intestinales, P. Binet, anal. C. L. D., 463.
Pyrexies. Des indications à remplir dans le traitement des —, A. Robin (Soc. méd. des hôp.), 890.

R

Races. La pathologie des — humaines et le problème de la colonisation, Orgeas, anal. N., 574.
Rachitisme. Question du — dans ses rapports avec la syphilis héréditaire, doctrine de M. Parrot, A. Fournier (extrait), 506.
Rage. Nouvelle communication sur la —, Pasteur (Acad. de méd.), 737; discussion, Colin (d'Alfort), 789.
Rate. Une observation d'extirpation de la —, Biziel, anal. C. L. D, 776.
Recrutement. Etudes statistiques et médicales sur le — dans la Loire-Inférieure, G. Lagneau (Acad. de méd.), 984.
Rectum, v. Médicaments.
Réflexes. — et névroses d'origine nasale, Hack, etc., anal. L. Dn., 321.
Régénération, v. Cornée.
Régime. Les abus du — lacté, Debove (Soc. méd. des hôp.), 815. — lacté, inconvénients dans les maladies de l'estomac, Debove, 981.
Rein, v. Nephrectomie, Tuberculose. —, anomalie curieuse, Reliquet (Soc. de méd.), suite de la discussion (v. la table du volume précédent), 70.
Résection. — du coude, Houzel, rapport de Richelot (Soc. de chir.), 739. —, v. Elongation.
Résections. Des — orthopédiques, discussion au Congrès français de chirurgie, 723.
Respiration. Physiologie de la — des chanteurs, A. Piltan (Acad. des sc.). 871.
Responsabilité. La question de la — des pharmaciens devant la Société de médecine légale, C. L. D., 235. — partielle des aliénés, Ball (Acad. de méd.), 415.
Rétrécissement. Du — congénital de l'aorte descendante, E. Barié, anal. E. Deschamps, 57. — spasmodique de l'urèthre guéri par la suggestion hypnotique, Ramey, anal. Burlureaux, 344.
Rhabdocœle. Note sur un — nouveau, parasite et nidulant, A. Girard (Ac. des sc.), 514.
Rhumatisme, v. Manaca.
Richelot (L.-G.), v. Langue, Hystérectomie, Exstrophie.

©BIU Santé

Richet, v. Ectropion.
Rigidité cadavérique. Recherches expérimentales sur la —, Brown-Séquard (Acad. des sc.), 728, 752.
Rotule. Rupture d'un cal fibreux de la —, Richet, 421.
Rougeole. Sur la transmission, l'incubation et la prophylaxie de la —, Geschwind, anal. C. L. D., 454. —, v. Paraplégie.
Rubéole. Une épidémie de —, H. Desplats (Soc. de chir.), 176; discussion, 295. —, un prodrome précoce de son invasion, Glover, anal. L. Du., 429. —, contribution à son étude, Reginald J. Ryle, anal. R. L., 441.

S

Saccharine. La — ou sucre de goudron, Ch. Eloy, 625.
Salicylate. Les propriétés thérapeutiques du — de bismuth, Solger, anal. C. L. D., 500. — de lithine dans le rhumatisme, Vulpian, 1032.
Sangsue. Observation de — implantée dans l'arrière-gorge, Cortial, anal. C. L. D., 412.
Santé publique, v. Hygiène.
Santonate d'atropine. Note sur le —, A. Trousseau, 919.
Sarcomatose. La — cutanée généralisée primitive, Le Gendre, 253, 265.
Scarlatine. Le contage de la — et la — de l'espèce bovine, Ch. E., 118.
Sciatique. Note sur un cas de —, J. Fayrer, anal. L. Du., 429. —, soixante cas traités par le galvanisme, Steavenson, anal. C. L. D., 454.
ecret médical. Le — et les compagnies d'assurances sur la vie devant le tribunal du Havre, Ch. E., 353. —, P. Brouardel, anal. Le Gendre, 968.
Sédentarité, v. Surmenage.
Septicémies. Des — gangréneuses, E. Forgue, anal. Paul Chéron.
Sereins (Dr), v. Face.
Service. L'organisation du — pharmaceutique de nuit, C. L. D., 130. — de santé dans le nouveau projet de loi sur l'armée, C. L. D., 154. — de secours aux noyés de la ville de Paris, Ch. E., 191.
Sialorrhée. Du traitement de la — gravidique, Schramm, anal. C. L. D., 539.
Société. — de chirurgie, 43, 79, 151, 199, 237, 283, 620, 657, 739, 776, 810, 847, 883, 933, 973, 1007, 1042. — médicale des hôpitaux, 82, 176, 295, 621, 705, 813, 888, 985, 1044. — de médecine de Paris, 70, 139, 598, 680, 799, 872, 885, 961. — médico-pratique, 645, 755, 827, 1045. — médicale de Reims, ses travaux, 9, 860. — nationale de médecine de Lyon, ses travaux, 33, 414. — de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, ses travaux, 76, 370. — des sciences médicales de Lyon, ses travaux, 104, 405. — de médecine de Rouen, ses travaux, 116. — de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, ses travaux, 126. — médicale d'Amiens, ses travaux, 188, 692. — médicale de l'Yonne, ses travaux, 345. — de médecine et de chirurgie de Bordeaux, ses travaux, 357. — de médecine d'Angers, ses travaux, 442. — de médecine de l'arrondissement de Cambrai, 451. — centrale de médecine du Nord, ses travaux, 454. — des sciences médicales de Gannat, ses travaux, 926. — française d'otologie et de laryngologie, session ordinaire, 791. — amicale des médecins anglais, assurance en cas de maladie, etc., Lagoguey, 627.
Solanine. Les propriétés physiologiques et l'emploi thérapeutique de la —, Ch. Eloy, 745.
Solution. — résolutive antistrumeuse, Descroizilles, 203. — antiseptique pour la bouche, David, 612.
Solutions. — salines, v. Injections.
Sommeil. Du — non naturel, ses diverses formes, H. Barth, anal. Le Gendre, 630.
Son. Du — tympanique dans la pneumonie, Bernheim, 541.
Sondes à demeures, Bruck, rapport de Le Dentu (Soc. de chir.), 620.
Soustractions sanguines. De l'action physiologique des —, L. Frédéricq, anal. Ch. E., 923.
Spartéine. Le sulfate de — en thérapeutique, Hans Voigt, anal., 274. —, pilules et sirop, Houdé, 311. — comme médicament cardiaque et infusion de fleurs de genêt comme diurétique, C. Legris, anal. C. E., 462.
Splénalgie. De la — dans les fièvres intermittentes, Fabre, anal. Ch. E., 19.
Spléno-pneumonie. La —, P. Le Gendre, 469.
Stapfer, v. Placenta.
Staphylorrhaphies, v. Cocaïne.
Statistique. Le bulletin et le bureau de — démographique de Rio-Janeiro, Ch. Eloy, 466.
Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses, A. Fournier (extrait du livre *Sur la syphilis tardive*), 205.
Stomatite. Poudre dentifrice contre la — mercurielle, 407.
Strabisme. Collyre contre le —, Boucheron, 239. —, traitement par les procédés optiques, Javal (Acad. de méd.), 634; M. Perrin (ibid.), 668.
Strychnine. Recherches sur le mode d'action de la —, Denys, anal. Lucien Deniau, 484. —, injections hypodermiques dans quelques amblyopies, G. Graselli, anal. Millot-Carpentier, 796. —, v. Uréthane.
Sublimé. Des lésions intestinales dues à l'action du —, Charrin et Roger (Soc. de biol.), 352. —, v. Cataracte.
Sueur. Du traitement de la — fétide des pieds au moyen du sous-nitrate de bismuth, Vieusse, anal. Ch. E., 488.
Suggestion hypnotique, v. Rétrécissement.
Suicides. La statistique des — au Mexique, C. L. D., 141.
Surmenage. Sur le — intellectuel et la sédentarité dans les écoles de filles, Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), discussion, 465.
Suture. De la — enchevillée, Marc Sée (Soc. de chir.), 885. — du nerf médian, Ch. Monod (Soc. de chir.), 1044.
Symphyse. La — cardiaque, Morel-Lavallée, anal. E. D., 931.

©BIU Santé

Syphilis. — héréditaire tardive, Fournier, anal. Barthélemy, 61, 73. — de l'oreille, J. Baratoux, anal. Ch. E., 114. — tertiaire non précédée des symptômes ordinaires de syphilis constitutionnelle, Blanc, anal. L. Dn., 161. — infantile, anciennes et nouvelles médications, Monti, anal. C. L. D., 199. — héréditaire, enquête sur la famille au point de vue du diagnostic, extrait de A. Fournier, 349. —, traitement par les injections sous-cutanées de formamide de mercure, Carl Kopp, anal. C. L. D., 405. —, v. Stigmates, Rachitisme.
Système nerveux. Considérations générales sur la structure et les maladies du —, Luys, 109, 121, 133. —, traité élémentaire d'anatomie médicale, Ch. Féré, anal. P. Le Gendre, 857.

T

Tænia. Traitement du — par l'extrait de grenadier, de Vry, 503. —, remèdes, Thomson, 779.
Taille. — stomacale, v. Fourchette. — hypogastrique, v. Pierre. — hypogastrique, quatre observations, Bois, Pipet de Besse, Mouchet, rapport de Périer (Soc. de chir.), 1043.
Tailles. Deux — sus-pubiennes chez un enfant de 4 ans et demi, Defontaine, rapport de Terrier Soc. de chir.), 810.
Tamponnement. Nouvelle méthode de — de l'arrière-cavité des fosses nasales, F. Haynes, anal. L. Dn., 763.
Tannes. Liniment contre les —. Hébra, 1023.
Tannin. De l'emploi du — dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses, Duboué, anal. Ch. Eloy, 548.
Tatouage. Note sur le — coloré de la cornée L. Vacher (Acad. de méd.), 899.
Teigne, v. Gale.
Teignes et teigneux, H. Feulard, anal. C. E., 56.
Teinture. — antidyspeptique, Monin, 275. — d'iode, inconvénients et fâcheux effets, leur traitement, Carles, anal. C. L. D., 898.
Tendons. Suture des — des muscles extenseurs de la main, Terrillon (Soc. de chir.), 659.
Terpine. De l'emploi de la — dans les affections broncho-pulmonaires, Cl. Ferreira, 944, 956.
Terrier, v. Ovariotomie.
Testicule, v. Névralgie.
Tétanos. Traitement du — traumatique par le chloral et l'uréthane, W.-T. Jackman, anal. C. L. D., 43. — traumatique, pathogénie, Rosenbach, anal. C. L. D., 502. —, nature, pathogénie et traitement, discussion au Congrès français de chirurgie, 701. —, étiologie, Larger, discussion (Soc. de chir.), 933, 973, 1008. —, origine équine, Roux, discussion (Soc. médico-pratique), 1046.
Thalline. La —, ses propriétés, sa valeur clinique et son action, Ch. Eloy, 385, 397.
Thèses. — de la Faculté de Paris, 142, 166, 178, 874, 938, 1010, 1047. — de la Faculté de Lyon, 108, 250, 323, 419. — de la Faculté de Nancy, 382. — d'agrégation en médecine, 149, 630. — en chirurgie, 377, 389, 424, 545, 570, 653, 772, 868, 1021.
Thrombose. Pommade contre la — veineuse, N. Gueneau de Mussy, 131.
Torticolis. De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au — spasmodique, Schwartz, rapport de Tillaux (Soc. de chir.), 847.
Toxicité, v. Cuivre.
Transfusion, v. Auto-transfusion.
Traumatisme. Rapports du — avec les affections cardiaques, Ch. Nélaton, anal. Paul Chéron, 772.
Trépanation. Un cas de — dans l'épilepsie, Clark, anal. C. L. D., 116.
Trépidation épileptoïde. Note sur les caractères graphiques de la — du pied et de la rotule, A. Pitres et de Fleury, anal. E. Deschamps, 523.
Trophonévrose. — cutanée consécutive à une blessure du nerf médian, Filden, anal. C. L. D., 619.
Trousseau (A.), v. Santonate d'atropine.
Tubage du larynx, v. Asphyxie.
Tuberculeux. De l'intervention chez les —, Delorme, rapport de Nepveu (Soc. de chir.), 810.
Tuberculose. Contribution à l'étude de la — du rein, R. Durand-Fardel, anal. P. Le Gendre, 112. —, pilules, Potain, 347. —, cure par les inhalations de bacterium termo, Testi et Marzi, anal. Millot-Carpentier, 512. — du premier âge et hérédo-tuberculose, P. Le Gendre, 709. —, mixture, Potain, 767. —, un exemple de contagion par les poules, C. L. D., 863. —, v. Lavements.
Tumeur. — cartilagineuse du maxillaire supérieur, Jeannel, rapport de Berger (Soc. de chir.), 152. — blanche, v. Résection. — fibreuse, v. Fibrome.
Tumeurs. Extirpation des — du pharynx, suite de la discussion (v. Table du volume précédent), Monod, Verneuil (Soc. de chir.), 79. — mélaniques, contre-indications opératoires tirées de l'examen du sang, Nepveu, 496. — du larynx, Schwartz, anal. Paul Chéron, 570. —, v. Vésicule.

U

Ulcérations. De la curabilité des — tuberculeuses du larynx, Hering, 277, 289. —, v. Acide lactique.
Ulcère. L'— du Turkestan, C. L. D., 371. — du dos d'un diagnostic difficile, Defontaine, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 973.
Ulexine. Les propriétés de l'—, W. Gerrard, anal. C. L. D., 763.
Urée. Importance du dosage quotidien de l'— en chirurgie abdominale, Thiriar, anal. L.-H. Petit, 678.
Uréthane, v. Tétanos. —, au point de vue de l'analyse chimique, G. Jacquemin (Acad. des sc.), 190. —, action physiologique et antagonisme avec la strychnine, Coze, anal. Ch. E., 501.
Urèthre. Corps étranger de l'—, suture de ce

©BIU Santé

canal, Terrier, discussion (Soc. de chir.), 740, 776.
Uréthroplastie, v. Pierre.
Uréthrotomie. Suite de la discussion sur l'— interne, Guyon (Soc. de chir.; v. le tome précédent), 44.
Urine, v. Albumine.
Utérus. Des résultats opératoires de l'ablation de l'— cancéreux, Schultze, anal. C. L. D., 996. —, v. Cancer, Fibrome.

V

Vaccinations. — antirabiques, v. Rage. —, récompenses, 1035.
Vaccine. Nouvelles contributions à la —, Warlomont et Hugues, anal. C. E., 452; anal. Warlomont, 1020.
Vaginite. Solution et poudre contre la —, Sinéty, 59.
Valcourt (de), v. Bec-de-lièvre.
Val-de-Grâce. La salle d'honneur du corps de santé militaire au —, Ch. E., 23.
Vanille. De l'empoisonnement par la —, Davenport, anal. C. L. D., 550.
Variole. Deux épidémies de — chez des aliénés, Larroque, 866, 877.
Vaseline phéniquée, Nussbaum, 587.
Vaso-moteurs, v. Nerfs.
Verneuil, v. Contusion.
Vésicule. Tumeurs et calculs de la — biliaire, Denucé, anal. Paul Chéron, 868. — biliaire, hydropisie et calcul, laparotomie, Terrillon (Acad. de méd.), 949.
Vessie. Un cas de distension de la — resté latent, Robinson, anal. L. Dn., 345. —, v. Pierre.
Viburnum prunifolium. Note sur les propriétés anti-abortives du —, Macfie Campbell, anal. L. Dn., 581.
Vinage. Discussion sur le — (Acad. de méd.), 129, 162, 215, 249, 668, 719, 827, 862, 906.
Vinaigre. Des effets thérapeutiques du — et de son emploi dans le traitement de la diphthérie, Engelmann, anal. C. L. D., 549.
Vipère. Observation de morsures de — heurtante, Pluyette, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 777.
Virus. Sur la résistance du — morveux à l'action destructive des agents atmosphériques et de la chaleur, Cadéac et Malet (Acad. des sc.), 310. —, élimination par l'organisme animal, Trambusti et Maffucci, anal. Millot-Carpentier, 796.
Vitiligo. Du rôle du système nerveux dans la pathogénie du —, Ohmann-Dumesnil, anal. C. L. D., 115.
Vittel. Du traitement hydro-minéral de — avant et après l'opération de la pierre, Bouloumié et Patezon, anal. C. E., 7.
Voile du palais, v. Nerfs.
Vomissements, v. Cocaïne.

W

Wickham (E.), v. Albuminurie.
Worms (Jules), v. Médecin.

Y

Yeux. Traité pratique des maladies des — chez les enfants, De Saint-Germain et Valude, anal. Le Gendre, 833.

Z

Zona. Le — ophthalmique et son traitement, G. Jorissenne, anal. C. L. D., 826.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.