Bibliothèque numérique
medic@

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

1887, Troisième série, n° 43. - Paris : aux Bureaux du journal, 1887.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1887x43

©BIU Santé

90068

L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé

Paris. - Imprimerie ALCAN-LEVY 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-TROISIÈME

90068

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNEE 1887

©BIU Santé

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

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

TROISIÈME SÉRIE.

TOME QUARANTE-TROISIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN, 11

—

ANNÉE 1887

©BIU Santé

Sommaire

I. A. Dehenne : Deuxième note sur le sarcome de la choroïde. — II. Bibliothèque : Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. — III. Revue des Journaux : Des fractures dites indirectes des os longs par petits projectiles de guerre. — IV. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Lyon (2e trim. 1886). — V. Variétés : Dans quelle position doit-on dormir ? — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

Deuxième note sur le sarcome de la choroïde (1).

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 novembre 1886,

Par M. le docteur A. Dehenne, membre titulaire.

Messieurs,

Dans la séance du 23 janvier de cette année, j'ai eu l'honneur de vous montrer une pièce anatomique représentant un sarcome de la choroïde diagnostiqué à la première période, que j'ai appelée la période utile, parce que l'intervention chirurgicale n'est réellement efficace qu'à ce moment-là. La marche de ce sarcome avait été très rapide, et, quelques jours après, l'énucléation n'eût pu se faire qu'après perforation des membranes externes, c'est-à-dire trop tard. Le décollement de la rétine m'avait paru suspect; l'étude attentive de la marche de l'affection, l'absence des causes ordinaires du décollement rétinien (traumatisme, scléro-choroïdite postérieure), l'apparition de douleurs que j'avais prévues, m'avaient permis de diagnostiquer une tumeur intra-oculaire; l'âge du malade (35 ans) était celui des sarcomes de la choroïde. L'examen histologique avait donné raison à la clinique. L'énucléation avait été pratiquée le 5 octobre 1885, trois mois après l'apparition du décollement de la rétine. Aujourd'hui, plus d'un an s'est écoulé, le sujet de l'observation, M. R... se porte très bien. Il n'y a aucune menace de récidive sur place, et encore moins de généralisation à distance. Etant donné l'amincissement sclérotical que nous avons pu constater sur

(1) Voir *Union médicale* des 16 et 18 février 1886 (nos 23 et 24).

FEUILLETON

CAUSERIE

Encore les jeûneurs! Merlatti et sa nourrice. — Un chien jeûneur. — Jeûneurs italiens, espagnol, anglais, etc. — Succi et Milon de Crotone. — L'hypnotisme appliqué à l'art des accouchements.

Puisque Messieurs les jeûneurs continuent à faire parler d'eux, parlons-en.

On m'a dit que Merlatti avait fini, grâce à l'excellent régime auquel on l'avait soumis en lui prescrivant l'usage du lait d'une bonne nourrice, à récupérer ses forces assez rapidement. Ce moyen n'est pas nouveau; il était fort employé, au XVIe et au VIIe siècles, paraît-il, pour rétablir les estomacs délabrés.

Les gens qui veulent toujours aller au fond des choses et savoir le dernier mot de tout ont été jusqu'à dire que le contact d'une peau jeune jouait un grand rôle dans cette résurrection, en surexcitant l'organisme, accélérant les battements du cœur, et favorisant ainsi l'absorption des aliments et tout ce qui s'ensuit. C'est à cet ensemble de causes premières, concourant toutes au but final, que serait dû, suivant les mêmes personnes, le rétablissement de la santé du roi David, fou depuis longtemps, sous l'influence de sa cohabitation avec Bethsabé.

— Mais, ai-je demandé, combien de temps doit durer ce..... mode de traitement?

©BIU Santé

la pièce anatomique, je suis convaincu que si l'énucléation n'avait pas été immédiatement pratiquée, la tumeur se serait très rapidement fait jour au dehors; l'orbite eût été envahie, et le malade n'aurait pas tardé à succomber.

Il y a donc un intérêt majeur à faire très rapidement le diagnostic des sarcomes choroïdiens, et, pour cela, il faut bien préciser les caractères qui distinguent les décollements simples des décollements symptomatiques. La chose n'est pas aussi aisée qu'on pourrait se l'imaginer au premier abord, puisque la veille du jour où j'ai examiné la malade qui fait le sujet de mon observation actuelle, on lui avait proposé, dans une clinique très suivie, de lui pratiquer une opération destinée à guérir son décollement et à lui rendre la vue. Le néoplasme intra-oculaire n'avait donc pas été soupçonné, et pourtant, avec un peu d'attention, comme j'espère vous le démontrer tout à l'heure, le doute n'était pas possible, tellement peu à mon avis que je proposai immédiatement l'énucléation, qui fut acceptée; ce qui me permet de vous faire passer aujourd'hui sous les yeux la pièce anatomique préparée avec son habileté habituelle par M. le professeur Poncet, et représentant un énorme sarcome mélané de la choroïde, que l'on ne saurait mieux comparer qu'à une *grosse truffe*. Comme on peut le remarquer, la tumeur a pris naissance au pourtour du nerf optique, a refoulé devant elle la rétine en la décollant, et a pris la place du corps vitré dont elle a amené la résorption. Par la lecture de l'observation, on verra que, pour atteindre ce développement considérable, deux mois à peine lui ont été nécessaires, et, chose singulière, elle a pu acquérir des dimensions semblables, sans que la malade s'en aperçût. Il n'y a jamais eu la moindre douleur, le moindre phénomène de compression.

Dans le cas présent, l'élasticité scléroticale n'a joué aucun rôle. A l'âge de notre malade (65 ans), la sclérotique n'a plus d'élasticité, et, de plus, sur la pièce anatomique on ne trouve en aucun point la sclérotique amincie ou distendue. Mais la tumeur avait son point de départ au niveau du pôle postérieur de l'œil. Jusqu'au moment de l'intervention, les voies de filtration

---

— On ne peut guère, m'a-t-on répondu, fixer exactement le nombre de jours; cela dépend de l'âge des personnes et de bien d'autres choses encore; on peut cependant se guider sur un signe certain : quand la nourrice ne peut plus se défendre.....

— Je n'ai pas bien compris, mais on n'a pas voulu m'en dire davantage.

***

Il ne faudrait pas cependant que le seigneur Merlatti se figurât avoir fait une chose merveilleuse en gardant son abstinence relative pendant cinquante jours. Le premier chien venu peut en faire autant, ainsi que l'a fort bien démontré notre savant collègue, M. le docteur Laborde.

En effet, dans une des dernières séances de la Société de biologie, M. le docteur Laborde a fait une très intéressante communication qui explique en partie le problème si complexe de l'inanition, soulevé par les jeûnes de MM. Merlatti et Succi (au moins, voilà un beau langage scientifique).

Un chien, du poids de 15 kilos 500, soumis à un jeûne absolu, meurt le vingtième jour; au contraire, un chien de même poids et de même race, auquel on donne de l'eau à volonté, est encore vif et alerte au vingtième jour. L'expérience, poussée jusqu'au quarantième jour, eût pu être continuée facilement, étant donné l'état de santé de l'animal.

Le vingtième jour, le chien mort pesait 2 kilos; le second pesait 9 kilos 500; et, à partir de ce moment, il a perdu de moins en moins, au point que, le quarantième jour,

©BIU Santé

antérieures de l'œil, et ce sont les plus importantes, sont restées intactes, ce qui explique l'absence d'accidents glaucomateux. Quelques jours encore, la tumeur aurait refoulé l'iris en avant, les voies de filtration auraient été obstruées, et les accidents glaucomateux (deuxième période de l'évolution des sarcomes) auraient éclaté. Si la tumeur s'était développée au niveau de la partie antérieure du tractus uvéal, elle n'aurait certainement pas atteint ces dimensions sans amener des accidents douloureux très intenses. Ces faits viennent donc confirmer la théorie actuelle du glaucôme, dont les contradicteurs se font de plus en plus rares, et qui considèrent le glaucome comme le *symptôme* non d'une hypersécrétion des liquides intra oculaires, mais d'une obstruction des voies de filtration de l'œil. Quelle que puisse être l'hypersécrétion, il n'y a pas glaucome tant que les voies de filtration sont intactes.

Je ne connais, du reste, pas de question plus intéressante que celle du glaucome et des accidents glaucomateux, leurs rapports avec l'hydrophthalmie, le kératoglobe, le kératocone, la myopie, le glaucome de l'enfant, comparé à celui de l'adulte (1) sur lequel j'ai déjà attiré l'attention, le rôle joué par l'élasticité de la sclérotique, l'importance considérable du dégagement de la zone cornéo-scléroticale (canaux de Schlemm et de Fontana) et de toute la partie antérieure du tractus uvéal. Ces notions n'ont pas un simple intérêt spéculatif; elles sont très importantes au point de vue thérapeutique. Mais cette digression est déjà trop longue; dans un travail ultérieur, je reprendrai cette question du glaucome, qui a, et c'est là mon excuse, de nombreux points de contact avec l'étude des néoplasmes intra-oculaires, d'autant qu'on ne les soupçonne généralement que lorsque les accidents glaucomateux ont déjà éclaté; même alors la confusion a été faite souvent, et l'on a pratiqué des iridectomies inutiles, dont le moindre inconvénient était de faire perdre un temps précieux. Je voudrais que l'on arrivât à faire le diagnostic du sarcome choroïdien aussitôt que le malade se

(1) *Union médicale*, novembre 1884.

il pesait 7 kilos 600. Il avait bu 3 kilos 700 d'eau en quarante jours, buvant d'ailleurs de moins en moins à mesure que le jeûne se prolongeait.

Quant à la question difficile de la reprise de l'alimentation, le chien l'a tranchée en mangeant 1,200 grammes de soupe et en avalant gloutonnement 1 kilo de viande! Ce repas abondant n'a donné lieu à aucun accident; l'animal, au contraire, semblait beaucoup plus alerte, après cette absorption de nourriture.

Dans cette occurrence, le chien a été plus heureux que l'homme, car, au lieu de lui faire absorber des peptones, sous prétexte que son estomac était vierge, on l'a laissé tout bonnement suivre son instinct. Et sa gloutonnerie ne lui a pas causé la moindre indigestion. Il est vrai qu'il n'a pas eu la compensation offerte à Merlatti, sous forme de nourrice.

L'exemple donné par le premier chien est très instructif, en ce sens qu'il montre la grande différence qui existe entre deux chiens dont l'un est soumis à un jeûne rigoureux, tandis que l'autre peut encore boire de l'eau. Avis aux amateurs! La même expérience a encore été faite d'ailleurs par un homme. Un malheureux condamné à mort, ne voulant pas être exécuté, préféra se laisser mourir de faim. Pendant dix-sept jours, il résista à toutes les offres de victuailles qui lui furent faites, et tint bon, malgré d'affreuses douleurs d'estomac et des douleurs plus pénibles encore à supporter, paraît-il, et causées par la soif. Au bout de dix-sept jours, ce supplice prit fin par la mort du patient.

©BIU Santé

plaint de la diminution de sa vision, ou tout au moins qu'on le soupçonnât, afin de se tenir sur ses gardes, et d'intervenir à la moindre alerte. Chez M. R.... le sarcome avait été soupçonné par le fait de l'absence des causes ordinaires du décollement. Chez Mme P..., sujet de l'observation actuelle, un signe très bien décrit par le regretté Brière m'avait permis, dès le premier examen, d'affirmer l'existence du sarcome. C'était la présence d'*un réseau vasculaire de nouvelle formation*, que l'on voit très nettement sur la pièce anatomique, et qui a été parfaitement reproduite par M. Prost, auquel je dois déjà de nombreux et de très beaux dessins d'anatomie pathologique qui servent à mon enseignement clinique.

Mme P..., âgée de 65 ans, vient à ma consultation le 16 août 1886. C'est une femme petite, maigre, ayant toujours joui d'une excellente constitution. Elle a eu cinq enfants, tous bien portants. Son fils aîné est atteint d'une double atrophie des nerfs optiques, dont la pathogénie est mal déterminée. Elle n'a jamais fait de maladies graves, et n'a jamais souffert des yeux. Depuis un mois, elle s'est aperçue de la perte de la vision de l'œil gauche. Elle a consulté l'avant-veille un oculiste qui a conseillé une opération destinée à lui rendre la vue. A l'image droite, avec le miroir, je constate l'existence d'un vaste décollement de la rétine. Elle n'est pas myope, et n'a jamais reçu de coups sur l'œil. Je n'arrive à éclairer que la partie inféro-externe, et je constate très nettement l'existence à ce niveau, et en arrière du décollement, de petits vaisseaux occupant un plan antérieur, et n'affectant nullement la disposition des vaisseaux rétiniens. En dilatant la pupille, et avec un éclairage puissant, j'arrive à les distinguer à la loupe. Pour moi, il n'y avait pas de doute. J'avais affaire à un sarcome de la choroïde. La partie (5) de la rétine qui est complètement détachée sur la pièce anatomique n'était que soulevée au moment de l'examen ophthalmoscopique, et permettait de voir *par transparence* les petits vaisseaux (6) qui parsèment la surface de cette partie du sarcome. Ces vaisseaux de nouvelle formation n'appartiennent qu'au sarcome de la choroïde. Le doute n'était donc pas possible.

*
* *

Chaque pays aura bientôt son Merlatti ou son Succi. L'Amérique n'a rien à désirer sous ce rapport, puisqu'elle a eu Tanner. L'Italie a encore sa vieille jeûneuse, dont j'ai parlé dans ma dernière *Causerie*. L'Espagne aussi a la sienne, et, si ce que rapporte la *Verdad*, journal d'Orenso, est exact, son cas est bien plus étonnant que celui du jeûneur italien du Grand-Hôtel, et même que celui de notre Italienne.

Isabelle Perez Valencia, originaire de Villamayor de la Boullosa, en Galice, est âgée de 57 ans. Depuis l'âge de 7 ans, à la suite d'une longue maladie qui amena chez elle des complications redoutables, elle a absolument cessé de manger. Depuis cinquante ans, elle ne se soutient qu'en buvant de temps à autre un peu d'eau claire.

Isabelle Perez est extrêmement frêle, bien qu'elle ait grandi comme tout le monde depuis son enfance, ce qui n'étonnera personne, vu sa nationalité. Elle n'a cependant jamais cessé de vaquer à ses occupations de ménagère. Son caractère est peu sociable; elle fuit le monde, et, quoi qu'aient pu tenter les médecins auprès d'elle, elle n'a jamais voulu consentir à se laisser visiter par eux.

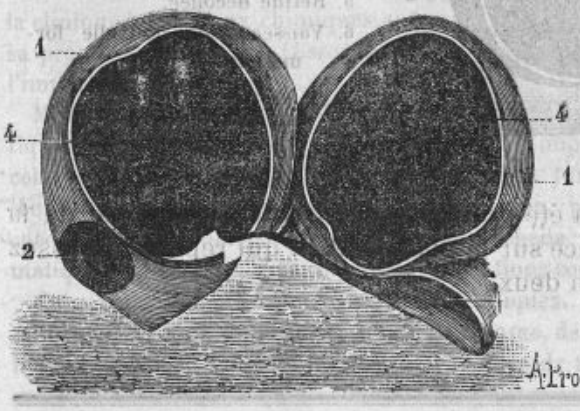
Voilà un cas après lequel, je crois, il faut tirer l'échelle. Tirons-la donc, après avoir fait remarquer toutefois que le jeûne paraît avoir influencé fâcheusement le caractère de cette pauvre Espagnole, tandis que la jeûneuse italienne avait conservé toute sa gaieté et toute sa sociabilité.

©BIU Santé

Je proposai l'énucléation, en faisant valoir cette considération que la vie de la malade était en danger, si l'on n'intervenait pas immédiatement. Tous les ophthalmologistes sont d'accord sur ce point, quoique l'on ait cité des observations de sarcomes ayant amené l'atrophie du globe oculaire, sans continuer leur marche envahissante. Je crois que, dans ces cas-là, il y a eu une erreur de diagnostic. Des considérations de famille retardèrent de quelques jours l'énucléation, qui fut pratiquée le 9 septembre, à la maison de santé des Dames-Augustines. Mon ami, le docteur Luc, avait bien voulu se charger de l'anesthésie. L'opération fut des plus simples, et, cinq jours après, Mme P... rentrait chez elle complètement guérie. J'attends encore quelques jours avant de faire poser l'œil artificiel, afin d'éviter toute irritation du moignon.

Voici donc une malade qui perd subitement la vue. On constate un décollement de la rétine. L'absence chez elle des causes ordinaires du décollement de la rétine, et surtout la présence de petits vaisseaux de nouvelle formation, font affirmer l'existence d'un néoplasme intra-oculaire, et permettent d'intervenir avant l'apparition de tout accident glaucomateux, ce

A. *Coupe horizontale à la partie supérieure de la tumeur.*



1. Sclérotique.
2. Cornée.
4. Tumeur présentant l'aspect d'une truffe.

* * *

L'Angleterre aussi a son jeûneur. Est-ce que l'Angleterre peut manquer de quelque chose? Seulement, ce jeûneur n'est pas un Anglais, mais un Français.

En effet, en lisant le *Courrier de Londres*, nous apprenons qu'un de nos compatriotes, M. Jacques (?), résidant à Londres, et tenant à marcher sur les traces des faméliques Succi et Merlatti, vient de commencer, lui aussi, dans la métropole anglaise, un jeûne qui doit durer trente jours.

De même que ses confrères en inanition, M. Jacques possède la liqueur magique sacramentelle, dont l'ingurgitation lui permet, dit-il, de narguer la faim, aussi longtemps qu'il le voudra. Quelle que soit la vertu de ce liquide mystérieux, nous doutons fort, cependant, que l'expérimentateur sur sa propre personne puisse supporter stoïquement sa torture volontaire, étant donné le local qui l'abrite et où l'on peut le visiter.

En effet, par un contraste assez étrange, M. Jacques s'est installé à l'hôtel Dieudonné, Ryder Street, hôtel dont la réputation culinaire est européenne, et où l'abstention de la table succulente qui y est servie, doit être un véritable supplice de Tantale.

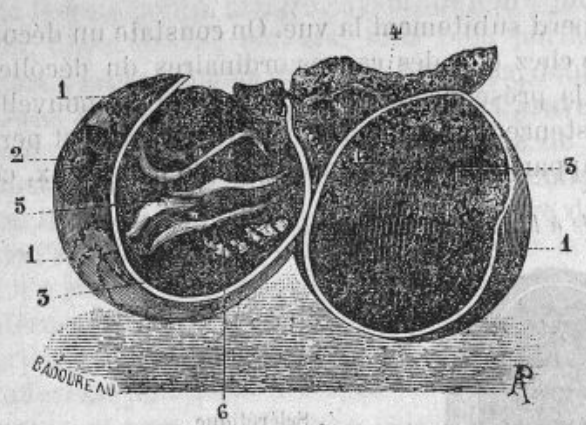
Après tout, la gloire de faire parler de soi vaut bien la peine qu'on souffre un peu, même le supplice de Tantale. Je plains cependant beaucoup ce maître Jacques, surtout si son épreuve durait encore pendant les fêtes de Noël, car son palais a dû être fortement tenté par les odeurs suaves qui s'exhalaient des plum-puddings délicieux que l'on confectionne à l'hôtel Dieudonné.

©BIU Santé

qui lui évite de grandes souffrances, et surtout avant toute perforation, ce qui nous assure contre toute chance de récidive, et surtout de généralisation à distance.

La planche B, que vous avez sous les yeux, vous représente une coupe verticale pratiquée immédiatement en dehors de la cornée et de la tumeur sarcomateuse (4). La rétine est complètement décollée et n'a plus pour points d'attache en avant que l'ora serrata et, en arrière, le pourtour du nerf optique. La partie (5) de la rétine n'était pas tout à fait détachée au moment de l'examen ophthalmoscopique et permettait de voir par transparence la portion (6) du sarcome parcourue par ses petits vaisseaux de nouvelle for-

B. *Coupe verticale pratiquée en dehors de la cornée.*



1. Sclérotique.
2. Cornée.
3. Choroïde.
4. Sarcome.
5. Rétine décollée.
6. Vaisseaux de nouvelle formation.

mation. Une coupe horizontale a été pratiquée à la partie supérieure de la tumeur, que l'on voit alors de face sur la planche A et qui représente assez exactement une truffe coupée en deux.

* * *

Quant à Succi, j'ai eu une forte désillusion à son endroit. On m'avait fait espérer qu'il donnerait à la fin de son jeûne une grande représentation à l'Hippodrome, au bénéfice des inondés du Midi, bien entendu ; car tout ce qui se fait d'extraordinaire en ce moment à Paris n'a pas d'autre but que de venir en aide aux inondés du Midi. Voyez la répétition générale de *Patrie*, l'admirable opéra de MM. Sardou, Gallet et Paladilhe ; voyez la Tarasque ; voyez les fêtes du Soleil ; voyez le printemps en décembre, les giboulées de mars à Noël ; voyez... voyez...

Bref, lisant dans les journaux que les forces musculaires de Succi augmentaient de jour en jour pendant son jeûne, je m'étais bercé de l'espoir qu'il aurait renouvelé, au bénéfice des inondés du Midi, l'exploit de Milon de Crotone ; il aurait fait le tour de l'Hippodrome, portant un bœuf sur ses épaules, aurait tué ensuite l'animal d'un coup de poing, et, séance tenante, l'aurait dévoré en un seul repas. Au moins le chien de M. Laborde aurait été incapable de rivaliser avec lui. Mais la jeunesse est toujours remplie d'illusions.

* * *

Je ne sache pas que l'Allemagne ait encore suscité d'émule à Succi et à Merlatti ; et j'en suis réellement peiné, car nos relations diplomatiques avec cet aimable pays sont tellement tendues en ce moment, que la moindre des choses peut devenir un *casus belli*.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES, par Albert ROBIN, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hospice des Ménages; recueillies par M. le docteur JUHEL-RÉNOY, chef de clinique adjoint. — Paris, G. Masson, 1887.

Ces leçons ont été faites pour la plupart à la Pitié, pendant les vacances de 1884, quand M. Robin suppléait M. le professeur Jaccoud; mais l'auteur les a complétées par l'addition de faits nouveaux et de nombreuses expériences qu'il a poursuivies depuis cette époque.

Sur les 21 leçons que le livre renferme, 10 sont consacrées à la *fièvre typhoïde;* les autres sujets traités sont la *congestion rénale primitive,* la *pyélo-néphrite primitive,* le *pseudo-rhumatisme de surmenage,* la *syphilis amygdalienne à forme diphthéroïde,* l'*hématome traumatique de la dure-mère,* la *myocardite interstitielle latente avec dégénérescence calcaire,* enfin la *rupture du cœur.*

La caractéristique générale du livre de M. Robin est l'intervention fréquente des analyses chimiques dans la clinique; l'auteur s'est proposé pour but principal « de montrer aux élèves quelle aide immense le médecin praticien trouvera dans la chimie, et comment des recherches, qui étaient restées jusqu'à présent purement théoriques, pourraient être immédiatement appliquées à la pratique médicale. »

C'est surtout à propos de la fièvre typhoïde que M. Robin a pu mettre au service de la clinique les travaux chimiques entrepris par lui depuis de nombreuses années, et dont sa première publication (*Essai d'urologie clinique sur la fièvre typhoïde,* 1877) avait révélé l'importance.

M. Robin commence l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par une revue critique des méthodes classiques : l'expectation simple et armée, la méthode évacuante, celle des émissions sanguines, la médication tonique, les méthodes antithermiques (bains froids), antipyrétiques (acide salicylique, phénique, quinine, etc.), la méthode cardio-vasculaire (ergot de seigle), la méthode antiseptique, enfin la méthode systématique de M. Jaccoud basée sur les indications constantes.

Cet exposé rapide appelle certaines critiques. Ainsi M. Robin ne considère pas la nature parasitaire de la fièvre typhoïde comme démontrée, et il n'est pas éloigné d'admettre que cette maladie peut être fabriquée de toutes pièces par le patient, en vertu

---

Réellement, ou si vous aimez mieux, plaisanterie à part, la guerre n'est pas à souhaiter; car avec les engins de destruction perfectionnés dont on dispose en ce moment, la bélénite, les obus Ferminy, le bateau-canon, les torpilleurs, les fusils à répétition, le vainqueur, quel qu'il soit, serait tellement éclopé, qu'il ne vaudrait pas beaucoup mieux que le vaincu. Allons, que la paix soit avec nous! Voilà certes un souhait de nouvel an qui ne peut faire de mal à personne.

***

L'Autriche a mieux qu'un jeûneur; elle a un hypnotiseur qui vient de faire une des plus belles applications de l'hypnotisme à la médecine, ou plutôt à l'obstétrique. Accoucher sans douleur! quelle belle conquête sur nos misères humaines!

Il y a quelques siècles, on eût crié au miracle! au sortilège! et peut-être même eût-on brûlé la mère et l'enfant sur un bon bûcher pour s'être permis de contrevenir à la loi prétendue divine qui a dit à la femme : Tu enfanteras dans la douleur! L'anesthésie avec l'éther ou le chloroforme a déjà rendu bien des gens incrédules sur l'origine de cette parole, qui n'est plus parole d'Evangile; si l'hypnotisme s'en mêle, toutes les femmes vont faire chorus; car il paraît (cela a été dit au dernier Congrès de Nancy) que toutes les femmes sont hystériques, peu ou beaucoup, et dès lors il ne sera pas difficile de leur suggérer d'accoucher toutes sans douleur.

M. le professeur Braun (de Vienne), entre les mains de qui est survenu ce miracle, a pu mettre ainsi au monde, sans le moindre accident, un enfant pesant près de 3 kilog.

©BIU Santé

d'une spontanéité morbide que la question des ptomaïnes et des leucomaïnes lui paraît pouvoir faire refleurir un jour. M. Robin se demande si la fièvre typhoïde n'appartient pas à une classe de maladies dans lesquelles la cellule vivante, dont les réactions biochimiques seraient déviées de leur norme, engendrerait, au lieu des dédoublements et des oxydations qui s'effectuent physiologiquement dans son protoplasme, des produits jouissant de propriétés toxiques.

L'hypothèse de M. Robin, déjà bien difficile à admettre depuis les recherches d'Eberth, de Gafky, de M. Bouchard, d'Artaud, sur le bacille pathogène, perd toute vraisemblance depuis les dernières publications de Chantemesse et Widal ; il ne nous paraît plus possible d'écarter la fièvre typhoïde du groupe des maladies infectieuses dont l'origine microbienne est indiscutable et que M. Robin appele maladies pastoriennes. Dès lors, un traitement systématique basé principalement sur l'antisepsie générale et intestinale, et parallèlement sur l'antithermie et la diététique antidénutritive, tel que M. Bouchard l'a conçu et l'exécute, conserve tous ses droits à la première place dans l'estime des médecins.

Quoi qu'il en soit, M. Robin expose sa méthode thérapeutique personnelle, basée sur la STATIQUE *chimique* de la fièvre typhoïde, qui peut être résumée en quelques propositions fondamentales : 1° Il y a dans cette maladie une exagération de la désintégration organique, et aussi une dénutrition anormale par suite de laquelle le courant circulatoire est encombré de déchets morbides imparfaitement oxydés; — 2° une partie des déchets produits pendant la période fébrile est rctenue dans l'organisme, ainsi qu'en témoignent la présence de matériaux extractifs dans le sang en proportion d'autant plus grande que la maladie est plus grave, et la coïncidence de l'amélioration des symptômes avec la décharge des résidus par les urines et les autres émonctoires ; 3° les oxydations sont diminuées dans la fièvre typhoïde, et non augmentées, comme on le dit en général : plus les symptômes typhoïdes sont accusés, plus la quantité d'urée éliminée est faible et plus les produits incomburés abondent dans l'organisme.

Les indications thérapeutiques que M. Robin déduit des lois précédentes sont : de diminuer les fermentations intestinales qui engendrent des alcaloïdes toxiques, — de diminuer l'intensité de la destruction et d'accroître la résistance organique, — enfin de s'opposer à la rétention en favorisant par tous les moyens l'élimination des déchets. Cette dernière indication se subdivise en plusieurs points secondaires : la nécessité de solubiliser les résidus en leur fournissant assez d'oxygène pour que leur combustion parfaite s'accomplisse dans l'organisme, puisque leur solubilité est en raison inverse du

---

C'est très bien, mais il s'agissait là d'un accouchement normal, présentation normale, bassin normal, etc. Mais le comble de l'hypnotisme serait de réussir dans les cas de dystocie. Je ne dis pas qu'on pourra élargir un bassin rétréci, ni faire redresser les bassins obliques, ni faire disparaître les tumeurs osseuses du bassin, ni guérir préalablement l'hydrocéphalie du fœtus. Mais je suppose qu'on soit appelé subitement auprès d'une femme en couches et qu'on trouve une présentation de l'épaule ou du siège, et que les choses n'aient pas l'air de vouloir marcher toutes seules. Alors ce sera bien simple. On hypnotisera la mère, qui transmettera à son fœtus, par les voies mystérieuses de la circulation utéro-placentaire, l'ordre de faire toutes les évolutions nécessaires pour venir placer sa tête en bonne position.

Ceci n'est encore qu'une vue de l'esprit, mais je ne désespère pas de voir d'ici à quelques mois mon hypothèse donnée comme réalisée. Cela ne réussira peut-être pas avec les garçons, bien que l'hystérie fasse d'affreux ravages maintenant parmi le sexe fort, mais réussira certainement quand le fœtus sera une petite fille, puisque toutes les petites filles sont maintenant des petites femmes, car il n'y a plus d'enfant, et que toutes les femmes, d'après ce qu'on disait dernièrement au Congrès précité, sont ou seront, ou ont été des hystériques. Vous savez, Mesdames, que je n'en crois pas un mot.

* * *

Je suis d'autant plus certain de voir bientôt appliquer mon idée et de la voir réussir, qu'on m'a signalé récemment une nouvelle application bien curieuse de l'hypnotisme...

©BIU Santé

degré de leur oxydation; de leur fournir un dissolvant, de veiller à ce que la mécanique circulatoire soit à la hauteur de sa tâche, et enfin de surveiller les émonctoires pour que les déchets solubilisés et dissous puissent être facilement entraînés au dehors.

Pour réaliser l'antisepsie intestinale, M. Robin accepte l'iodoforme, comme M. Bouchard et M. J. Renaut, mais sans dépasser 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par jour, et la naphtaline aux doses seulement de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour. M. Bouchard ne pense pas que ces doses soient, à beaucoup près, suffisantes pour réaliser l'antisepsie du tube digestif.

Pour accroître la résistance organique, M. Robin compte sur l'alimentation (bouillon, lait, beef tea), sur les dynamophores (extrait de quinquina, sulfate et bromhydrate de quinine), mais M. Robin estime que la quinine ne doit être administrée qu'à très petite dose, 0 gr. 50 par jour, si on ne veut pas aller à l'encontre des indications précédemment posées; car la quinine à haute dose diminuerait les oxydations. L'alcool, le vin, le café trouvent aussi leur place dans la diététique des typhiques. Pour solubiliser les déchets, M. Robin s'adresse, d'une part, à deux médicaments, l'acide benzoïque et l'acide salicylique, qui agissent en se combinant aux produits incomplètement oxydés pour s'éliminer avec eux, et, d'autre part, aux moyens qui peuvent accroître les oxydations: augmentation de l'hématose pulmonaire, inhalations d'oxygène, stimulation de la peau, etc. Aux indications précédentes, il faut ajouter celle de donner des boissons abondantes, des diurétiques, des régulateurs de l'action cardiaque, etc.

M. Robin passe ensuite en revue les moyens thérapeutiques qu'il convient d'opposer aux principales complications; ici les limites de cet article ne me permettent plus de le suivre pas à pas. A propos de la dilatation de l'estomac, M. Robin ne la croit pas si fréquente que MM. Sée, Mathieu et moi l'avons dit; pourtant, les cas dans lesquels j'ai constaté chez les typhiques l'ectasie gastrique, avec ou sans nodosités des deuxièmes articulations des doigts, sont assez nombreux pour que je me sente en droit de demeurer ferme dans mon opinion.

Je suis d'ailleurs très reconnaissant à M. Robin d'avoir, dans sa leçon sur la syphilis amygdalienne à forme diphthéroïde, cité, en l'appréciant avec indulgence, mon mémoire de 1882 sur le chancre de l'amygdale. Cette citation m'est d'autant plus agréable que, dans un travail récent publié en Allemagne, la plus grande partie des faits que j'ai recueillis se trouvent reproduits sans que la moindre mention soit faite de mon nom,— coutume germanique!

Le défaut d'espace m'empêche de terminer l'analyse des leçons que M. Robin a con-

---

(Si vous n'êtes pas prévenus, je vous le donne en mille. — Vous jetez votre langue au chat? — Bien) à la cure de la blennorrhagie! Je ne me charge pas d'expliquer aux gens qui ont la rage de vouloir toujours connaître le pourquoi de toutes choses comment la suggestion mentale peut bien arriver à guérir une affection reconnue maintenant infectieuse, puisqu'elle a son microbe; mes faibles lumières n'ont pu me faire saisir le lien qui unit cette affection microbienne à l'hypnotisme. Aussi j'aime mieux vous dire entre nous que je n'en crois pas un mot, et que je vous souhaite, si vous tenez à faire parvenir votre nom à la postérité la plus reculée, de l'attacher à un progrès scientifique un peu plus sérieux.

SIMPLISSIME.

SOLUTION CONTRE L'ORGELET. — Abadie.

Acide borique.....	10 grammes.
Eau distillée.....	300 —

Faites dissoudre. — On imbibe de la ouate avec cette solution et on la place sur l'abcès de la paupière. On la recouvre d'une rondelle de taffetas gommé et d'une petite quantité de ouate sèche, de manière à former un pansement antiseptique toujours humide. — Si l'orgelet tarde trop à s'ouvrir spontanément, on l'incise avec la pointe d'un bistouri, et on en exprime soigneusement le contenu. Le malade continue pendant quelques jours à se laver les paupières avec la solution boriquée, afin de prévenir les rechutes. — N. G.

sacrées à la congestion rénale et à la pyélo-néphrite primitive, à la rupture du cœur, etc. La lecture en est cependant fort intéressante, comme celle de tout le volume d'ailleurs, qui renferme assez de vues originales et est écrit d'une façon assez séduisante pour ne pas redouter la critique; car, s'il la provoque en plus d'un passage, il la désarme souvent aussi. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Des fractures dites indirectes des os longs par petits projectiles de guerre, par R. Lacronique, aide-major au Val-de-Grâce. (*Archives de médecine militaire*, août 1886, avec figures.) — Depuis longtemps, les chirurgiens sont d'accord pour admettre que les causes directes produisent toujours des fractures au point frappé. On conçoit difficilement qu'une balle, par exemple, brise un os long à quelque distance de l'endroit qu'elle atteint. Pourtant ce fait peut se produire, et ce sont les cas de ce genre qui font l'objet du travail de M. Lacronique.

Ces fractures produites par cause directe et siégeant loin du point frappé sont à tort, selon l'auteur, nommées fractures indirectes ; elles seraient mieux nommées fractures indépendantes ou à distance. En fouillant la littérature médicale, on trouve mention de 18 cas cliniques (l'auteur a, depuis la publication de son travail, retrouvé mention d'un cas qu'il avait d'abord cherché en vain), dont 9 ont été rapportés avec des détails suffisants. D'autre part, à la suite des nombreuses expériences de tir faites au Val-de-Grâce par MM. Delorme, Strauss, Bousquet et Chavasse, on a pu constater 8 cas de ce genre.

De l'étude de ces faits peu nombreux, il résulte que la distance séparant le point frappé du siège de la fracture, est en moyenne de 6 centimètres, et que, si le point de contact est au-dessus du milieu de la diaphyse, la fracture est au-dessous, et inversement. Parfois, une félure réunit ces deux points. Dans d'autre cas, il n'y a aucune communication entre eux. Il peut y avoir aussi deux fractures parfaitement indépendantes, l'une siégeant au point frappé, l'autre à une distance considérable (0,15 centimètres.)

Ces lésions, on le voit, sont très variables, et ne constituent pas un type spécial et homogène. Aussi l'étude de leur mécanisme présente-t-elle de grandes difficultés. L'auteur admet la vieille théorie de l'ébranlement produit par la pression de la déformation de la balle; cette pression en se propageant de proche en proche le long de la diaphyse détermine la fracture du point le moins résistant. Pour les fractures transversales en particulier, l'ébranlement produit par la balle déformée et animée d'une faible vitesse, semble donner une explication mécanique suffisante des faits. Lorsqu'il existe une fissure reliant le point frappé à la fracture, on peut considérer ce genre de lésion comme une variété incomplète de la fracture type en X, que M. Delorme nous a fait connaître. Quant aux fractures obliques avec fissures héliçoïdales, on peut les faire rentrer dans la grande catégorie des fractures par torsion; car elles sont généralement produites par des balles abordant tangentiellement ou obliquement le cylindre osseux ou les saillies épiphysaires.

Tels sont, en somme, les grands traits de cette étude qui nous révèle l'existence de lésions très rares à la vérité, mais dignes de prendre place dans l'histoire de la chirurgie de guerre. — Lubanski.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

En donnant communication à ses collègues de *deux observations de scarlatine traitée avec succès par les bains froids*, M. H. Mollière a provoqué une discussion dont on ne

©BIU Santé

saurait, à coup sûr, contester l'intérêt pratique. Au moment ou la balnéation fut prescrite, la température du premier malade s'élevait à 40 degrés. Toutes les trois heures, on fit prendre des bains à 18 degrés chaque fois que la température s'élevait à 38 degrés ou au delà. Les trente-cinq premiers bains furent de trois minutes environ, et les derniers de dix minutes. En même temps on traitait l'angine et l'adénite cervicale par les moyens classiques. L'éruption dura plus longtemps que dans les cas ordinaires, la desquamation se prolongea et M. H. Mollière attribue ces phénomènes au contact de l'eau sur l'épiderme. Après chacun des bains, la température s'abaissait de 1 degré environ.

Le deuxième malade fut soumis à la balnéation dès le troisième jour et d'après la méthode adoptée dans le cas précédent. Malgré diverses complications, le malade guérit après cent trente bains. Au moment de la convalescence, l'enfant fut atteint de fièvre typhoïde. Celle-ci fut traitée par la méthode de Brand et guérit. Ce traitement héroïque de la scarlatine avait eu pour effet d'augmenter la résistance de l'état général.

M. Colrat pense qu'on aurait tort d'accuser les bains froids de certaines complications. Jamais, dit-il, il n'a vu d'albuminurie persistante après la cessation de leur emploi. M. Aubert partage cette opinion; M. Icard se contente de lotions froides plus ou moins prolongées.

Continuer l'eau froide quand la température est abaissée au-dessous de 40 degrés paraît inutile à M. R. Tripier, qui estime l'utilité des bains dès le début. Enfin, M. H. Mollière déclare qu'à son avis les bains froids préviennent les complications viscérales ou les combattent efficacement.

Une affection chirurgicale, la *luxation des péroniers latéraux*, a motivé l'intervention opératoire de M. D. Mollière. La réduction était facile, mais passagère, et la luxation se reproduisait dès que le malade exécutait des mouvements. L'opération fut pratiquée avec le ténotome mousse que M. Mollière retourna plusieurs fois dans la plaie afin de provoquer l'inflammation de la gaine luxée. Le malade guérit néanmoins. M. Poncet a fait remarquer le danger d'immobiliser ainsi l'articulation pendant cinq ou six semaines.

La thérapeutique des abcès abdominaux de la région iliaque et de la périty phlite suppurée a été pour le même chirurgien l'occasion de recommander l'incision hâtive et de blâmer l'intervention tardive. On temporise, dit-il, parce qu'en percutant on entend une sonorité exagérée. La matité de la région indique, au début, la congestion et non la suppuration. Plus tard, on sent une fluctuation plus ou moins nette; puis celle-ci est remplacée par une zone de sonorité qu'on attribue à l'interposition d'une anse intestinale. M. Mollière n'hésite cependant pas alors à inciser en pleine zone et à donner ainsi issue à du pus et à des gaz.

Au reste, M. Mollière incise couche par couche et au besoin conseille de faire précéder l'opération par une ponction exploratrice avec l'aspirateur.

Une autre question de chirurgie abdominale a été agitée par M. Fochier dans sa lecture sur trois cas de *dystocie par tumeurs liquides incluses dans le petit bassin*. Il estime que, si la ponction est possible, on doit se décider rapidement à en faire usage, alors que le refoulement ne peut être obtenu par des efforts modérés et que la consistance de la tumeur permet de croire à sa nature kystique et séreuse. D'autre part, c'est une idée ingénieuse de faire chauffer le trocart à 45°, avant de ponctionner le kyste dermoïde, et de façon à obtenir un écoulement facile du liquide facilement coagulable de ces kystes.

L'élongation nerveuse ne possède plus la faveur des médecins. Cependant M. H. Mollière propose son emploi dans le *traitement des sciatiques rebelles liées au cancer de l'utérus*. Elle serait indiquée dans les cas où la morphine échoue et à condition d'employer le procédé de la flexion forcée et non la méthode sanglante. Il considère donc cette opération comme utile contre les sciatiques de cause locale.

Le *traitement des verrues par la magnésie* est recommandé par M. Colrat. Il administre cette substance deux fois par jour aux enfants à la dose de 10 à 15 centigrammes. Néanmoins, si quelques-uns guérissent par ce moyen, d'autres résistent pendant plusieurs mois, et d'autres, enfin, sont absolument rebelles. M. Colrat renonce à donner l'explication de ces faits, semblables d'ailleurs à ceux que Fonssagrives signalait naguère.

Pour terminer cette revue trimestrielle, notons encore quatre communications : l'une de M. Monoyer sur la *puissance visuelle, le pronostic amplifiant et délimitant le pouvoir dioptrique et le grossissement du microscope;* les autres de M. D. Mollière sur l'*application du principe de l'ostéoclaste de Robin aux luxations anciennes;* de M. Chandelux sur les *nerfs de l'articulation coxo-fémorale*, et de M. Tripier sur la *fluctuation dans les épanchements pleurétiques*. — G. L. D.

VARIÉTÉS

DANS QUELLE POSITION DOIT-ON DORMIR?

M. Menli Hilty (de Buchs) a pris en grande pitié l'humanité... quand elle dort. Jusqu'à présent, il était d'usage, — ne parlons pas des exceptions, — de coucher avec la tête haute et les pieds bas.

D'après le mémoire, analysé dans *The London medical Record*, M. Menli Hilty espère réformer cette habitude et fait la guerre aux oreillers. Il les supprime; puis il enlève le traversin, et graduellement, écrit-il, s'habitue à dormir ainsi. De la tête, il passe ensuite aux pieds et les relève, petit à petit, jusqu'à une hauteur de 20 centimètres.

Dans quel but? Tout réformateur en poursuit un : celui de M. Menli Hilty est de favoriser l'irrigation sanguine du cerveau. Pendant le jour, écrit-il, l'attitude verticale diminue l'afflux du sang vers la tête et met le cœur en nécessité d'exagérer son travail. Le décubitus incliné doit, pendant la nuit, favoriser le cours du liquide sanguin vers les centres nerveux, faciliter leur nutrition et leur donner « une vigueur nouvelle pour « livrer quotidiennement le combat de la vie ». Et les congestions, pourquoi les redouter? La glande thyroïde n'est-elle pas là, d'après le même auteur, pour régulariser la distribution du sang dans l'extrémité céphalique et calmer des appréhensions fort vulgaires?

L'originalité de cette méthode touche à la fantaisie. Il est donc fort à craindre que la réforme de Menli Hilty ne soit pas adoptée, et que, demain comme aujourd'hui, on oublie de mettre en pratique cet art nouveau de dormir correctement. — C. L. D.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décrets, en date des 19 et 24 décembre 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Cassien, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Brindejonc de Treglodé, Barret, Dorvau, Nédelec, Lecorre et Keisser.

— M. le docteur Guindey est nommé médecin du lycée d'Évreux, en remplacement de M. le docteur Saint, décédé.

Société médico-pratique. — La Société médico-pratique vient de nommer président d'honneur M. Henri Huchard et de constituer son bureau pour l'année 1887 de la façon suivante : Président, M. Richelot fils; 1er vice-président, M. Groussin; 2e vice-président, M. Cadet de Gassicourt; secrétaire général, M. Cyr; secrétaire général adjoint, M. Tripet; secrétaires annuels, MM. E. Desnos et Roux; trésorier, M. F. Vigier; archiviste, M. Dehenne.

Le prix de la Société n'a pas été décerné. Une récompense de 200 francs a été accordée à M. Courtin (de Bordeaux) pour son mémoire *Sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Ozenne : Décollement traumatique simultané des épiphyses inférieures du radius et du cubitus droits par arrachement, avec disjonction interépiphysaire, chez un enfant de 10 ans. — II. De Pezzer : Des progrès accomplis dans le traitement des calculs de la vessie dans ces quinze dernières années. — III. Bibliothèque : Au hasard du chemin. — IV. Revue des Journaux : De la paralysie nocturne. — Un cas de diphthérie post-traumatique. — Du traitement des kystes hydatiques. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Variétés : Folie et suicide en Russie. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Décollement traumatique simultané des épiphyses inférieures du radius et du cubitus droits par arrachement, avec disjonction interépiphysaire, chez un enfant de 10 ans.

Par le docteur Ozenne, chef de clinique adjoint de la Faculté

Il est rare d'observer le décollement traumatique simultané des épiphyses inférieures du radius et du cubitus. Aussi est-ce à ce titre qu'il nous a paru intéressant de faire connaître le fait suivant, dont le mécanisme est un bel exemple de décollement épiphysaire par arrachement.

Le 19 octobre dernier, le jeune X..., âgé de 10 ans, enfant bien constitué, mais d'un développement au-dessous de la moyenne, luttant avec l'un de ses camarades, perdit à un moment l'équilibre, et fut renversé sur le dos ; dans cette chute, en cherchant à continuer la résistance et à se dégager, les bras étendus, il parvint par un brusque effort à rejeter un peu de côté son adversaire, dont le poids du corps tout entier vint pesamment presser sur la paume de sa main droite, qui eut à subir une extension forcée. Une très vive douleur fut aussi ressentie au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras, et toute résistance devint impossible.

Appelé auprès de cet enfant six heures après l'accident, nous trouvions le membre supérieur dans l'état suivant : l'axe de la main, en position intermédiaire à la pronation et à la supination, continuait l'axe de l'avant-bras sans qu'on notât aucune déviation latérale. Les doigts étaient fléchis à angle droit, sur la main, de même que sur les trois quarts supérieurs de l'avant-bras, on ne constatait aucun gonflement, aucune trace de contusion, rien qui pût faire supposer que la région olécrânienne en particulier eût été projetée sur le sol. C'est au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras que siégeaient les lésions. Là, sans plaie, sans changement de coloration de téguments, on voyait dans une étendue de 5 centimètres environ, un léger gonflement, assez net sur les faces antérieure et latérales, à peine marqué sur la face postérieure.

Les apophyses styloïdes du cubitus et du radius avaient conservé leurs rapports normaux, et la pression sur chacune d'elles ne provoquait aucune douleur. Même insensibilité existait au niveau de l'interligne articulaire en avant et en arrière, ainsi qu'aux points d'attache supérieurs des ligaments antérieurs et postérieurs radio-carpiens. En explorant l'extrémité inférieure des deux os, soit au niveau des bords, soit au niveau des faces, on ne découvrait ni relief transversal, ni saillies anormales, ni dépressions ; aucun déplacement ne s'était produit, les connexions périostiques n'ayant probablement pas été détruites. Mais, par une légère pression de l'index, on produisait une douleur assez vive sur le cubitus à 10 ou 12 millimètres et sur le radius à 12 ou 15 millimètres du sommet de leurs apophyses. Cette douleur, qui existait sur tout le trajet circulaire de la ligne interdio-épiphysaire, modérée sur la face postérieure, était plus accentuée au niveau des bords, et vive principalement sur la face antérieure.

En immobilisant d'une main la partie moyenne des deux os, et en saisissant de l'autre les épiphyses, on déterminait une légère mobilité anormale d'avant en arrière et d'arrière en avant, mais nul déplacement dans le sens latéral, et par suite aucun mouvement de rotation du segment épiphysaire. Aucune crépitation n'a été perçue. Les deux épiphyses, prises séparément et déplacées en sens inverse l'une de l'autre, présentaient aussi un peu de mobilité, due sans doute à quelques déchirures ligamenteuses.

Les mouvements spontanés de la main étaient en partie conservés; celui de la flexion

©BIU Santé

était le plus étendu, quoiqu'incomplet; celui de l'extension plus limité et douloureux. Quant à la pronation et surtout à la supination, qui était surtout entravée, elles ne pouvaient être accomplies que dans des limites très restreintes.

De l'ensemble des symptômes que nous avions sous les yeux, nous ne devions conclure ni à une simple contusion, ni à une luxation du poignet, ni à une fracture des extrémités osseuses. Le décollement épiphysaire était le seul diagnostic qui s'imposât.

Aucun déplacement n'existant, il n'y avait pas de réduction à faire; un bandage ouaté, légèrement compressif, fut appliqué autour de la main et de l'avant-bras pour obvier au gonflement inflammatoire; et le troisième jour, ce gonflement ayant en partie disparu, une gouttière plâtrée fut moulée sur l'avant-bras et le poignet. Le huitième jour, aucune sensation douloureuse n'ayant été perçue depuis l'application de l'appareil, nous mettions le membre à nu; mais, malgré une plus grande facilité des mouvements de la main, la pression réveillant encore des douleurs au niveau de l'épiphyse radiale, la gouttière fut remise en place et ne fut enlevée que 6 jours plus tard. Le 17e jour après l'accident, on n'en constatait plus d'autre trace qu'une légère diminution dans l'étendue du mouvement normal d'extension de la main sur l'avant-bras, qui d'ailleurs n'a pas tardé à reprendre son amplitude.

Parmi les disjonctions épiphysaires traumatiques, celles de l'extrémité inférieure du radius sont les plus fréquentes; sauf quelques auteurs, Hamilton (1) en particulier, qui regarde comme fort douteux la plupart des exemples que l'on a publiés, on s'accorde généralement à le reconnaître. Dans une bonne thèse écrite sur ce sujet, J. Colignon (2), sur un relevé de 79 cas observés dans les différentes régions du corps, en signale 15 appartenant à l'extrémité inférieure de cet os. Très rare, au contraire, serait la disjonction simultanée des extrémités inférieures du cubitus et du radius, s'il faut s'en rapporter au silence des auteurs. Dans ce même travail de Colignon, on n'en cite aucun fait, et il n'en est pas fait davantage mention dans les traités récents de fractures, sauf dans celui d'Hamilton, où cet auteur rapporte que Robert Smith (3) dit en avoir rencontré plusieurs faits qui auraient été pris pour des luxations.

Dans le cas dont nous venons de donner la relation, tout autre diagnostic nous semble devoir être écarté, car les symptômes que nous avons signalés avec détail, à cause de la rareté de cette disjonction simultanée, ne peuvent appartenir ni à une luxation du poignet où il existe une déformation spéciale due au déplacement, ni à une fracture où les points douloureux sont toujours plus éloignés de l'interligne articulaire, ni à une contusion dans laquelle il n'y a pas de mobilité du segment épiphysaire, ainsi que nous l'avons constaté. Ce fait nous paraît donc devoir être classé dans la variété des décollements épiphysaires inférieurs radial et cubital sans déplacement, avec complication d'une disjonction interépiphysaire.

Sous l'influence d'un appareil immobilisateur, la guérison s'est effectuée sans aucun accident; et, le vingtième jour, on reconnaissait que le jeune malade avait recouvré l'usage parfait du membre. Comme dans tous les cas semblables, le pronostic immédiat pouvait être prévu; il devait être favorable, ce qui a eu lieu.

Mais n'a-t-on pas à redouter que cette lésion n'ait quelque influence d'arrêt sur le développement ultérieur du membre, que l'accroissement de l'os en longueur ne soit arrêté, si l'épiphyse décollée s'est réunie par un cal

(1) Hamilton : *Traité pratique des fractures et des luxations*, 1884.
(2) J. Colignon : Thèse de Paris, 1868.
(3) Robert Smith : *Treatise on fracture etc...* Dublin, 1854, p. 164.

osseux? Quelques expériences d'Ollier (1) sur les animaux et deux observations publiées par Goyrand (2) sembleraient, de prime abord, justifier cette crainte; mais elle n'est, dans l'espèce, qu'en apparence fondée; car, s'il en est ainsi dans les cas de disjonction avec fracture pré-épiphysaire ou juxta-épiphysaire, dans les disjonctions simples sans déplacement, le recollement s'opère très vite, sans travail morbide capable d'accélérer l'ossification du cartilage; aussi ne doit-il se produire à l'avenir aucun arrêt de développement.

Rappelons, en terminant cette note, que le mécanisme qui a présidé à la production de ce décollement simultané est celui qu'on observe le plus souvent pour la disjonction radiale isolée; il n'y a pas eu, comme on a l'occasion de le voir dans les chutes, par exemple, une brusque violence capable de déterminer un écrasement, mais une extension de la main forcée et prolongée, combinée à un certain degré de torsion et d'inclinaison latérale, ce qui a produit le décollement par arrachement.

Des progrès accomplis dans le traitement des calculs de la vessie dans ces quinze dernières années.

Le traitement des calculs de la vessie a bénéficié depuis quinze années des progrès considérables de la chirurgie antiseptique, de l'instrumentation, de notions plus précises sur la fièvre urineuse, la fermentation des urines, les néphrites infectieuses, l'influence de l'état général sur le résultat des opérations, etc. D'ailleurs, il est facile de s'en rendre compte en parcourant le volumineux index bibliographique annexé à la thèse de concours de M. O. Bloch (3) sur ce sujet, et qui ne comprend pas moins de 74 pages. On peut dire que tout ce qui a été publié sur la question s'y trouve réuni, et nous n'avons pas été étonné d'y voir la large part occupée par les travaux français, et ces travaux, depuis ceux de Civiale jusqu'à ceux de M. le professeur Guyon et de ses élèves, appréciés comme ils le méritent.

D'ailleurs, la chirurgie des voies urinaires est une question toute française, et ses plus brillants représentants à l'étranger sont les élèves des Civiale, des Leroy d'Étiolles, des Heurteloup, des Mercier, des Voillemier, etc.

Il nous suffira de rappeler brièvement ces progrès, sans entrer dans des détails qui ne peuvent trouver place ici, en ajoutant aux documents réunis par M. Bloch des indications tirées de travaux publiés plus récemment. Jusqu'en 1823, époque où Civiale vulgarisa la lithotritie dans la pratique chirurgicale, la taille était la seule opération exécutée couramment dans le traitement des calculs vésicaux.

De 1823 à 1878, la taille et la lithotritie se disputèrent la prééminence, et leurs indications respectives étaient à peine formulées et acceptées, non sans conteste toutefois, que la litholapaxie venait changer une fois encore ces indications, tandis que la méthode antiseptique, de son côté, rendait à la taille hypogastrique une faveur nouvelle en lui donnant une innocuité plus grande.

Les instruments inventés, perfectionnés de mille manières pour déceler, mesurer et broyer la pierre, sondes, lithoclastes, tenailles, sont, pour ainsi dire, innombrables

(1) Ollier : *De la régénération des os*, 1867.

(2) Goyrand : *Revue médico-chirurg. de Paris*, 1848, p. 25.

(3) Pendant l'hiver dernier eut lieu, à l'Université de Copenhague, un concours pour la place de docent extraordinaire à la chaire de clinique chirurgicale qui assurait au candidat nommé la succession de la chaire du professeur Saxtorph. Le lauréat fut M. le docteur Oscar Bloch, bien connu des chirurgiens par ses travaux, et de nos confrères français pour sa collaboration active à l'organisation du Congrès médical international de Copenhague.

©BIU Santé

jusqu'en 1870. A partir de cette époque, la majorité des praticiens paraît adopter définitivement comme lithotribe le brise-pierre à écrou brisé de Charrière. — Thompson, Teevan, Fergusson, en Angleterre — Bigelow, Gross, Otis, etc., en Amérique — Verneuil, Trélat, Guyon, etc., en France — Dittel, Ivanchich, Ultzmann, Billroth, en Autriche — Küster, Busch, Mosengeil, Krönlein, etc., en Allemagne — en Danemark, Saxtorph, ont pratiqué la lithotritie avec cet instrument. Disons cependant que, dans certains cas de calcul durs ou volumineux, les lithoclastes à pignon et à percussion trouvent toujours leur emploi. En effet, le pignon, bien proportionné à la main, est d'un maniement commode; il donne une puissance considérable. Aussi Mercier s'en est-il servi exclusivement durant sa longue et laborieuse carrière. M. Reliquet en fait encore ordinairement usage.

Les perfectionnements apportés à la lithotritie au point de vue de la rapidité nous paraissent même dater de l'invention du brise pierre de M. Reliquet, construit par M. Collin, et présenté à l'Académie en janvier 1872. Cet instrument lui permettait de broyer un calcul de 2 centimètres en moins de cinq minutes.

« Le bec femelle ayant le diamètre transversal du bec de Civiale est largement fenêtré comme le porte à faux. Les dents du bec mâle, l'instrument étant complètement fermé, doivent dépasser légèrement le bord postérieur du bec femelle. C'est grâce à l'enchevêtrement absolu des dents du bec mâle dans celles du bec femelle, et à cette saillie des dents du bec mâle au delà du bec femelle que ce brise-pierre se vide toutes les fois qu'il est fermé complètement. Mais une pièce spéciale limite l'engagement du bec mâle dans le bec femelle, ce qui permet de l'introduire dans l'urèthre sans risquer de le blesser par les aspérités. »

Je dois dire cependant que la plupart des chirurgiens se servent d'un modèle où les dents ne dépassent pas la branche femelle par crainte de prendre la vessie.

Depuis quelques années, lorsque l'introduction et le séjour des instruments provoquaient des douleurs vives dans l'urèthre et la vessie, on chloroformait d'abord le malade; on injectait ensuite dans le réservoir urinaire une certaine quantité de liquide — eau pure ou liquide antiseptique — tel que solution phéniquée, boriquée, etc., et, le broiement de la pierre effectué, le liquide chassait peu à peu les fragments.

L'adjonction de la chloroformisation et des injections antiseptiques à la lithotritie a conduit peu à peu à la prolongation des séances; de là à broyer la pierre en une seule séance et à forcer les fragments à sortir au fur et à mesure au moyen d'injections successives, il n'y avait qu'un pas, et ainsi fut créée la litholapaxie ou lithotritie rapide avec évacuation.

C'est à Bigelow (de Boston) que revient l'honneur d'avoir réuni, vers 1875, ces divers éléments pour en faire une opération réglée, méthodique, qui fut immédiatement adoptée par tous les chirurgiens qui s'occupent du traitement des calculs vésicaux. Cette opération permettait d'employer des instruments broyeurs plus volumineux à cause de la plus grande dilatabilité de l'urèthre obtenue par la chloroformisation, et partant plus puissants; d'où possibilité de broyer rapidement des calculs durs et volumineux. Bigelow, Thompson, Reliquet, Ultzmann, Keyes, etc., ont modifié dans ce sens les branches des lithoclastes, munies de mors et de fenêtres très résistants. En même temps, on revenait parfois aux appareils à pignon et à percussion qui permettaient d'employer une plus grande force.

M. Reliquet n'a jamais abandonné son brise-pierre; il l'a seulement modifié en élargissant la branche femelle et en rendant plus acérées les dents de la branche mâle. Il n'a imité Bigelow que dans sa pratique de l'anesthésie.

Le broiement effectué, on remplace le lithotribe par une sonde évacuatrice garnie d'un aspirateur et qui, au moyen de mouvements alternatifs d'aspiration et d'injection, vide la vessie de tous les fragments qui peuvent entrer dans son orifice. On peut ainsi répéter plusieurs fois de suite le broiement et l'évacuation. Clower avait déjà fait suivre l'aspiration du broiement, au moyen d'une poire en caoutchouc, avant que Bigelow songeât à faire un appareil complet en adaptant à la sonde la poire et en les séparant par une valvule destinée à empêcher le retour dans la vessie des fragments aspirés. Ceux-ci sont reçus définitivement dans un ballon en verre. Les rapports de ce ballon avec

la sonde et la poire en caoutchouc ont fort exercé la sagacité des inventeurs, car le reflux des fragments dans la vessie a toujours été la pierre d'achoppement de ces appareils. M. Bloch nous donne la figure de plusieurs modèles très ingénieux construits par M. Nyrop, le Charrière de Copenhague.

Ajoutons que dans ces derniers temps on a remplacé avec succès, dans quelques cas, l'anesthésie générale par l'anesthésie locale de l'urèthre et de la vessie au moyen de la cocaïne (15 grammes d'une solution à 4 p. 100). N'oublions pas de mentionner aussi le lithophone employé depuis 1878 dans le diagnostic des calculs vésicaux par Thompson, puis par Perkeley Hill, Bigelow, Guyon, etc.

La *lithotritie périnéale*, combinaison de la lithotritie avec la taille, a été un peu oubliée depuis l'apparition de la litholapaxie. Réservée au broiement des calculs volumineux, cette opération n'a guère été pratiquée à l'étranger. En France, Dolbeau qui l'a, pour ainsi dire, créée, l'avait fait adopter par plusieurs de ses collègues, Léon Labbé, Duplay. En 1883, Peters (de New-York) fit un travail sur la litholapaxie pratiquée à travers le périnée, et quelques chirurgiens étrangers, Tempeste Rizzoli (en Italie), Teevan et Macnamara (en Angleterre), pratiquèrent le broiement après la taille hypogastrique.

La *taille uréthrale* (1) ou lithotritie uréthrale, imaginée par Allarton, et d'où semble dériver la lithotritie périnéale de Dolbeau, est restée beaucoup plus en honneur à l'étranger que celle-ci, comme l'indiquent les nombreux travaux publiés depuis 1870 sur cette question. La taille elle-même, dans ses différents procédés et méthodes, n'a guère été modifiée.

Comme Volkmann, Czerny, Gussenbauer et autres le faisaient remarquer cette année même au Congrès des chirurgiens allemands, la litholapaxie tend de jour en jour à remplacer les opérations sanglantes, et depuis 1878 c'est la lithotritie rapide qui a attiré toute l'attention des chirurgiens, tant au point de vue des indicatiens que des procédés opératoires et de l'instrumentation.

Bornons-nous à signaler les perfectionnements apportés à la partie instrumentale, cystotomes et dilatateurs, ballons hémostatiques, ballon de Pétersen, application du galvano et du thermo-cautère à l'incision du périnée et de la paroi abdominale, dans le but de prévenir les hémorrhagies, les infiltrations d'urine et de pus, l'érysipèle, etc. (Verneuil, Th. Anger, Mallez), l'emploi de la méthode antiseptique, l'emploi des pinces à demeure pendant et après l'opération, etc., et voyons les résultats fournis par ces diverses opérations.

M. Bloch a réuni, à cet égard, des statistiques très intéressantes.

Pour la lithotritie ou lithotripsie, il donne celle de :

Cadge	qui a publié	en 1878	86	cas dont	8	morts, soit	9,30	p. 100.
Thompson	—	en 1878	422	—	32	—	7,58	—
Guyon	—	en 1877	73	—	6	—	8,22	—
Ivanchich	—	en 1881	300	—	22	—	7,33	—
Gross	a réuni	en 1882	1470	—	159	—	10,82	—

Pour la litholapaxie, M. Bloch a réuni les statistiques de 46 chirurgiens, ayant opéré 1,147 cas avec 64 morts, soit une mortalité moyenne de 5,58 p. 100.

Evidemment ces résultats individuels ne sont guère comparables, et il est difficile d'additionner entre elles, pour en tirer une moyenne qui servira à donner une idée de l'utilité de l'opération, les statistiques composées d'un seul cas suivi de mort, ce qui donne une mortalité de 100 p. 100 avec celles qui sont composées de 24, 30, 70, 112, 226, 312 cas, donnant des mortalités variables de 2,68 à 12,50 p. 100.

M. Bloch a bien compris cette difficulté, qui est le point faible de toutes les statistiques; aussi, prenant les 6 chiffres les plus élevés, ceux de Bigelow, Dittel, Freyer, Guyon, Gross et Thompson, il en fait une statistique à part, comprenant 953 cas, avec une mortalité de 45, soit 4,79 p. 100.

(1) M. Bloch sépare nettement la lithotritie périnéale de Dolbeau de l'opération d'Allarton (taille périnéale avec incision de l'urèthre).

©BIU Santé

En tenant compte des résultats annoncés par M. Guyon au deuxième Congrès français de chirurgie, 647 cas avec 34 morts, les chiffres donnés par M. Bloch deviennent : 1,294 cas avec 65 morts, soit 5,02 p. 100. Les chiffres fournis par les 5 autres chirurgiens donnent un total de 657 cas avec 31 morts, soit 4,72 p. 100.

Dr DE PEZZER.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

AU HASARD DU CHEMIN, voyage de jeunes naturalistes de la Manche aux Alpes. — Études pittoresques des bêtes, — des plantes, — des pierres, orné de 666 illustrations, par M. et Mme Stanislas MEUNIER. Paris, Rothschild. — Sans date. 1 vol. grand in-8° de 384 pages.

Sans date! et c'est ce qu'il y avait de mieux. Ce très beau volume, en effet, est destiné à ne pas vieillir. Dans un demi-siècle, on pourra le mettre en montre, avec la rubrique « vient de paraître », et il sera tout autant d'actualité qu'aujourd'hui. La science, j'entends la vraie science, purement descriptive et dégagée de toute théorie hypothétique, se conserve toujours jeune; ce qui ne l'empêche pas de grandir et de se développer sans cesse. Les faits nouveaux s'ajoutent aux anciens, mais ceux-ci restent immuables lorsqu'ils ont été bien observés. Or, le livre de M. et de Mme Stanislas Meunier, dépouillé de l'affabulation qui lui sert de cadre, n'est, au fond, qu'un traité descriptif de zoologie, de botanique et de géologie. Mais ce serait grand dommage de le priver de son cadre, je veux dire du récit qui amène, qui justifie toutes les descriptions scientifiques, et qui les relie les unes aux autres. Ce récit est charmant. Aussi dramatique, aussi intéressant qu'un des bons romans de Jules Verne, il est d'ailleurs très simple : Une famille d'artistes, le père, la mère et les enfants, accompagnée d'un savant encyclopédique, à l'extérieur grotesque et au cœur vaillant, s'embarque dans une énorme voiture de saltimbanques, qui lui sert de maison. Dans ce baroque et délicieux équipage, elle parcourt la côte normande, la Suisse et la Savoie, s'arrêtant où il lui plaît, regardant aussi longtemps qu'il le faut ce qui lui convient, toujours sûre de son gîte sans avoir à subir les obséquiosités tarifées des maîtres d'hôtel et le contact irritant des importuns. Qui n'a fait ce rêve dans sa jeunesse, et même dans son âge mûr? J'en connais qui le font encore dans leur vieillesse!

Toutefois, le voyage ne va pas d'un bout à l'autre « comme sur des roulettes ». La voiture est volée en Normandie. Voilà nos braves artistes à pied et lancés dans une série d'incidents, les uns comiques, les autres terribles, mais tous du plus vif intérêt. — En Suisse, une partie des voyageurs s'égarent dans une excursion de montagne, passent la nuit à la belle étoile et font des rencontres singulières. Parmi celles-ci, il est une figure qui m'a particulièrement frappé, c'est un chasseur de renards que les égarés voient tout à coup devant eux, les considérant avec attention et bienveillance : « Vieux, grand, maigre, portant de longues moustaches grises, pendantes comme celles de Vercingétorix, il avait sur la tête un grand chapeau de feutre pointu à larges bords, et sur le dos un plaid gris dans lequel il se drapait majestueusement. Ce châle, relevé d'un côté, laissait voir une jaquette de velours. Le pantalon était de même étoffe, et serré au bas de la jambe par de bonnes guêtres de cuir, attachées à de forts souliers de chasse. » Le portrait est ressemblant et sera précieux aux biographes de l'avenir. Je pense que les amis du vénéré « chasseur » n'ont pas hésité à le reconnaître. La gravure, si elle en eût été faite, aurait porté à 667 le nombre des illustrations du volume, mais cela eût dérangé, sans doute, la symétrie des trois six alignés; contentons-nous de 666; c'est un joli chiffre.

Voici la conclusion du livre. Elle s'adresse surtout aux médecins et aux hygiénistes. La femme de l'artiste, Mme Bravandas, fait ainsi la critique de la situation : ... « Ce voyage insensé nous a coûté les yeux de la tête. L'air et le soleil ont tanné nos peaux au point qu'à Paris nos amis ne voudront pas nous reconnaître; nos vêtements à tous sont dans le plus lamentable état d'usure. Chaque jour, nous avons tra-

©BIU Santé

vaillé comme des nègres; et maintenant, de cette partie de plaisir de cinq mois, il ne nous reste plus qu'une immense fatigue. Va! il eût mieux valu faire comme tout le monde, voyager en chemin de fer, manger aux tables d'hôte, se distraire aux casinos. »

Ce à quoi le mari répond avec un grand sens : « Nous avons dépensé tout l'argent que nous avions, mais nous ne sommes pas plus économes à Paris. Nous avons des mines de paysans; mais nous ne sommes plus anémiques, les battements de cœur, les essoufflements, les névralgies semblent nous avoir quittés à tout jamais; nous avons travaillé, mais nous ne nous sommes pas ennuyés une minute; tes enfants se sont instruits, sont devenus agiles, adroits, infatigables; je n'ai pas eu un souci; tout le long de la route tu as été gaie comme un pinson, etc. »

Tout nous porte à croire que la chère femme de l'artiste se laissera convaincre par la justesse de ces considérations, et qu'elle lui continuera, en voiture ou autrement, sa touchante et inestimable collaboration. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

De la paralysie nocturne, par E. Stevenson — Sous le nom de *Night Palsy*, Weir Mitchell a désigné une forme de parésie des extrémités survenant pendant la nuit et particulière aux femmes dans la période de la ménopause. Ses symptômes consistent en faiblesse musculaire des mains et des avant-bras, en fourmillements et parfois en sensations douloureuses de ces organes. Ces phénomènes disparaissent spontanément ou après la rubéfaction de la peau.

M. Stevenson a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cette affection qui, rarement, mais quelquefois cependant, a été notée chez l'homme. Il l'attribue à l'anémie; mais d'autres auteurs la considèrent comme le résultat de phénomènes réflexes consécutifs à des troubles gastro-intestinaux.

Tous les malades ont d'ailleurs guéri. Le traitement consistait dans le repos, la galvanisation et la médication bromurée. (*The Practitioner*, juin 1886.) — C. L. D.

Un cas de diphthérie post-traumatique, par Mackie. — Le 5 juin dernier, M. Leslie Philips signalait un cas de diphthérie loeale du pénis après une opération chirurgicale sur cet organe; il l'attribuait à la contagion par l'intermédiaire d'instruments ayant servi à la trachéotomie. Le cas observé par M. Mackie n'est pas sans analogie.

Après la circoncision, cet observateur constata la formation d'une néo-membrane sur la plaie pénienne. Ce produit avait tous les caractères des exsudats diphtéritiques, se détachait aisément, intéressait seulement l'épithélium, et, comme les produits diphthéritiques, ne s'étendait pas aux tissus sous-épithéliaux. La pathogénie de cette production pseudo-membraneuse est obscure. (*Brit. Med. Journ.*, juin 1886, p. 1164.)

C. L. D.

Du traitement des kystes hydatiques, par W. Gardner. — En réunissant toutes les statistiques qu'il a pu se procurer, cet observateur constate que, sur 212 cas de kystes hydatiques rompus spontanément, 111 se terminèrent par la mort et 101 par la guérison. Cette dernière s'observe donc dans la moitié des cas.

M. Gardner tire de ce fait une conclusion pratique. L'expectation, dit-il, doit être adoptée si la rupture du kyste fait courir seulement de faibles dangers au malade, ou paraît être un acheminement vers la guérison. Il en est de même encore quand la tumeur est inaccessible au chirurgien. Par contre, tous les kystes hydatiques superficiels doivent faire l'objet d'un traitement actif par l'aspiration ou l'incision. Dans les cas où le liquide serait louche et contiendrait du pus, l'intervention opératoire serait suffisamment motivée. (*Journ. Américc. Med. Assoc.*, 5 juin 1886.) — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 décembre. — Présidence de M. Hortelour.

Sommaire. — Suture du nerf médian. — Rapport sur deux observations. — Rapport sur une opération d'hystérectomie vaginale. — Rapport sur trois observations d'occlusion intestinale. — Rapport sur une hémorrhagie générale du corps vitré, guérie par l'ophthalmotomie. — Suite de la discussion sur un cas de laparotomie pour plaies intestinales par arme à feu.

A propos de la présentation, par M. Monod, d'un malade chez lequel on pouvait constater les résultats peu satisfaisants de la suture du nerf médian au point de vue du rétablissement de la sensibilité et des mouvements, M. Schwartz communique l'observation d'un jeune étudiant suédois qui, le 3 septembre dernier, s'était coupé le poignet avec un rasoir pour s'ouvrir l'artère radiale. A l'hôpital Beaujon où il est amené, M. Schwartz constate, entre autres lésions, la section du nerf médian, dont il pratique la suture séance tenante. Les résultats de l'opération au point de vue de la sensibilité étaient nuls au bout de cinq semaines. Le malade a été perdu de vue.

— M. Périer lit un rapport sur deux obvervations de M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer). La première a pour titre : *Déchirure du col à droite, opération d'Emmet, guérison.*

L'opération, pratiquée le 1er juillet 1885, consista dans l'avivement du col avec des ciseaux et dans la réunion des surfaces avivées par quatre points de suture en fil d'argent, après lavage antiseptique. Pansements iodoformés et injections d'eau phéniquée. Les fils furent enlevés le onzième jour; la réunion était parfaite. Le douzième jour, la malade se lève; le dix-septième, les règles reviennent et durent quatre jours sans incident. Depuis cette époque, la malade a repris ses occupations habituelles, le col a récupéré sa forme normale.

La deuxième observation a pour titre : *Hernie scrotale gauche étranglée, cure radicale, guérison.*

L'opération fut faite seize jours après le début des accidents. Une fois la réduction obtenue, M. Houzel disséqua le sac avec les doigts et la sonde cannelée, l'attira un peu au dehors et le lia en masse avec de la soie phéniquée, le coupa et laissa remonter le moignon du côté de l'abdomen.

L'opération a été faite le 20 août; la cicatrisation était complète le 27, et le malade se levait le 28. Huit jours après, il reprenait son ancien métier de boulanger; la guérison s'est maintenue depuis. M. le rapporteur préfère, pour la cure radicale de la hernie, à la ligature du goulot du sac par un seul fil et en masse, la ligature en chaîne qui n'expose pas à voir le fil glisser et la cavité péritonéale se mettre en libre communication avec le tissu cellulaire du canal inguinal, comme il en a vu un exemple.

Dans les cures radicales d'emblée, ou après étranglement, qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour, M. Périer a constamment énuclée le sac, sauf dans un cas exceptionnel; tantôt cette énucléation a été facile, tantôt elle a été laborieuse. Il serait disposé, à l'avenir, à conserver les portions du sac dont l'énucléation exigerait de trop grands tiraillements.

M. le rapporteur termine en proposant de maintenir dans un rang des plus honorables sur la liste des candidats au titre de correspondant, le nom de M. Houzel qui a fait à la Société de nombreuses communications toutes intéressantes. (Adopté).

— M. Richelot donne lecture d'un rapport sur une opération d'hystérectomie vaginale, pratiquée par M. le docteur Rohmer (de Nancy). Nous devons nous borner à mentionner ce travail, qui sera inséré *in extenso* dans ce journal.

— M. Kirmisson lit un rapport sur un travail de M. le docteur Heydenreich (de Nancy) concernant trois cas d'occlusion intestinale traités avec succès par des moyens divers : entérotomie, laparotomie, électrisation. La troisième observation montre la valeur de

©BIU Santé

l'électrisation dans l'occlusion intestinale. Bien qu'elle ne soit pas exempte de dangers, on pourra toujours y recourir avant d'en venir à l'intervention chirurgicale.

Dans la deuxième observation, M. Heydenreich a eu recours à la laparotomie, qui lui a permis de reconnaître l'obstacle (bride) et d'en triompher.

Dans la première, M. Heydenreich pratiqua l'entérotomie. L'occlusion était survenue lentement; elle datait déjà de vingt-deux jours. L'état général contre-indiquait une opération aussi sérieuse que la laparotomie; l'entérotomie de Nélaton fut pratiquée et suivie d'une prompte guérison.

M. le rapporteur fait remarquer que laparotomie et entérotomie ne sont pas deux opérations qui s'excluent l'une l'autre, mais que, suivant l'emploi judicieux qui en est fait par le chirurgien, toutes deux sont capables de donner d'heureux résultats.

M. le rapporteur termine en proposant d'inscrire M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

— M. Delens donne lecture d'un rapport sur une observation de M. le docteur E. Rolland (de Mont-de-Marsan), intitulée : *Hémorrhagie générale du corps vitré; ophthalmotomie; guérison.*

Après avoir résumé cette observation, M. le rapporteur ajoute que le succès est d'autant plus remarquable que, jusque dans ces derniers temps, le traitement des hémorrhagies du corps vitré se réduisait à peu près à la simple expectation et que le pronostic était presque fatal lorsque l'épanchement était un peu abondant. Désormais les chirurgiens non seulement pourront, mais devront intervenir, car l'opération n'est pas difficile à exécuter et n'exige pas d'instrumentation spéciale. A la rigueur, elle peut s'exécuter avec la pointe d'un bistouri ordinaire.

M. Galezowski a récemment préconisé l'ophthalmotomie postérieure pour un certain nombre d'affections de l'œil, telles que le décollement de la rétine et les hémorrhagies du corps vitré. Il emploie un couteau de Graefe et incise d'arrière en avant après avoir ponctionné les membranes de l'œil à 6 millimètres au delà du cercle ciliaire, entre le muscle droit supérieur et le droit externe. Mais, jusqu'ici, il ne paraît pas avoir eu l'occasion d'appliquer son incision à l'épanchement *traumatique* de sang dans le corps vitré.

L'opéré de M. Rolland pouvait compter les doigts dès le lendemain de l'opération.

L'explication d'une amélioration aussi rapide ne peut se trouver, d'après M. le rapporteur, que dans la détente de la pression intra-oculaire. Il eut désiré voir noté, dans l'observation de M. Rolland, si la tension du globe était très augmentée avant la ponction; quels étaient les caractères et la quantité du liquide évacué, si l'écoulement s'est arrêté après que l'instrument a été retiré, ou s'il a continué sous le pansement.

Tous ces détails minimes ont leur importance, puisqu'il s'agit d'une opération nouvelle destinée vraisemblablement à passer dans la pratique.

M. le Rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son observation aux Archives. (Adopté.)

M. Trélat croit devoir revenir sur l'observation de laparotomie qu'il a pratiquée avec M. Pozzi, sur un jeune homme de quinze ans qui avait reçu dans le ventre un coup de revolver, observation qui a été communiquée dernièrement.

Il y a eu une autopsie médico-légale, d'où il résulte que le jeune opéré serait mort, non des suites de ses plaies intestinales, non de péritonite, mais d'obstruction intestinale. En effet, d'après M. Descouts, qui a pratiqué l'autopsie, toutes les plaies intestinales avaient été suturées, toutes les sutures avaient parfaitement tenu, il n'existait pas d'épanchement abdominal. La plaie de la vessie n'avait produit aucun accident. Le point capital de l'observation est le suivant : M. Pozzi, dans le cours de l'opération, rencontrant une anse intestinale percée de deux trous, se vit contraint de pratiquer deux résections des bords de ces plaies contuses, déchiquetées, et d'y faire aux deux endroits plusieurs points de suture. Il en résulta un rétrécissement de l'intestin qui réduisit le calibre des deux tiers. C'est ce rétrécissement qui aurait déterminé les phénomènes d'obstruction intestinale auxquels le jeune homme a fini par succomber. Dans les

conditions ordinaires, si l'on n'avait été forcé de pratiquer l'opération la nuit, à la lumière artificielle, et si l'extrême fatigue des opérateurs l'avait permis, il eût fallu faire la résection et la suture de toute cette partie de l'intestin, où siégaient les blessures au lieu des résections et des sutures partielles.

M. Pozzi pense qu'il y a eu aussi une autre cause de mort plus puissante, à savoir la paralysie intestinale produite par la longue exposition des intestins à l'air.

M. Le Dentu, qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de plaies par arme à feu dans les diverses parties du corps, ne saurait admettre l'opinion exprimée dernièrement par M. Verneuil relativement à la bénignité des plaies par balles de revolver du calibre n° 7. Sans doute, cela peut être vrai pour certaines régions, mais il n'en est pas de même des plaies de l'intestin et surtout de l'intestin grêle, comme le faisait observer M. Trélat. Sur six blessés atteints de plaies d'intestin, quatre sont morts de péritonite; mais, chose curieuse, les deux autres blessés ont été atteints dans la région abdominale sans plaie de l'intestin.

Dans un cas de blessure intestinale grave, M. Le Dentu a pratiqué la laparotomie et fait la suture de la plaie intestinale; le malade succomba le soir même.

A l'autopsie, on ne trouva ni épanchement, ni péritonite ; les points de suture avaient parfaitement tenu. Il était impossible de découvrir la cause de la mort. Il en sera ainsi, dans beaucoup de cas, et il faut s'attendre en pareille matière, à des déboires chirurgicaux, fruits de notre ignorance des influences occultes qui règnent sur cette partie de la pathologie. — A. T.

VARIÉTÉS

FOLIE ET SUICIDE EN RUSSIE.

Les journaux russes ont dernièrement publié quelques intéressantes statistiques concernant l'accroissement concomitant et parallèle des cas de folie et de suicide qui s'observent en Russie et ne sont probablement pas sans présenter quelques rapports plus ou moins évidents avec les modifications qu'ont introduites dans les mœurs physiques, morales et intellectuelles du peuple les raffinements de la civilisation occidentale, et aussi peut-être l'extension rapide de certaines doctrines, la gravité croissante des préoccupations populaires au double point de vue national et social. Peut-être, en effet, faut-il voir dans cet accroissement rapide des cas de folie et de suicide une conséquence immédiate de la stimulation excessive qu'impriment aux passions l'extension des idées pessimistes, la propagation des théories anarchistes dans despopulations insuffisamment préparées à supporter l'ébranlement inouï, subi depuis quelque temps par la société russe.

Depuis bientôt un siècle, notre vaisseau, battu par tous les vents, navigue tant bien que mal, plutôt mal que bien, au milieu des remous incessants des révolutions périodiques qui le prennent et le reprennent, le poussent ou le ramènent et retardent sa marche intermittente; à peine sortie du port, la barque, qui porte l'œuvre de Pierre-le-Grand et sa fortune, tombe en pleine tempête. Dans le pays des tzars, les théories les plus audacieuses, les idées les plus subversives ont à peine germé, qu'elles éclatent en attentats effroyables, en bouleversement universel, en guerres intestines. Le panslavisme, l'antisémitisme, le nihilisme à l'intérieur, la lutte pour la prééminence à l'extérieur remuent profondément ce peuple à peine sorti de la barbarie asiatique et né d'hier pour les vieilles nations occidentales, dont la civilisation avait déjà une histoire longtemps avant que la Russie eût même un nom.

Au commencement de ce siècle, le nombre des suicides n'était que de 17 cas pour un million d'habitants, aujourd'hui la proportion atteint près de 30 suicides par million de Russes, et dans Saint-Pétersbourg même il y a annuellement plus de suicides que dans aucune des capitales de l'Europe excepté Paris, qui, sous ce rapport, a l'honneur de tenir la tête de l'humanité.

©BIU Santé

A Paris, la proportion des suicides est en moyenne de 206 cas par million d'habitants, elle est de 170 à Berlin et de 87 à Londres.

Rappelons à ce propos que depuis quelque temps on a noté la fréquence relative en France de suicide chez les enfants et chez les militaires. En Russie, l'augmentation de fréquence des suicides et l'accroissement par conséquent de leurs proportions aurait commencé il y a environ 25 ans, et dans ces dernières années, la progression aurait été si rapide que, tandis que la population n'a augmenté que de 8 p. 100, l'augmentation dans la proportion des suicides a atteint maintenant 76 p. 100.

Le nombre des cas de folie n'a pas marché parallèlement à celui des cas de suicide bien qu'il ait augmenté dans la proportion de 35 p. 100.

Les statisticiens russes ne pensent pas que ce double accroisssement ait pour cause l'aggravation de la misère, car il est hors de toute proportion avec le surenchérissement des denrées et du loyer, la viande en Russie n'ayant augmenté depuis le commencement du siècle que de 20 p. 100 et le loyer de 35 p. 100 seulement. Depuis dix ans, il n'y aurait pas eu moins de 42 garçons et 15 fillettes entre huit et seize ans qui auraient attenté ou essayé d'attenter à leur vie. Pour la plupart, le mobile aurait été dans les mauvais traitements que leur faisaient subir leurs parents. — Lucien Deniau.

FORMULAIRE

Injection antileucorrhéique

Chlorate de potasse	13	grammes.
Vin d'opium	10	—
Eau de goudron	300	—

Faites dissoudre. — Dans un quart de litre d'eau chaude, on verse 2 ou 3 grandes cuillerées de cette solution, et ce mélange est employé en injections et en lotions contre les leucorrhées fétides. — N. G.

COURRIER

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

Au grade d'officier : M. Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier : M. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Moissan, agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par décret, en date du 30 décembre 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Empis, médecin de l'Hôtel-Dieu; Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière; Etoc-Demazy, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Thomas, ancien interne des hôpitaux, maire du XIIIe arrondissement de Paris; Miard, à Paris; Bonnans, ancien membre du conseil général de l'Ariège; Ouvrier, vice-président du conseil général de l'Aveyron; Coste, médecin en chef du service des hôpitaux civils de Marseille; Castan, médecin en chef de l'hôpital de Gaillac; Taulier, vice-président du conseil d'arrondissement et adjoint au maire d'Avignon.

— Sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de : 1° Bourbonne-les-Bains, M. le docteur Causard; 2° Fécamp, M. le docteur Fauvel; 3° Fougères, M. le docteur Deroyer.

Cours d'accouchements. — Le docteur Auvard recommencera son cours momentané-

ment interrompu (École pratique, amphithéâtre n° 3) le jeudi 6 janvier, à trois heures et demie, par l'étude du forceps et de la version.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements, le lundi 10 janvier, 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.

Pour les renseignements, et pour se faire inscrire s'adresser : à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare; à M. Berthod, 139, boulevard Saint-Michel ou à la Maternité.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Bureau pour 1887 : Président M. Caulet; vice-présidents, MM. Martineau, Japhet; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances, MM. de la Varenne, de Bourgade de la Dardye; trésorier, M. Royer; archiviste, M. Deligny.

Fourniture d'eau dans les grandes villes de l'Europe. — Rome a une population de 345,036 habitants et une quantité d'eau atteignant 591 litres par tête dans les 24 heures.

Londres : population, 4,085.040 habitants; quantité d'eau par tête, 300 litres.

Naples : population, 463,172 habitants; quantité d'eau par habitant, 200 litres.

Paris : 2,240,124 habitants; eau par habitant 227 litres.

Berlin : 1,303,383 habitants; quantité d'eau par tête, 140 litres.

Vienne : 770,014 habitants; quantité d'eau par habitant, 100 litres.

Turin : 278,598 habitants; quantité d'eau par personne, 95 litres. (*El Siglo medico.*)

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours avec titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Le titre de docteur en médecine est exigé pour en obtenir la titularisation.

Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours *non fériés* de 10 heures à 4 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 imposés et sur les avantages qui leur sont réservés.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 4 avril 1887, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Le lundi 18 avril 1887, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ces concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Aux jours fixés pour l'ouverture des concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs 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 sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hopitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

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.)

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.

©BIU Santé

Sommaire

I. BULLETIN. — II. GRELLET : Considérations sur le traitement des phlegmons de la fosse iliaque par les débridements hâtifs, à propos d'un cas de perforation intestinale. — III. DE PEZZER : Des progrès accomplis dans le traitement des calculs de la vessie dans ces quinze dernières années. — IV. BULLETIN de l'étranger. — V. L'EPIDÉMIE cholérique de 1886. — VI. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — VII. COURRIER. — VIII. ANALYSE du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 4 janvier. — Installation du bureau pour l'année 1887. M. Trélat, en quittant le fauteuil de la présidence, passe en revue les travaux de l'année qui vient de finir, et insiste sur les deux importantes discussions suscitées par les *ptomaïnes* et par le *vinage*. Ce dernier lui inspire le patriotique regret de voir la France impuissante à diminuer sa consommation d'alcool, tandis que d'autres pays ont su se donner des lois et régler leurs passions Il aspire au moment où nous perdrons l'habitude de « considérer le cabaret comme une institution, et le bar comme un sanctuaire »

M. Sappey, nouveau président, raconte à l'Académie sa visite officielle au ministre, et les paroles échangées sur le futur déménagement des académiciens et leur installation définitive. C'est une conversation annuelle obligatoire où le président et le ministre changent, mais où la demande et la réponse ne varient pas; on la sert à la docte assemblée pour ses étrennes, elle l'accueille avec un murmure d'approbation ou d'incrédulité, et personne n'y pense plus jusqu'à l'année suivante. Aujourd'hui, c'est le président lui-même qui donne l'exemple du scepticisme et de la résignation : « Bien peu d'entre nous, dit-il, verront cet heureux jour; il faut nous armer de philosophie... » Il est probable, en effet, que les plus jeunes des académiciens mourront avant que les mœurs de nos administrations aient sensiblement changé.

M. Sappey divise les présidents en trois classes : les *éminents*, les *distingués*, les *utiles*, et n'aspire, dans sa trop grande modestie, qu'à la troisième place.

A côté de M. Sappey siégeait, comme vice-président, M. Hérard, dont l'élection a été partout accueillie, depuis la dernière séance, avec la plus vive sympathie.

L'observation que M. Peter apporte à la tribune va-t-elle marquer le début d'une discussion sur le traitement préventif de la rage? Est-elle la première escarmouche d'une nouvelle campagne entreprise par le savant clinicien de Necker? Il s'agit d'un homme mordu par un chien enragé, traité ensuite au laboratoire de M. Pasteur, et mort au bout de six semaines avec des symptômes qui rappellent ceux de la rage paralytique. La douleur précédant les accès avait pour siège, non le doigt mordu, mais les piqûres d'inoculation. L'orateur se borne à l'exposé du fait; mais la conclusion qui est dans son esprit se dégage assez nettement pour que MM. Dujardin-Beaumetz, Chauveau et Verneuil élèvent la voix, en disant : l'observation est incomplète, les renseignements sont insuffisants, il n'est pas certain que la mort ait été causée par la rage! — L. G. R.

©BIU Santé

Considérations sur le traitement des phlegmons de la fosse iliaque par les débridements hâtifs, à propos d'un cas de perforation intestinale,

Par le docteur GRELLET (de Menat), lauréat de l'Académie de médecine,

Membre de la Commission administrative de l'Association des médecins du Puy-de-Dôme.

Observation. — Perforation intestinale; infiltration stercorale et tumeur phlegmono-gazeuse de la fosse iliaque droite, avec symptômes d'iléus et état général très grave; incision et drainage; guérison.

Remarques. — Des débridements hâtifs appliqués au traitement des phlegmons de la fosse iliaque.

OBSERVATION.

Alexeline, 63 ans, fermier dans la commune de Saint-Rémy-de-Blot, mène une vie sobre, a des habitudes laborieuses et une bonne santé habituelle.

Détail important à noter : Quand Alexeline s'absentait de son domicile pour aller aux foires et aux marchés, il était régulièrement atteint d'une constipation passagère, qui disparaissait spontanément par suite du retour au régime et à l'alimentation habituels, après évacuation par les garde-robes de matières fécales desséchées et durcies. D'ailleurs, Alexeline n'a jamais eu d'affection intestinale et n'a jamais reçu de coup sur le ventre. Pas de hernie.

Le 2 et le 4 juin 1884, Alexeline est allé à deux foires, ce qui devait, chez lui, produire de la constipation. Pendant ces deux voyages, il ne commit aucun excès alimentaire.

Le 5 juin, en se levant, Alexeline avait le ventre légèrement douloureux, ballonné; il se présenta à la garde-robe avec un résultat à peu près nul; mais, sans accorder beaucoup d'attention à ses souffrances, il travailla et prit ses repas comme à l'ordinaire. Douleurs jusqu'au soir; à ce moment, nausées et frissons répétés; le ventre devenait plus douloureux, plus ballonné; l'appétit se perdait.

La nuit suivante, pas de sommeil; nausées, vomissements, éructations gazeuses; douleur abdominale plus intense; constipation.

Le 6 juin, mêmes symptômes plus accentués. On vient me chercher pour visiter le malade dans la matinée du 7.

Au moment de mon arrivée, la prostration est très grande; le facies porte l'empreinte d'une anxiété et d'une souffrance extrêmes. Fièvre vive, inappétence absolue, langue épaisse et desséchée, vomissements répétés, constipation persistante, ventre ballonné et très douloureux. Les douleurs abdominales, augmentées par la pression, sont localisées vers la fosse iliaque droite. Il existe, en ce point, une tumeur profondément située, dont il est impossible de distinguer nettement les caractères à cause de la douleur provoquée par la palpation. — Aucune apparence de hernie; aucune douleur, aucune rétraction du membre inférieur droit, dont les mouvements sont tout à fait libres.

Dans ces conditions, bien que la possibilité d'une perforation intestinale se fût tout de suite présentée à mon esprit, je me suis borné au diagnostic suivant : *Typhlite et perityphlite concomitante, déterminées par une accumulation dans le cœcum de matières fécales durcies, qui produisent en même temps une obstruction intestinale.*

Désirant tout d'abord triompher de l'obstruction et calmer les souffrances, j'ai eu recours aux moyens suivants : Lavement purgatif; huile de ricin; onctions avec de l'huile de camomille camphrée et cataplasmes de farine de lin sur le ventre; potion calmante avec extraits de belladone et de jusquiame; limonade gazeuse. Une injection hypodermique de morphine, pratiquée au moment de cette première visite, calma promptement les douleurs et produisit un peu de sommeil.

8 juin. — L'huile de ricin a produit une garde-robe abondante, mais les nausées et les vomissements n'ont pas cessé, comme ils auraient dû le faire s'ils étaient unique-

ment le résultat d'une obstruction intestinale; il y a seulement une légère atténuation dans leur fréquence et leur violence. Fièvre vive; langue saburrale, desséchée; délire pendant la nuit. Même tuméfaction et même douleur dans le flanc droit.

Même traitement que la veille.

Dans l'après-midi du 8 juin, la douleur étant diminuée par la potion calmante et une injection morphinée, la famille décide que de nouvelles visites médicales ne sont plus nécessaires (distance 10 kilomètres), et, par suite, je dois m'abstenir d'aller visiter Alexeline le 9 et le 10 juin.

11 juin. — On revient me chercher au point du jour. La nuit précédente, les douleurs avaient été très violentes; il y avait eu du délire. Depuis le 8 juin, les nausées et les vomissements s'étaient reproduits à diverses reprises; la fièvre n'avait pas cessé. Sous l'influence de l'huile de ricin, il était survenu deux garde-robes. Je trouve Alexeline dans un état de prostration extrême. Peau brûlante, sèche; fièvre vive; pouls irrégulier. Inappétence absolue; langue sèche, dure, trémulante; fuliginosités; faciès hippocratique.

La tumeur remplit la fosse iliaque et se prolonge en pointe le long de la crête de l'os des îles jusqu'à 7 centimètres environ en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle est très douloureuse à la palpation; ses contours ne sont pas bien nets; elle est le siège d'une fluctuation obscure, insuffisante pour permettre d'affirmer la présence de liquides ou de gaz. A la percussion, elle ne donne pas une matité absolue, mais elle est beaucoup moins sonore que le cœcum, dont on perçoit la résonance tympanique à la partie interne. Le reste du ventre n'est pas douloureux.

Avec cet ensemble symptomatique, l'existence d'un phlegmon de la fosse iliaque n'était pas douteuse. Mais fallait-il admettre la présence d'un liquide ou celle de gaz? Il était difficile de se prononcer, mais la probabilité d'une perforation du cœcum ou de son appendice s'est imposée à mon esprit; perforation du côté du tissu cellulaire de la fosse iliaque, et non du côté de la cavité péritonéale, puisqu'il n'y avait pas de signes de péritonite suraiguë.

Cependant, l'état d'Alexeline était des plus graves; aussi pensai-je à inciser la paroi abdominale pour donner issue au pus, aux gaz ou aux matières stercorales. En tout état de cause, cette opération me paraissait utile, indiquée; elle constituait une suprême ressource pour conjurer la mort.

Dans cette grave circonstance, je demandai l'assistance d'un confrère pour contrôler le diagnostic et m'assister dans l'opération. Mon excellent confrère, le docteur Depoux (de Piousat), fut appelé; mais, à cause de l'éloignement (30 kilomètres), il ne put arriver auprès d'Alexeline que le lendemain.

12 juin. — Même état général. La tumeur forme toujours un relief très apparent à l'œil, s'allongeant supérieurement au-dessus et en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. La sensation de fluctuation est très obscure; la main perçoit profondément une vague sensation de bulles de gaz qui fuient sous la pression et se déplacent, sensation qui n'était pas perçue les jours précédents. La percussion permet d'y constater une sonorité obscure; cette sonorité de la tumeur lui appartient-elle en propre, ou bien n'est-elle qu'un résultat du voisinage du cœcum? Je n'ai pu me former une conviction à cet égard. Somme toute, la présence du pus paraissait très problématique, la maladie d'Alexeline ne datant que de sept jours, et les abcès de la fosse iliaque, sauf dans les cas puerpéraux, étant très longs à se former; la présence de gaz paraissait plus probable, et ainsi se trouvait appuyé le diagnostic de perforation intestinale.

Malgré les incertitudes qui subsistaient encore, le docteur Depoux étant d'accord avec moi sur l'urgence de l'intervention, celle-ci fut mise à exécution, séance tenante, sans l'emploi des anesthésiques.

Opération. — Une incision est faite à la peau comme dans le procédé préféré par Alph. Guérin pour la ligature de l'artère iliaque externe, incision parallèle au ligament de Poupart, légèrement convexe en bas, commençant en dehors de l'artère crurale et s'étendant à 15 millimètres en avant et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Puis, incision des couches sous-cutanées. L'aponévrose du grand oblique est perforée, puis incisée par le bistouri glissant dans la rainure d'une sonde cannelée. Les muscles

petit oblique et transverse sont incisés successivement au moyen de ciseaux guidés aussi par la sonde cannelée. Le fascia transversalis, très accentué chez Alexeline, est incisé à son tour de la même manière. Pendant cette partie de l'opération, je note que les tissus, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, sont injectés, infiltrés de sérosité transparente d'aspect gélatineux, et présentent les signes d'une inflammation qui s'étend en un point jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. La perte de sang est à peu près nulle.

Après l'incision du fascia transversalis, il ne s'écoule de la fosse iliaque aucune espèce de liquide. Je porte alors l'index au fond de la plaie et, me guidant sur l'arcade de Fallope et l'os des îles, je pénètre dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque en le dilacérant avec le doigt. Je m'attendais à rencontrer immédiatement le péritoine et à me trouver dans la nécessité de le repousser en dedans, comme on le fait dans l'opération de la ligature de l'artère iliaque externe; mais je ne l'ai pas vu, je ne l'ai pas davantage senti avec le doigt. L'index, enfoncé profondément, arrivait sur une saillie rigide formée par le psoas. En avant de ce muscle, le doigt trouvait une masse dure, comme rugueuse, formée, je crois, par le cœcum doublé d'une couche de tissu cellulaire enflammé et détaché par le doigt de son adhérence au fascia iliaca.

Au moment de l'ouverture de la fosse iliaque, il se répandit dans l'appartement une odeur de gaz intestinal qui prit peu à peu une fétidité extrême, en même temps que le docteur Depoux, qui tenait une main appliquée sur la tumeur, sentait celle-ci s'affaisser lentement. Après l'opération, la tumeur avait diminué très notablement et ne formait plus de relief appréciable.

Je n'ai constaté aucune trace de suppuration; je n'ai trouvé dans la fosse iliaque aucune cavité délimitée et de dimensions appréciables, où aurait pu être collecté le gaz fétide qui se répandait dans l'atmosphère. Partout, en pénétrant dans la fosse iliaque, j'ai dû produire moi-même un décollement, un déchirement du tissu cellulaire, pendant que je refoulais en dedans la masse phlegmoneuse. Le gaz fétide se trouvait donc infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, et c'est à cause de cette disposition que je n'ai pas trouvé, avant l'opération, la sonorité et la fluctuation si marquées d'ordinaire dans les pneumatocèles volumineuses.

Pansement et prescriptions. — Un gros tube à drainage, doublé en anse, est placé très profondément dans la fosse iliaque, et les extrémités sont fixées vers les commissures de la plaie par des bandelettes de diachylon. Par dessus sont appliquées des compresses imbibées d'eau phéniquée au 100e, et le tout est recouvert par un bandage de corps.

A ce moment, le malade n'éprouvait plus aucune douleur; il n'était pas plus abattu qu'avant l'opération. Nous lui recommandons de s'abstenir de tout aliment solide. On devra lui administrer alternativement de la limonade gazeuse, des bouillons froids, du lait, du café, une potion de Todd, additionnée d'extrait de quinquina. S'il survient des douleurs ou des vomissements, on fera usage d'une potion à l'extrait thébaïque. La fenêtre de la chambre sera laissée constamment ouverte, à cause de la puanteur horrible qui s'est répandue dans l'appartement.

13 juin. — Au moment de mon arrivée, le malade déclare se trouver un peu mieux; il n'a plus éprouvé de douleur abdominale, sauf pendant une heure environ au milieu de la nuit. Les nausées et les vomissements ont tout à fait cessé. Il y a eu un peu de sommeil; pas de délire. La fièvre est toujours intense; la langue, sèche, épaisse; il s'exhale du malade une fétidité insupportable. Un lavement de petit lait, administré avant mon arrivée, avait produit une garde-robe assez abondante.

La plaie qui, au moment de l'opération, ne présentait rien de particulier, est devenue noire, d'aspect gangréneux; il s'en échappe un liquide noir, avec des lambeaux de tissu cellulaire de même couleur et d'une fétidité extrême, rappelant à la fois l'odeur de la gangrène et celle des matières fécales. Je pousse dans la plaie, par le tube à drainage, une injection d'eau phéniquée au 100e, qui ressort tout à fait noire, entraînant avec elle des débris de tissu cellulaire sphacélé. Application, sur la plaie, de compresses phéniquées; le linge du malade est complètement changé; je le fais transporter sur un autre lit, et j'insiste sur la recommandation de laisser la fenêtre constamment

ouverte. Même traitement que la veille; aspersions autour du lit du malade avec de l'eau phéniquée.

A partir du 14 juin, l'amélioration s'accentua jusqu'à la guérison complète. Pendant plusieurs jours, la plaie resta tout à fait noire, d'odeur et d'aspect gangréneux. Le 18 juin, les lambeaux de tissu cellulaire sphacélé étaient à peu près complètement éliminés ; la plaie se détergeait en fournissant une suppuration de bonne nature.

A diverses reprises (14, 16, 20 juin), on a trouvé dans la plaie des grumeaux de matière fécale; le 27 juin, le pus a présenté encore une odeur de matière fécale, qui ne s'est plus reproduite ultérieurement. Ces signes ne permettent pas de mettre en doute la réalité d'une perforation. Je n'ai pas aperçu la partie de l'intestin qui en était le siège, et je me suis abstenu de la chercher, la satisfaction de cette curiosité n'étant pas exempte d'inconvénients. Malgré une observation attentive, on n'a jamais trouvé dans la plaie aucun corps étranger (fragment d'os, calcul, noyau, aiguille, etc.) pouvant être considéré comme cause de la perforation intestinale.

La guérison était complète et définitive le 26 juillet suivant, et peu de jours après Alexeline reprenait ses occupations habituelles. Depuis deux ans et demi, il a continué à les accomplir régulièrement, sans qu'il soit survenu aucune infirmité, aucune gêne consécutive à l'affection ou à l'opération. Il n'y a pas trace de hernie. (*A suivre.*)

Des progrès accomplis dans le traitement des calculs de la vessie dans ces quinze dernières années (1).

La *lithotritie périnéale* de Dolbeau a été pratiquée, d'après Le Fort (1877), 56 fois avec 10 morts, soit 17,8 p. 100.

La *taille latérale* a été pratiquée par :

Altounian (de 1860 à 1883)....	64	fois avec	5	morts, soit	7,81	p. 100.
Beketow (1876).....	275	—	12	—	4,36	—
Cadge (1878).....	104	—	20	—	19,23	—
Keelan (1884).....	102	—	2	—	1,97	—
Keith (1871).....	221	—	45	—	20,36	—
Thompson (1877).....	78	—	29	—	37,18	—

Ces 6 chirurgiens ont donc opéré 844 cas avec 113 morts, soit 13,39 p. 100.

Dulles en 1875 avait rassemblé			2,478	cas avec	378	morts, soit	15,25 p. 100.
Freyer	1882	—	2,592	—	285	—	10,99 —
Gross	1872	—	8,509	—	1,065	—	12,51 —
Thompson	1871	—	1,827	—	229	—	12,53 —
Williams	1878	—	811	—	105	—	12,82 —

Ce qu'il y a de remarquable, c'est la presque uniformité des trois derniers chiffres de la mortalité, ce qui rend toutefois encore plus difficile la comparaison entre les statistiques intégrales de Keelan, avec une mortalité de 1,97 p. 100, de Beketow, 4,36 p. 100. et de Thompson qui monte à 37,18 p. 100.

La *taille bilatérale* nous donne des surprises moins grandes :

Sarazin a réuni	19	cas dont	2	morts, soit	10,53	p. 100.
Ève	—	33	—	4	—	12,12	—
Gross	—	228	—	33	—	14,47	—

On peut rapprocher utilement ces chiffres de ceux de la statistique de Dupuytren, qui, sur 85 opérés, avait eu 19 morts, soit 22,55 p. 100, chiffres tout à l'avantage des opérations modernes.

Chose curieuse, la *taille hypogastrique* nous fait arriver à une opinion contraire :

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

©BIU Santé

Günther	en 1851.....	réunit	260	cas avec	61	morts, s.	23,46	p.	100.
Flury	de 1851 à 1878	—	79	—	24	—	30,37	—	
Garcin	de 1879 à 1883	—	94	—	23	—	23,4	—	
Tuffier	de 1879 à 1883	—	120	—	32	—	26,66	—	
Dulles	de 1867 à 1870	—	20	—	2	—	10	—	
Le même	en 1875	—	465	—	135	—	29	—	
Gross	en 1872.....	—	180	—	39	—	21,66	—	
Rossander	de 1866 à 1878	—	32	—	2	—	6,25	—	
Chauvel	en 1880.	—	783	—	208	—	26,69	—	
Guyon	en 1883.....	—	8	—	3	—	37,5	—	
Le même	en 1886.....	—	19	—	9	—	48,2	—	

On peut prendre, comme moyenne, celle des statistiques réunies de Günther, Flury et Garcin, qui, d'après M. Bloch, se complètent; elles donnent 433 cas avec 108 morts, soit 24,94 p. 100, chiffre qui diffère peu de celui auquel est arrivé Chauvel avec 783 cas, mais qui n'est presque que la moitié de celui de M. Guyon, le plus élevé de tous.

Evidemment, il s'agit là d'une série malheureuse, de même qu'on peut dire que Rossander, avec son chiffre de 6,25 p. 100, a trouvé une série exceptionnellement heureuse. Il faut toutefois rappeler que M. Monod, qui a réuni 48 cas de *taille hypogastrique chez l'enfant* au-dessous de 15 ans, n'a pas trouvé un seul cas de mort.

La taille *recto-vésicale* pratiquée dans 83 cas rassemblés par Gross, en 1872, a donné 16 morts, soit 19,28 p. 100.

La *taille médiane* (médio-latérale, médio-bilatérale) a donné :

Gross	1872 sur	299	cas réunis.....		29	morts, soit	9,69	p.	100.
Chauvel	1880 sur	363	—	....	41	—	11,30	—	
Altounian	1883 a fait	167	tailles médio-latérales	avec	7	—	4,19	—	
Le même	1883 a fait	5	tailles médio-bilatérales	avec	1	mort, soit	20	—	

La *taille médiane* d'Allarton (taille uréthrale) a été pratiquée par :

Allarton en 1854.....	153	fois	avec	14	morts, soit	9,15	p. 100.
Rizzoli en 1854.....	41	—	—	0	—	»	—
Altounian en 1883.....	36	—	—	2	—	5,55	—
Markoe en 1880.....	35	—	—	1	—	2,86	—
Little en 1880.....	32	—	—	2	—	6,25	—
Hunt en 1875.....	20	—	—	1	—	5	—
Billroth en 1883.....	16	—	—	3	—	18,75	—
Craith en 1883.....	12	—	—	1	—	8,33	—
Miner en 1874.....	10	—	—	0	—	»	—
West en 1871.....	5	—	—	1	—	»	—
Volkmann en 1875.....	4	—	—	1	—	»	—

11 chirurgiens ont pratiqué 364 fois cette opération avec 26 morts, soit 7,14 p. 100.

Cadge avait réuni en	1873	90	cas avec	16	morts, soit	17,07	p.	100.
Gouley —	1873	139	—	5	—	3,45	—	
Heusinger —	1878	222	—	15	—	6,7	—	

Il est donc encore assez difficile de se faire une idée exacte de la valeur de l'opération de la *taille médiane*, d'après les chiffres, puisque là encore la mortalité varie de 0 p. 100 à 18,75 p. 100. Le chiffre de *9,15 p. 100* donné par Allarton, le promoteur de l'opération, pourrait donc être adopté comme moyenne.

Cependant M. Bloch s'arrête aux chiffres suivants :

Litholapaxie, mortalité moyenne.....		5	p. 100.
Lithotritie,	—	8	—
Taille latérale,	—	12	—
Taille d'Allarton,	—	6 à 7	—

Les opérations pratiquées chez la femme sont moins nombreuses. Grâce à la chloroformisation, la dilatation forcée de l'urèthre a permis l'extraction directe de calculs

assez volumineux, sans autre inconvénient qu'une incontinence passagère de l'urine. On y ajoute, pour les calculs trop gros, la lithotritie, puis la litholapaxie. Depuis l'adoption de cette dernière, les diverses espèces de tailles, hypogastrique, sous-pubienne, uréthrale, vestibulaire, vésico-vaginale, ont été réservées pour des cas tout à fait exceptionnels, et, depuis 1877, on n'en trouve plus, comme pour la combinaison de la taille avec la lithotritie, que de rares mentions dans la littérature médicale.

Chez l'enfant, la *taille sus-pubienne*, comme chez le vieillard en cas d'hypertrophie prostatique, paraît obtenir, de jour en jour, de nouveaux suffrages. Elle semble bien préférable à la taille périnéale à cause du peu d'épaisseur du périnée, et à la lithotritie à cause de l'étroitesse du canal de l'urèthre. Aussi la litholapaxie, qu'on a essayée chez l'enfant, ne paraît-elle pouvoir entrer d'une manière courante dans la pratique. D'après M. Bloch, la méthode de choix, chez l'enfant, devrait être la *taille latérale*; quand la pierre est petite et molle, et qu'on peut espérer la broyer en une ou deux séances, on peut avoir recours à la lithotritie.

M. Bloch ne donne aucune statistique pour les opérations pratiquées chez la femme et chez l'enfant. Il n'a pu en trouver les éléments dans les cas disséminés dans la littérature médicale depuis 1870, sauf dans le travail de M. Charles Monod sur la taille hypogastrique chez les enfants, auquel nous avons fait allusion plus haut.

Tous ces chiffres, d'ailleurs, n'auraient eu de valeur que s'ils avaient pu servir de base au choix d'une méthode ou d'un procédé opératoire dans des conditions données ; mais il n'en est rien actuellement, et les statistiques relatives aux opérations *chez l'homme* sont de peu d'utilité à cet égard.

Les statistiques publiées en 1886 n'indiquent pas une supériorité très marquée des opérations nouvelles sur les opérations anciennes, et ne peuvent donner une idée des progrès accomplis dans cette partie de la chirurgie. Mais si la mortalité paraît actuellement aussi grande, et même plus grande dans certaines opérations, qu'autrefois, c'est que l'opération, devenue plus facile, a été pratiquée sur un plus grand nombre de sujets se trouvant dans de mauvaises conditions qui, autrefois, auraient constitué une contre-indication formelle.

Tout est subordonné, maintenant, à l'état d'intégrité ou de maladie des voies urinaires, reins, uretères, vessie, urèthre; à la préparation du malade, à la minutie des précautions antiseptiques, toutes conditions qui rendent bénigne ou grave une même opération, suivant qu'on en tient plus ou moins compte.

Etant donnés les perfectionnements actuels de l'instrumentation, le volume, la forme et la consistance des calculs sont peu de chose; l'état local, c'est-à-dire l'état des voies urinaires et l'état général du malade, sont presque tout.

On peut résumer comme il suit, d'après M. Bloch, les indications actuelles de ces opérations chez l'homme adulte :

La lithotritie est indiquée dans les cas où la pierre, étant molle, a plus de 3 centimètres, et où, étant dure (acide oxalique), elle n'a que 2 centim. 1/2. Jusqu'en 1870, on s'arrêtait à 3 centim. pour les calculs friables. En 1877, M. Guyon était arrivé à broyer les calculs de 4 centim. de diamètre; en 1885, grâce à la litholapaxie, on peut broyer ceux de 6 centim. (1).

La taille est indiquée pour les gros calculs durs d'acide oxalique de plus de 2 cent. 1/2, ou pour les gros calculs friables de 6 à 8 centim. de diamètre et au-dessus. Les opérateurs ont le choix, suivant les cas et suivant leurs préférences, entre la taille latérale, la taille bilatérale et la taille hypogastrique.

La lithotritie est contre-indiquée d'une manière générale lorsqu'il existe un rétrécissement de l'urèthre tel que la dilatation est impossible, ou une irritabilité de la vessie qui empêche le séjour du liquide injecté ou des instruments, ou une cystite chronique, un néoplasme, une affection organique de la vessie ou du rein, ou enfin

(1) M. Bazy a même dépassé ce chiffre. Tout récemment au Congrès français de chirurgie, il a communiqué une observation dans laquelle il a broyé en une heure un quart, chloroformisation comprise, un calcul d'acide urique pesant plus de 100 grammes et mesurant plus de 6 centimètres.

©BIU Santé

qu'on ne peut mobiliser le calcul, comme l'a fait observer avec raison M. Reliquet au Congrès récent de chirurgie française. Dans ces cas, la taille est préférable et offre de plus grandes chances de succès.

La litholapaxie présente les mêmes contre-indications que la lithotritie.

Tel est, résumé rapidement et autant qu'on peut le faire en quelques mots, l'exposé actuel des indications du traitement des calculs de la vessie, indications que M. Guyon et Reliquet ont posées avec une netteté plus grande encore au Congrès français de chirurgie qui eut lieu cette année à Paris.

Dr DE PEZZER.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

A l'étranger, moins peut-être que dans notre pays, les cliniciens s'efforcent d'établir le diagnostic précoce des cardiopathies vasculaires et le raccord des symptômes avec la lésion. Cependant la communication *sur les bruits cardiaques diastoliques* que M. Litten lisait à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE, le 20 décembre, rentre dans les travaux de cette catégorie.

M. Litten divise ces bruits en bruits organiques et bruits non organiques. Les premiers s'entendent dans le cours de l'anévrysme aortique ou de l'athérome des valvules sigmoïdes : ce sont des bruits d'insuffisance aortique. Leur valeur diagnostique augmente par la coexistence des symptômes classiques ; elle n'est cependant jamais absolue, puisque, en leur absence, on peut encore, au lit du malade, reconnaître l'insuffisance aortique.

Les seconds appartiennent surtout à la chlorose, sont accidentels et ont probablement pour cause l'afflux excessif du sang dans l'oreillette droite au début de la diastole. M. Litten invoque, à l'appui de sa théorie, les expériences de M. Chauveau sur les pressions intra-cardiaques et la coexistence des bruits de diable avec les bruits diastoliques. Mettra-t-il d'accord les physiologistes et les cliniciens sur la nature contestée des bruits de diable? Il serait téméraire de l'affirmer. Bref, organiques ou non, les bruits cardiaqes diastoliques possèdent leur maximum vers le sternum, avec cette différence que, dans la chlorose, ils ont leur siège dans la veine cave et augmentent d'intensité quand l'oreille de l'observateur se déplace soit vers le cou, soit vers l'épigastre.

Dans cette séance, le même observateur rapportait aussi l'histoire clinique et anatomo-pathologique d'un malade atteint de *rétrécissement avec insuffisance de l'artère pulmonaire avec communication des oreillettes par une fente de la cloison inter-auriculaire.*

Le 22 décembre, à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN, a continué la discussion provoquée, il y a deux semaines, par la lecture de M. Lazarus *sur le traitement de l'asthme bronchique*. Ce titre avait fait espérer l'avènement d'une médication nouvelle contre cette maladie aussi décourageante pour le médecin que pour le malade. Il n'en a rien été ; c'était une fausse espérance, car l'énumération thérapeutique de M. Lazarus aboutit au panégyrique de l'air comprimé ou à son défaut à une recommandation chaleureuse en faveur de la médication iodurée, associée ou non au chloral et même à la pyridine.

Ce débat, dont la médecine pratique n'a guère de profit à retirer, a servi surtout d'occasion à des revendications. M. Schadenwal réclame comme sienne l'idée un peu trop originale, d'après laquelle l'asthme serait une névrose du trijumeau, et M. Frænkel entend maintenir ses droits de priorité sur la théorie nasale, tout dernièrement soutenue par Hack et les médecins anglo-américains.

A la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LONDRES, les orateurs de la réunion du 20 décembre n'imitaient guère ces exemples. Ils évitaient le terrain des hypothèses : il leur fallait des faits précis, des faits avec preuves à l'appui. Les pièces anatomiques ne suffisent pas, ils exigent tout le malade, de là cette séance toute de présentations : présentation de *lupus de la peau et des muqueuses*, par M. Colcott Fox ; présentation d'un *syphilome lingual infantile*, par M. Orwin ; présentation d'un individu atteint de *chronic hypertrophic*

cervical pachymeningitis, par M. Ord; présentation d'un cas d'*hypertrophie congénitale de la jambe et de la cuisse gauche*, par M. Buhl;... les présentations se succèdent; mais, je m'arrête sans plus de commentaires; car, en matière de présentation, les récits ne suffisent pas, et, comme Thomas, un lecteur pourrait peut-être, à mon grand embarras, me demander aussi à toucher et à voir. — C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Avec la fin de l'année 1886, le choléra est devenu la question d'Orient de la médecine. Après avoir été pendant plusieurs mois le cauchemar de l'Italie et des pays méditerranéens, il est celui de la Turquie et de la péninsule balkanique par ses explosions en Carniole, en Croatie, en Bosnie, en Serbie et en Bulgarie.

Quand on jette un regard en arrière, on voit que l'origine de l'épidémie actuelle remonte au mois de décembre 1885, époque où des cas, que l'on crut sporadiques, furent observés à Venise. Néanmoins, ceux-ci ne se multiplièrent que trois mois plus tard, et, de la fin d'avril au milieu de juin, le mal indien frappa dans cette ville 1,000 personnes, dont 620 succombèrent.

C'est aussi en avril que le port de Brindisi fut contaminé, et que, s'étendant hors de ce foyer, le choléra gagna rapidement les localités voisines de Fontana, Latiano, Lecce, Francavilla, Barletta et Bari; puis pénétra dans la vallée du Pô, remontant à Ravenne. Padoue, Ferrare et dans les provinces où se trouvent ces villes.

En septembre, on le signalait dans une autre direction, aux environs de Naples, à Terra-Annunziata; en octobre, à Rome, puis à Gênes et en novembre à la Spezzia, où dernièrement les cas étaient encore nombreux. En octobre, il débarquait en Sardaigne où il sévit encore aujourd'hui, quoique faiblement, dans la banlieue de Cagliari.

Le gouvernement italien est sobre de renseignements sur l'état actuel de l'épidémie italienne. Il en annonce même la fin; et, dans ses statistiques de l'année 1886, il relève 15,000 cas suspects seulement. Néanmoins, en octobre dernier, on comptait déjà 21,000 cas enregistrés et 8,650 décès. On le voit, ces chiffres ne sont guère en accord.

Dans l'empire austro-hongrois, l'épidémie a été moins sévère. Elle est éteinte à Vienne et à Buda-Pesth. Elle ne sévit plus guère à Trieste, bien que la mortalité cholérique se soit encore élevée à 530 décès dans cette ville et à 374 dans la province d'Istrie.

Le mal indien a également quitté Raab, ville bâtie sur un affluent du Danube, et Szegedin qui est située vers le Sud-Est. On a signalé encore durant le mois dernier des cas suspects à Novi, en Bosnie; à Belgrade, en Serbie, et à Tirnovo, en Bulgarie.

En *Allemagne*, les foyers des environs de Mayence sont éteints définitivement. Par contre, on a signalé des cas suspects à Breslau, à Berlin et auprès de Cassel. Ces cas étaient ceux de voyageurs venant de Hongrie. Le choléra allemand a donc été des plus bénins et le triomphe des mesures sévères prises par les autorités sanitaires a été assurément facile.

Pendant qu'il suivait cet itinéraire à travers l'Europe, il épargnait relativement, paraît-il, sa patrie d'origine. Aux *Indes*, en effet, il aurait fait peu et même moins de victimes que durant les années précédentes. Ainsi le déclarent les statisticiens anglais. A Madras, on n'aurait enregistré aucun cas suspect depuis le mois de février, et à Bombay les décès cholériques de l'année 1885 ne s'élèveraient qu'à 15. A Calcutta, le nombre des décès ne dépasserait pas 1,600, quand la moyenne annuelle de la période quinquennale précédente était de 1,800. En était-il de même dans les autres localités de l'Hindoustan? Les documents officiels ne le font pas savoir.

Actuellement, il est débarqué dans l'*Amérique du Sud*. Depuis deux mois, il fait des victimes sur les rives de la Plata et son principal foyer est dans la République argentine. La fréquence des relations internationales entre les contrées de l'Amérique méridionale en fait redouter l'importation au Brésil, malgré la sévérité des mesures de défense sanitaires.

Parmi les documents rétrospectifs sur l'épidémie de l'année 1886, le mémoire de M. Charrin présente un grand intérêt. Cet observateur distingué a suivi le *choléra de*

CBIU Santé

l'île d'Yeu du 15 janvier au 2 février. Il y fut importé par une barque de pêche, la *Jeune Jenny*, dont le patron avait contracté la maladie en soignant un de ses compagnons aux Sables-d'Olonne où la maladie régnait. Le 15 janvier, le patron de la barque succombait, et à dater de ce jour on compta 7 cas bien nets, dont 4 mortels, dans son entourage ou parmi les personnes qui l'avaient soigné. La filiation des cas a été facile à établir; l'importation et la transmission directe ne laissaient point de doute; et en l'absence de pollution des eaux potables, M. Charrin en a conclu avec raison, « que le mal peut s'éteindre », et « demeurer dans des limites plus étroites. » — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier. — Présidence de M. Trélat, puis de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le prince J. Zagiell, docteur en médecine, à Grodno (Russie), relative à l'observation de dix soldats qui ayant été mordus par un chien considéré comme atteint de la rage, furent envoyés, par ordre du gouvernement russe, au laboratoire de M. Pasteur qui les soumit aux inoculations préventives. A leur retour à Wilna, les soldats retrouvèrent le chien en parfaite santé. Soldats et bête continuent à se bien porter après cinq mois.

M. le président Trélat fait observer que ce fait prouve au moins que les inoculations préventives n'ont pas été nuisibles.

La correspondance comprend, en outre, un pli cacheté relatif à un nouveau forceps adressé par M. le docteur Crouzat (Accepté.)

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un correspondant national.

La commission, par l'organe de M. Laboulbène, classe : En première ligne, M. Carlet (de Grenoble); en deuxième ligne, M. Bitot (de Bordeaux); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Marquez (d'Hyères) et Mauricet (de Vannes); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Ossian Bonnet (de Rio-Janeiro), Rimbault (de Saint-Etienne).

Le nombre de votants étant de 56, majorité 29, M. Carlet obtient 39 voix, M. Bitot 7, M. Mauricet 6, M. Bonnet 2, M. Marquez 1.

En conséquence, M. Carlet est élu.

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Queirel (de Marseille), un travail sur l'épidémie de choléra de Marseille en 1885.

M. Tarnier présente, de la part de M. Pinard, quatre brochures relatives à divers points d'obstétrique.

M. Peter présente, de la part de M. Leven, un travail intitulée : *La névrose*.

M. le président Trélat, avant de céder le fauteuil au nouveau président, prononce une allocution dans laquelle, après avoir de nouveau remercié l'Académie, il fait une analyse rapide des nombreux et importants travaux présentés par ses membres ainsi que des discussions qui ont eu lieu pendant l'année 1886.

Il termine en invitant M. Sappey à prendre place au fauteuil; il ajoute que M. Sappey, nommé récemment membre de l'Académie des sciences, et aujourd'hui président de l'Académie de médecine, a mérité ce double honneur par une vie de travail et de probité scientifique.

D'unanimes applaudissements ont accueilli les paroles de M. Trélat.

M. le président Sappey prend place au fauteuil, remercie M. Trélat de ses paroles si courtoises et adresse également ses remerciements à l'Académie.

M. Hérard s'asseoit à côté de M. Sappey, en qualité de vice-président.

La parole est ensuite donnée à M. Peter pour une courte communication sur la rage.

M. Peter communique une observation intitulée : *Inoculations anti-rabiques intensives et mort par la rage.*

M. Peter doit la connaissance de cette observation à M. le docteur Miquel, médecin distingué de Paris.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui fut mordu à un doigt de la main par le chien de son patron. Le chien, reconnu enragé par un vétérinaire, fut abattu quelque temps après.

Le jeune homme vint, le lendemain de la morsure, chez un pharmacien pour se faire cautériser sa plaie. Le pharmacien jugea qu'il était trop tard pour que la cautérisation fût efficace; on conduisit le lendemain le malade au laboratoire de M. Pasteur. Les inoculations furent pratiquées à la région des hypochondres, suivant la nouvelle méthode *intensive*, trois fois par jour, pendant 12 jours consécutifs. La santé du jeune homme resta parfaite jusqu'au 12 décembre inclusivement. Ce jour-là se produisit un symptôme prémonitoire d'une importance considérable, à savoir, une *douleur* qui bientôt devint constante, *au niveau de la cicatrice des piqûres d'inoculation anti-rabique*, et non pas au niveau de la cicatrice de la morsure du doigt.

Bientôt malaise général et sentiment d'extrême faiblesse. Cette faiblesse augmente; le malade ne peut quitter la chambre et prend à peine quelque nourriture: Il s'alite définitivement et, six semaines après la morsure, le docteur Miquel, mandé auprès de lui, le trouve mort, ayant une bave écumeuse à la bouche.

D'après les renseignements fournis à M. Miquel et à M. Peter, il y a eu, les troisième et quatrième jour de la maladie, des spasmes de la gorge, de l'impossibilité d'avaler les liquides, tandis qu'à d'autres moments la déglutition de petites quantités de boisson pouvait se faire.

Il n'y a jamais eu de convulsions, mais de la faiblesse, puis de la *paralysie;* le malade n'a pas poussé de cris et s'est éteint après avoir eu de l'écume à la bouche dans ses derniers moments.

Tel est le cas de mort chez un mordu inoculé suivant la nouvelle méthode intensive.

Il semble impossible de ne pas être frappé d'au moins deux faits :

Le premier, c'est que les *douleurs* prémonitoires se sont montrées non pas au niveau du doigt mordu, mais au niveau des piqûres faites par les *inoculations antirabiques.*

Le deuxième, c'est que les symptômes n'ont pas été ceux de la rage ordinaire, puisque, à part le spasme œsophagien, les accidents dominant, au lieu d'être convulsifs, ont été *paralytiques.*

Une discussion s'engage sur la communication de M. Peter.

M. Dujardin-Beaumetz estime que le fait de M. Peter n'est pas concluant. D'ailleurs, M. Peter n'a pas vu le malade, et l'observation qu'il communique sur de simples renseignements ne signale pas les symptômes que l'on est habitué à rencontrer dans la rage, la sputation continuelle, le délire, etc. Certains individus peuvent, en outre, présenter la plupart des symptômes de la rage sans être enragés. Tel a été le cas d'un enfant mordu et cru enragé dont M. Brouardel a dû faire l'autopsie il y a quelque temps. L'autopsie démontra que l'enfant n'était pas mort de la rage.

M. Brouardel annonce qu'il communiquera, mardi prochain, les détails de l'observation de cet enfant, qui était mort d'albuminurie et non pas de la rage, comme on l'avait cru.

M. Peter fait observer que tout individu mordu par un chien enragé et mourant au bout de six semaines avec des symptômes semblables à ceux présentés par ce malade, aurait infailliblement passé aux yeux de tout médecin pour un individu mort de la rage.

M. Peter appelle de nouveau l'attention de ses collègues sur ce fait, qu'il considère comme d'importance majeure, que le jeune homme a éprouvé de la douleur au niveau des cicatrices des piqûres des inoculations et non pas au niveau de la cicatrice de la morsure. Il a en outre présenté de la *paralysie*, comme les animaux auxquels on communique la rage des laboratoires; tout le monde sait que la paralysie est d'observation exceptionnelle dans la rage humaine.

©BIU Santé

M. Chauveau dit que la paralysie se rencontre chez les animaux atteints de la rage des rues, comme chez ceux auxquels on a communiqué la rage des laboratoires. Il pense que dans le cas de M. Peter il eût fallu, pour le rendre probant, inoculer au lapin le bulbe du jeune homme que l'on prétend être mort de la rage.

M. Verneuil pense que M. Peter a un peu abusé, dans sa communication, du *post hoc, ergo propter hoc*. Rien dans ce fait ne permet de tirer des conclusions véritablement scientifiques, car il manque absolument des conditions nécessaires pour cela.

M. Peter déclare qu'il n'a pas voulu dire autre chose, si ce n'est que ce malade est mort malgré les inoculations anti-rabiques de M. Pasteur. Il propose à M. Dujardin-Beaumetz de venir prendre avec lui un complément de renseignements, sur ce fait important, auprès du docteur Miquel et auprès des parents du jeune homme.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

— M. Planchon fait un rapport sur une série de demandes en exploitation de nouvelles sources minérales.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1886, sont nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique* : MM. les docteurs Dehenne, à Paris; Le Roy des Barres, à Saint-Denis; Combe, à Paris; Horteloup, à Paris; Magaille, à Marseille; Gros et Bruch, à Alger; Faivre à Besançon; Layet, à Bordeaux; Allard, à Grenoble; Cauvet, à Lyon; Jallet, à Poitiers; M. Brièle, archiviste de l'Assistance publique à Paris.

2° *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Ducor, à Paris; Dujardin, à Pordic; Guindey, à Évreux; Iszenard, à Paris; Lacombe, à Angoulême; Leboucq, à Paris; Parenteau, à Paris; Regnard, à Paris; Rouget, à Arbois; Tachard, à Colombes; Vacherie, à Rançon; Vergne, à Tulle; Courcy, à Saint-Jean d'Angély; Caillet, à Luynes; de Cours, à Paris; Fauverteix, à Saint-Sauves; Grandjean, Grandjux, Rouire, médecins-majors, à Paris; Silbert, à Aix; Aubeau, Proust, Grancher, Pozzi, à Paris; Lajoux, à Reims; Bouisson, à Marseille; Venot, à Bordeaux; Rocher, à Clermont-Ferrand; Hermann, Tourneux, à Lille; Teissier, à Lyon; Grasset, à Montpellier; Schmitt, Arth, à Nancy; Pillault, à Limoges; Accolas, à Rennes; Bertin, à Nantes; Petit, à Paris; Petitjean, à Belfort; Filandeau, à La Roche-sur-Yon; Balestre, à Nice.

MM. les pharmaciens Riffard, à Tarascon; Lextrait, à Paris; Malosse, à Montpellier.

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, 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 lundi 17 janvier 1887.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, 4, rue Suger, ou au concierge du cours.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 janvier 1887. — *Ordre du jour* : 1. Installation du Bureau. — 2. M. Duroziez : Rapport sur la candidature de M. le docteur Malibran au titre de membre titulaire. — 3. M. Christian : Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1886. — 4. M. Deligny : De la blennorrhée de cause arthritique. — 5. Vote sur la candidature de M. le docteur Luc, au titre de membre titulaire. — 6. Fixation du banquet annuel.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Grellet : Considérations sur le traitement des phlegmons de la fosse iliaque par les débridements hâtifs, à propos d'un cas de perforation intestinale. — II. Bibliothèque : Goitres et médication iodée interstitielle. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — IV. Variétés : Le clou de Delhi. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Considérations sur le traitement des phlegmons de la fosse iliaque par les débridements hâtifs, à propos d'un cas de perforation intestinale (1),

Par le docteur Grellet (de Menat), lauréat de l'Académie de médecine,
Membre de la Commission administrative de l'Association des médecins du Puy-de-Dôme.

RÉFLEXIONS

I

Ainsi, voilà un homme, sujet à la constipation, qui se trouve pris assez subitement de douleur abdominale intense, localisée à la fosse iliaque droite, avec tuméfaction de cette région, nausées, vomissements répétés, arrêt de toute évacuation par l'anus, ballonnement du ventre, état général des plus graves.

Au début, ces symptômes pouvaient faire penser à une obstruction intestinale, compliquée de typhlite et de périty phlite. La marche ultérieure des accidents, après l'opération, démontra l'existence d'une perforation intestinale et d'un phlegmon de la fosse iliaque avec gaz intestinaux.

Après une incision méthodique, la fosse iliaque fut largement ouverte et un gros tube à drainage y fut profondément placé. Cette opération terminée, la douleur cessa définitivement; une amélioration régulière et rapide se manifesta, et la guérison était complète au bout de six semaines.

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

FEUILLETON

CAUSERIE

Histoire d'une révolution.

La lumière s'était faite, le peuple comprenait enfin que la prise de la Bastille, en portant un coup mortel aux lettres de cachet, avait laisé subsister les cartes de visite, cent fois plus dangereuses pour le repos des citoyens. Tous les signes précurseurs d'une grande commotion étaient dans l'air; l'achèvement du boulevard Haussmann et l'inauguration définitive d'un nouvel hôtel des postes, construit dans la plaine de Saint-Denis, avaient jeté les Parisiens dans une fièvre qui voulait des événements plus extraordinaires encore pour s'apaiser. Une conjuration s'était donc formée, vers la fin de l'année, recrutant sans cesse des adhérents de plus en plus nombreux, tous animés d'un véritable fanatisme pour leur entreprise; le mouvement n'était pas cette fois dans les couches populaires que l'on sait toujours prêtes à l'agitation, aux renversements, aux violences; au contraire, les conspirateurs appartenaient aux classes paisibles de la société; c'était des bourgeois, des rentiers, des fonctionnaires, des viveurs, dont les allures farouches dénotaient les plus noirs desseins contre l'ordre de choses établi. A quelle institution en voulaient-ils? On ne le sut qu'au dernier moment, tant le secret fut

©BIU Santé

Ce fait pourrait fournir matière à une étude clinique intéressante. Je me bornerai à l'examen du point suivant : l'intervention, si manifestement avantageuse chez Alexeline, ne le serait-elle pas aussi dans bon nombre de phlegmons de la fosse iliaque? Autrement dit : un phlegmon de la fosse iliaque étant reconnu, ne devons-nous pas sans retard en faire le débridement? Cette conduite me paraît indiquée dans la plupart des circonstances, et je me propose d'exposer ici sommairement les raisons qui militent en sa faveur. Si je me décide à le faire, c'est que ce mode de traitement n'est pas conseillé par les auteurs classiques; c'est qu'il ne paraît pas encore entré dans la pratique courante, comme le prouvent les relations médicales publiées sur les derniers moments d'un homme qui occupait il y a peu d'années une très haute situation politique, comme le prouvent aussi des observations publiées récemment de phlegmons de la fosse iliaque, avec perforation intestinale constatée *à l'autopsie*.

II

J'ai en vue les seuls phlegmons de la fosse iliaque dans lesquels le médecin ne constate pas encore l'existence d'une collection purulente. Nous devons même faire une catégorie à part des phlegmons d'apparence bénigne, à marche peu rapide, ne s'accompagnant pas de symptômes infectieux, n'éveillant pas l'idée d'un danger imminent. Que l'on essaye, en présence de ces derniers, d'obtenir la résolution par des moyens antiphlogistiques plus simples (émissions sanguines, applications émollientes et résolutives, évacuants, etc.), je n'y vois pas de contre-indication formelle, bien qu'il faille se rappeler que « la résolution est la terminaison la plus rare du phlegmon iliaque (Grisolle, Nélaton) », qu' « elle est fort exceptionnelle (Després) ».

Mais, quand les tentatives de résolution ont échoué ou quand on se trouve en présence d'un phlegmon grave dès le principe, comme les phlegmons d'origine stercorale, faut-il entreprendre une opération analogue à celle que j'ai pratiquée chez Alexeline, ou continuer quand même l'emploi

---

bien gardé parmi les affiliés; il convient de remarquer qu'aucune femme n'était du complot.

Dans la semaine qui réunit Noël au jour de l'An, au lieu des paquets ficelés qui circulent à cette époque, on vit dans toutes les maisons une invasion de lettres de faire part, à croire que tout Paris venait de mourir en vingt-quatre heures; c'était le premier acte de la nouvelle révolution, dont les promoteurs avaient eu cette idée ingénieuse pour troubler profondément les simagrées traditionnelles du 1er janvier. Ils avaient ouvert le Bottin, et annoncé, selon les formes usitées, les convoi, service et enterrement de toutes les personnes figurant dans le Dictionnaire des vingt-cinq mille adresses; par des commissionnaires dévoués, ces lettres de deuil furent distribuées à profusion dans tous les quartiers, de sorte que chacun apprit la mort de toutes ses connaissances, en même temps qu'il passait lui-même pour mort à leurs yeux. Cette machination funèbre, et d'un goût douteux, s'était perpétrée au moyen d'une imprimerie clandestine, que les conjurés pour l'*Abolition du jour de l'An* avaient achetée à d'anciens nihilistes, aujourd'hui pensionnés par le gouvernement russe. Les conséquences en furent énormes; les gens qui venaient porter des condoléances chez les soi-disant trépassés, entraient dans une colère bleue quand ils les trouvaient gras et bien portants; au lieu de se réjouir de voir ses amis vivants, tout le monde s'emportait contre une aussi mauvaise plaisanterie, dont on s'accusait l'un l'autre d'être l'auteur. Il en résulta une brouille universelle, des émotions, heureusement sans motif, mais qui furent trouvées un prétexte excellent pour décommander en bloc diners et cadeaux.

des moyens purement médicaux? J'adopte la première ligne de conduite, et j'ajoute que l'intervention ne doit pas être tardive.

En effet, s'il s'agit d'un phlegmon stercoral consécutif à une perforation, il faut se hâter de donner issue aux matières intestinales qui, pénétrant dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, y produisent des effets si désastreux. La mort peut survenir dès les premiers jours par septicémie ou péritonite, un peu plus tard à la suite de suppurations abondantes, de vastes décollements, etc. Pendant l'opération pratiquée sur Alexeline, j'ai noté que les gaz intestinaux et la phlegmasie infectieuse commençaient à atteindre le tissu cellulaire sous-cutané au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, par la voie que suivent ordinairement les abcès de la fosse iliaque pour arriver sous la peau. Que serait-il advenu si l'opération n'avait pas été pratiquée? Il n'est guère de médecin qui n'ait vu se dérouler ce cortège de symptômes d'une haute gravité, car les perforations du cœcum ou de l'appendice vermiforme ne sont pas très rares, surtout les dernières, qui égaleraient en fréquence à elles seules, suivant l'estimation de Leudet, toutes les autres perforations du tube digestif. Nombreuses sont les relations d'autopsies constatant l'existence de ces perforations; mais qui oserait prétendre que le rôle du médecin doive se borner à ces constatations *post mortem*, c'est-à-dire à la simple satisfaction d'une curiosité scientifique? Le drainage de la fosse iliaque constitue, en pareil cas, le plus puissant, l'unique moyen de prévenir le développement des accidents les plus graves. Il est clair que les résultats en seront d'autant plus efficaces qu'il aura été employé plus hâtivement.

Je m'empresse de dire que la pensée ne m'est pas venue de citer l'observation d'Alexeline comme un fait de débridement hâtif. J'avouerai même mes hésitations et les retards qu'elles ont amenés dans l'intervention, hésitations et retards qui s'expliquent bien : d'abord, au moment où j'ai demandé l'assistance d'un confrère, et immédiatement avant l'opération, il n'était pas possible de poser avec certitude le diagnostic de perforation intestinale; d'autre part, je ne connaissais dans la science aucun

---

En même temps, les journaux furent remplis de notes insidieuses, dont voici quelques échantillons : « Un curieux accident est arrivé chez un industriel parisien bien connu « et dont la boutique voyait déjà affluer les acheteurs à l'approche du nouvel an. Dans « le sous-sol d'une grande confiserie, un matelas d'enfant qui séchait sur une planche « est tombé, on ne sait comment, dans la grande bassine aux marrons glacés, où cui- « sait au même instant toute la provision annuelle de ce produit si recherché; il a été « impossible de repêcher le matelas en temps utile, et quant à recommencer une nou- « velle cuisson, vu l'importance des commandes, il n'y fallait pas songer. Les marrons, « le sirop et la laine du matelas ont fait assez bon ménage, en fin de compte, et le con- « fiseur est persuadé que sa clientèle ne s'apercevra de rien. » — « Une singulière mé- « prise, que ne soupçonneront pas tout d'abord les amateurs de sucreries : dans une de « nos maisons les plus renommées pour ses fondants, un apprenti a laissé par mé- « garde, au fond de la chaudière, une grosse éponge qui sert à laver la voiture du « patron, et il n'a pu se décider à avouer sa bévue, de peur d'être renvoyé; du reste, « les bonbons ainsi obtenus, loin d'avoir perdu de leur qualité, se distinguent au con- « traire par un petit goût marin fort agréable. » — « Un foie de cheval, destiné à la « nourriture d'une intéressante famille de chats, a été pris sous la roue à écraser le « cacao, dans l'officine d'un chocolatier célèbre; le mélange est resté parfaitement homo- « gène, vu la similitude de couleur entre le chocolat et le foie de cheval, et il ne peut « en résulter qu'une valeur nutritive plus considérable pour la fournée qui a subi cette « addition. »

©BIU Santé

fait précis, aucune publication qui pût m'encourager à entreprendre cette opération. Les retards dans l'intervention chirurgicale ont failli avoir pour Alexeline les plus funestes conséquences, je le reconnais, et c'est précisément là ce qui me décide à publier cette étude.

Dans l'espèce, le point le plus délicat est le diagnostic exact de la perforation intestinale et de la nature stercorale du phlegmon. Ce problème présente des difficultés considérables; mais il est loin d'être toujours insoluble quand on examine attentivement les symptômes actuels comme les antécédents du malade. Il ne peut me convenir d'en tracer un tableau complet; je me limiterai donc à indiquer les symptômes les plus saillants dans la précédente observation, savoir :

L'intensité de la douleur beaucoup plus prononcée que dans les phlegmons iliaques non stercoraux, non gangréneux; l'intensité de la fièvre et l'état adynamique dans lequel se trouvait le malade; une résonance particulière à la percussion, intermédiaire entre la sonorité tympanique du cæcum et la matité absolue, de même qu'une sensation vague de fluctuation; sonorité et fluctuation bien moins prononcées, bien moins nettes que celles habituellement offertes par les pneumatocèles. Il ne pouvait en être autrement, à cause de la disposition du gaz intestinal, qui était infiltré dans les mailles du tissu cellulaire et non réuni en une ou plusieurs grandes cavités. C'est pour cela aussi que pendant l'opération, après l'ouverture de la fosse iliaque, la tumeur ne s'est pas affaissée tout d'un coup sous la main du confrère qui m'assistait, mais seulement avec une certaine lenteur, graduellement. Au moment de commencer l'opération, on avait senti très vaguement, en palpant la tumeur, des bulles de gaz se déplacer profondément sous la pression des doigts.

Si d'ailleurs le diagnostic de perforation intestinale n'était pas établi positivement, en présence d'un phlegmon de la fosse iliaque s'accompagnant d'un ensemble symptomatique grave, menaçant, je crois que le devoir du médecin est d'intervenir, sans attendre les signes caractéristiques de perforation ou de suppuration. J'espère légitimer bientôt cette conduite.

On devine l'effet de ces révélations sur le public; aucun commerçant n'étant particulièrement désigné dans ces notes, ce fut une méfiance générale contre les marrons glacés, les fondants et le chocolat de toute provenance, et pendant que les confiseurs consternés se croisaient les bras derrière leurs comptoirs, on ne voyait dans les rues que des visages épanouis : ceux de tous les tributaires du jour de l'An, qui se promenaient les mains libres, au lieu de la pyramide de sacs qu'ils avaient coutume de charrier les années précédentes.

D'autres projets, plus éclatants, étaient combinés pour le grand jour, le jour de l'An lui-même, et furent exécutés avec un plein succès. La ligue pour l'*Abolition du jour de l'An* s'était assurée, à prix d'or, la connivence des cochers de remise chargés de conduire les grands corps de l'État à l'Élysée; et voici les spectacles auxquels donna lieu cette complicité mercenaire. Quand les chars de la Cour de cassation furent lancés au grand trot sur le quai des Tuileries, on vit l'avant-train de chaque voiture se détacher et continuer sa course, tandis que les superbes landaus, aux larges glaces, demeuraient immobiles sur la chaussée, farcis de leurs conseillers en robe rouge, qu'une foule impitoyable accabla bientôt de la plus indiscrète curiosité; mais il était convenu que le châtiment serait infligé jusqu'au bout à ces fauteurs de réceptions officielles, et il leur fallut s'en retourner chez eux à pied, sans parapluies, empêtrés dans leurs jupes, comme une troupe de bedeaux en rupture de bénitier.

Si la profanation fut grave, comme on vient de le voir, envers nos premiers magistrats, que dire du moyen employé contre le Conseil municipal ? L'irritation était vive

BIU Santé

III

Passons maintenant à une autre catégorie, aux phlegmons iliaques non stercoraux. Pour ceux-là aussi, l'ouverture prompte de la fosse iliaque présente de grands avantages, bien qu'elle ne simpose plus avec le même caractère d'urgence. Ce conseil est justifié par la marche et la terminaison ordinaires des phlegmons iliaques. La suppuration est la règle, même en dehors de l'état puerpéral, où elle est presque inévitable (Nélaton, Grisolle, Després). L'expectation a donc pour résultat de mettre le médecin en présence d'un abcès de la fosse iliaque, et, cet abcès une fois formé, qu'avons-nous à faire? Faut-il attendre l'évacuation du pus par une perforation du gros intestin, de la vessie, de l'utérus, du vagin? Faut-il attendre que l'abcès vienne se faire jour spontanément à travers une perforation de la peau? Ces diverses alternatives exigent un temps relativement long; elles laissent le patient exposé à des complications : péritonite, épuisement, septicémie, fistules, etc., qu'il est possible d'éviter, tout au moins d'atténuer, en donnant plus tôt issue à la suppuration. « S'il y a eu tant d'accidents jusqu'ici à la suite de l'ouverture des abcès de la fosse iliaque, c'est qu'ils ont été ouverts trop tard (Després). »

Il ne nous reste donc qu'à choisir le meilleur mode d'évacuation du pus, ce qui nous conduit forcément à l'incision de la paroi abdominale et au drainage de la fosse iliaque; car il est acquis que l'évacuation des abcès de la fosse iliaque par une ouverture cutanée n'offre pas autant de dangers, depuis l'emploi du drainage, que l'évacuation par une perforation, spontanée ou non, d'un des viscères abdominaux. Je rejette en pareille circonstance l'emploi de la potasse caustique, parce qu'elle agit aveuglément, parce que son action est lente et qu'elle n'est pas indispensable pour éviter l'érysipèle, l'infection purulente, la péritonite, etc. Le bistouri, aidé, s'il le faut, de précautions antiseptiques, est bien préférable.

Ainsi, nous finirons toujours par être amenés tôt ou tard à une opération semblable à celle que je préconise; mais, en la faisant tardivement,

---

contre cet aréopage indépendant et libéral, qui manquait à ses devoirs en ne protestant pas contre les vexations et l'esclavage du jour de l'An; aussi les conjurés avaient-ils résolu de lui faire payer cher sa participation aux usages tyranniques du 1er janvier. Au départ de l'Hôtel de Ville, tout alla bien d'abord, et les élus de la Cité goûtaient fort cette promenade entre deux rangs de gardes républicains à cheval; vers la rue de Rivoli, une humidité qu'ils ne s'expliquaient pas les prit aux jambes; sur la place de la Concorde, le doute n'était plus possible; tous les conseillers municipaux prenaient un bain de pieds dans leurs voitures; ils avaient de l'eau jusqu'au-dessus des chevilles; un mécanisme s'était mis à fonctionner quand ils s'étaient assis, et avait laissé filtrer tout doucement une bonne provision d'eau de Seine dissimulée sous les banquettes. Quand ils voulurent sortir de cette position incommode, une autre surprise les attendait : une couche de glu faisait adhérer solidement leurs pantalons aux coussins des voitures, et ce ne fut qu'à la nuit, après des péripéties humiliantes, avec de forts rhumes, et en abandonnant la partie la plus indispensable de leurs vêtements, que les conseillers municipaux purent regagner leurs logis pour se faire transpirer et se gorger de bourrache.

Cependant le défilé s'organisait à l'Elysée et dans les ministères, partout où les impitoyables convocations du *Journal officiel* avaient réuni de braves gens, qui auraient été si contents de rester chez eux. Ils arrivaient grelottant, le nez rouge, les mains gelées, et attendaient leur tour sur des escaliers, dans des vestibules, cinglés par les courants d'air et maudissant tout bas la stupide routine des souhaits de bonne année.

©BIU Santé

nous aurons perdu des chances de guérison; c'est pour cela que je suis d'avis de la pratiquer avant la période de suppuration, ou au moins tout à fait au début de la suppuration, sans attendre la formation d'un abcès bien appréciable pour le médecin.

IV

Quelles peuvent être d'ailleurs les conséquences de cette intervention hâtive? Tout d'abord un débridement du phlegmon iliaque semblable à celui que l'on obtient dans le phlegmon diffus sous-cutané au moyen des incisions longues et profondes. Ces incisions, comme on le sait, constituent le moyen le plus puissant contre le phlegmon diffus, et leur efficacité est d'autant plus grande qu'elles sont employées à une époque plus rapprochée du début. D'autre part, à l'insu du médecin, il peut y avoir déjà du pus dans la fosse iliaque, ou bien il peut exister une perforation de l'intestin qui jusqu'à ce moment ne s'est traduite par aucun signe caractéristique. Dans ces conditions, l'ouverture de la fosse iliaque est encore plus avantageuse : permettant l'évacuation immédiate du pus, des matières stercorales, des corps étrangers, elle empêche l'extension des désordres et ces troubles si graves qui peuvent amener la mort dès les premiers jours.

Ainsi, quelle que soit la situation, l'ouverture et le drainage de la fosse iliaque sont destinés à rendre de grands services dans le traitement des phlegmons de cette région, réserve faite pour certaines phlegmasies susceptibles de résolution, mais très rares. Cette intervention sera d'autant plus efficace qu'elle aura lieu à une époque moins avancée de la maladie; elle est indiquée, à mon avis, dans les phlegmons de la fosse iliaque aussi bien que les débridements dans le phlegmon diffus ou la kélotomie dans les hernies étranglées.

Objectera-t-on maintenant les dangers inhérents à l'opération? Fussent-ils réellement considérables, ces dangers ne seront pas évités par la temporisation; car, étant admise une phlegmasie dont nous ne pouvons espérer la résolution, nous serons évidemment contraints de pratiquer plus tard

---

Dans ces foules s'étaient glissés aussi des révolutionnaires, qui s'étaient juré de faire manquer les réceptions; munis de petits soufflets à insecticides, ils les avaient remplis de poivre finement pulvérisé, qu'ils répandaient dans l'assistance en manœuvrant le soufflet dans leur manche. Peu à peu, tous les yeux se mirent à pleurer comme des fontaines, et de tous les nez officiels que la barbarie de nos gouvernants avait réunis là, partit un formidable concert d'éternuments qui étouffa les compliments et fit sortir tous les mouchoirs. Comment se montrer dans cet état devant les représentants du pouvoir? Les maîtres des cérémonies, éternuant comme les autres, firent évacuer les salons, et les pères furent rendus à leurs enfants, les époux à leurs femmes; ce fut, malgré quelques picotements dans le nez, une explosion de joie dans les familles, quand on vit revenir de bonne heure ceux qu'on croyait disparus jusqu'au soir dans le gouffre des *vœux bien sincères*.

***

Ainsi fut accomplie la mémorable révolution par laquelle des gens sensés avaient résolu de supprimer le jour de l'An; leur réussite sera-t-elle durable? L'habitude, la bêtise humaine relèveront-elles toujours cette Bastille de la routine, qui fait bien plus de victimes que les prisons d'Etat n'en ont jamais contenu? J'ai écrit d'avance cette histoire, prenant mon rêve pour une réalité; je souhaite qu'elle s'écrive un jour sérieusement, et j'appellerais des bienfaiteurs de l'humanité ceux qui dissuaderaient les hommes de faire les singes pendant huit jours, au moment de l'année le plus froid, le

©BIU Santé

l'ouverture et le drainage de la fosse iliaque pour donner issue soit au pus, soit aux tissus sphacélés, soit aux corps étrangers; mais alors le malade, affaibli, épuisé, sera dans des conditions beaucoup plus défavorables. En réalité, l'intervention que je préconise n'offre pas d'inconvénients comparables à ceux de la temporisation. Les mutilations qu'elle nécessite ne sauraient avoir de conséquences bien fâcheuses; car il est facile d'éviter ici la lésion de tout organe important. La seule artère à signaler dans cette région, la circonflexe iliaque, est appliquée intimement sur l'arcade crurale et se trouve hors des atteintes du bistouri. Après incision de la paroi abdominale couche par couche et en se guidant sur la sonde cannelée, l'emploi de l'instrument tranchant n'est plus nécessaire; le doigt suffit pour terminer l'opération et, appuyant sur le ligament de Fallope et sur l'ilium, il a d'excellents points de repère pour se guider et pénétrer sûrement dans la fosse iliaque. Avec un peu d'attention, on évitera de blesser le péritoine ou l'intestin, comme Dupuytren en rapporte un exemple. On connaît l'épaisseur et la solidité du péritoine dans cette région, et la facilité avec laquelle, dans la ligature de l'iliaque externe, il se laisse décoller et refouler en dedans avec la masse intestinale. Le souci même d'écarter le péritoine et l'intestin pourrait bien être évité souvent à l'opérateur, comme dans la présente observation. Chez Alexeline, en effet, le phlegmon avait déjà refoulé l'intestin et le péritoine vers la ligne médiane, si bien qu'après l'incision de la paroi abdominale, en enfonçant le doigt sur le côté externe de la fosse iliaque, je n'ai pas trouvé ces organes sur mon chemin.

Quant aux pansements après l'opération, ils pouvaient être assez simples chez Alexeline, qui se trouvait placé à la campagne dans une atmosphère des plus pures. L'infection purulente ne se manifeste jamais dans nos montagnes, bien différente en cela du puerpérisme infectieux, qui s'y est montré souvent, soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique (1), sous ses

(1) Je citerai une de ces épidémies qui présenta ce caractère particulier de rester limitée exclusivement à la clientèle d'une sage-femme, laquelle jouait évidemment le

---

plus maussade. Des peines graves, voire des supplices, me paraîtraient justifiés contre tout citoyen reconnu coupable d'avoir contribué au maintien du jour de l'An par des actes ou des paroles. Pour avoir dit : je vous la souhaite bonne et heureuse, vingt ans de travaux forcés; pour avoir envoyé des cartes, la relégation à Cayenne; et ainsi de suite.

Une seule corporation a réclamé contre les tentatives d'abolition du jour de l'An; ce sont les fabricants de joujoux, qui, tenant des enfants dans leurs bras, comme autrefois les Sabines, sont venus exposer leurs doléances au comité révolutionnaire. Ils ont obtenu gain de cause immédiatement, et il a été décidé qu'au lieu de donner des joujoux aux enfants seulement pour le jour de l'An, on leur en donnerait désormais tout le long de l'année.

Quant aux concierges, se sentant désignés comme les premières victimes du soulèvement, ils sont restés tapis dans leurs loges pendant toute la tourmente, et n'ont plus fait attendre aucun locataire pour lui tirer le cordon à une heure du matin quand il gèle à pierre fendre.

P. DUBRAY.

©BIU Santé

formes les plus graves. D'ailleurs, l'infection purulente n'est guère à redouter aujourd'hui, grâce aux pansements modernes qui la préviennent si victorieusement. Dès 1847, Alph. Guérin, mon vénéré maître, avait établi que l'infection purulente (typhus chirurgical) est produite par des miasmes répandus dans l'atmosphère des hôpitaux et absorbés à la surface des plaies : d'où l'indication d'interdire à ces miasmes tout accès sur les plaies, indication que plus tard, j'en ai été témoin, il a remplie avec succès à l'hôpital Saint-Louis au moyen du pansement ouaté. Voilà des faits que la justice, aussi bien que la reconnaissance, me font un devoir de proclamer.

BIBLIOTHÈQUE

Goîtres et médication iodée interstitielle, par le docteur Duguet, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière. — G. Steinheil, 1886. — Prix 3 fr. 50.

M. Duguet rappelle que c'est Luton qui le premier, en 1863, eut l'audace heureuse d'aller porter à haute dose au sein même des tumeurs goîtreuses, l'iode, le fondant, le spécifique par excellence du goître. Cette méthode, qui s'est étendue d'une façon surprenante en Suisse, en Angleterre et en Allemagne, n'a pas pris en France l'extension qu'elle mérite, M. Duguet a pourtant, pour sa part, soumis depuis 1872 à la méthode non sanglante de Luton tous les goîtres qui se sont présentés à lui, et il peut ainsi apporter un bilan de 34 observations dont l'analyse lui permet de tirer des conclusions fort dignes d'intérêt. Il peut ainsi comparer les goîtres charnus aux goîtres kystiques, les récents aux anciens, aux points de vue du sexe, du nombre d'injections nécessaires et des résultats terminaux obtenus. Les faits recueillis par M. Duguet ne modifient pas sensiblement les notions étiologiques antérieurement connues : la fréquence plus grande du goître chez la femme, ses relations avec la vie génitale de celle-ci ; pourtant, bien qu'on ait prétendu que la race juive, et surtout la femme juive, y soit rarement exposée, M. Duguet cite deux observations des plus nettes concernant deux jeunes gens israélites. A noter aussi la prédominance des goîtres du côté droit sans qu'on puisse fournir de cette particularité une explication plausible. Après avoir donné les indications les minutieuses relativement à la manière de pratiquer les injections, M. Duguet étudie leurs effets, leur mode d'action, les accidents qui peuvent leur être attribués, leurs avantages multiples en toutes circonstances, et résume enfin son opinion de la manière suivante :

1° Que le goître soit charnu ou même kystique, pourvu qu'il soit *récent*, il a toutes chances pour être radicalement et rapidement guéri par les injections de teinture d'iode.

2° Que le goître soit charnu ou même kystique, s'il est *ancien*, à plus forte raison s'il est dégénéré, il a toutes chances pour être réduit, beaucoup dans le premier cas, moins dans le second ; dans tous les cas, sensiblement amélioré par les injections réitérées de teinture d'iode.

3° Quelques uns dans cette seconde catégorie seront absolument réfractaires et justiciables peut-être d'une opération plus radicale, l'extirpation.

4° Quels que soient les résultats obtenus avec les injections iodées, la *méthode de Luton* demeure une méthode absolument inoffensive, et d'une efficacité merveilleuse quand elle est appliquée de bonne heure avec discernement et avec prudence.

Ce nouveau travail, consacré à un point important de thérapeutique, et par conséquent essentiellement utile au praticien, sera certainement bien accueilli par le public médical.

P. Le Gendre

rôle de support, d'agent de transmission du germe morbifique. Quelque temps après, cette sage-femme mourut d'un cancer utérin.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos du procès-verbal :

M. Dehenne : Sur les accidents imputables ou imputés à la cocaïne, je prépare un travail d'ensemble avec M. Petit, et j'espère pouvoir le soumettre bientôt à l'appréciation de la Société de médecine. Est ce l'hygrine ? Est-ce l'ecgonine qui amène les accidents ? La cocaïne seule, débarrassée de ces deux produits, est-elle toxique ? A quelles doses commence-t-elle à être dangereuse ? Se fait-il dans les solutions anciennes des produits toxiques qui n'existent pas dans les solutions fraîches ? Je pencherais assez vers cette manière de voir. La question est complexe et mérite d'être étudiée avec le plus grand soin.

M. Dubuc rappelle que M. Delefosse a signalé des accidents d'intoxication après une injection de 2 à 3 grammes de cocaïne en solution dans l'intestin ; il est vrai que sur cet intestin il existait une large surface ulcérée. Il n'y a d'ailleurs aucune analogie à établir entre l'absorption par la muqueuse du rectum et celle par la muqueuse de la vessie, qui n'absorbe pas à l'état normal. Il faut être très réservé pour les doses quand la muqueuse de la vessie est malade, parce qu'alors au contraire elle peut absorber. Il paraît aussi que les dentistes ont observé des accidents après l'injection de 0,05 de cocaïne sous la muqueuse buccale.

M. Reliquet fait observer qu'il a signalé lui-même dans sa dernière note des accidents observés chez une de ses malades.

M. Ant. Martin : Il importerait d'être fixé sur les doses maxima que l'on peut employer, et de savoir quels risques on court quand on fait usage des préparations de cocaïne.

Correspondance imprimée : Revues et journaux de la quinzaine ;

Rapports de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance à l'Académie de médecine, par le docteur de Villers, rapporteur, années 1878-85 ;

Rapports sur les vaccinations à l'Académie de médecine, 1877-81 ;

De l'anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique, par G. Viau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Christian dépose sur le bureau l'article Hallucination, qu'il a écrit pour le Dictionnaire de Dechambre.

M. de Beauvais : J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. le docteur Dechaux, ancien interne, lauréat des hôpitaux, médecin en chef de l'hôpital de Montluçon, l'un de nos membres correspondants les plus distingués, un volume intitulé : *La Saignée d'Hippocrate.*

C'est la réhabilitation éloquente et complète de la saignée dans le traitement des maladies, non seulement de la phlébotomie, mais de l'artériotomie temporale, dont M. Dechaux a obtenu de remarquables résultats, notamment dans le tétanos, dans l'éclampsie pendant la grossesse et l'accouchement, dans les convulsions graves des enfants et des adultes.

Cet ouvrage, d'un praticien consommé, basé sur l'expérimentation clinique, contient un grand nombre d'observations fort intéressantes. Il est écrit sous une forme attrayante, dans un style plein d'humour et de sincérité.

A l'heure où le professeur Peter a tenté de rendre à l'emploi opportun en thérapeutique des émissions sanguines la valeur, trop dédaignée aujourd'hui, qui lui appartient, cette œuvre consciencieuse de notre habile correspondant mérite d'être recommandée à la lecture impartiale de nos collègues.

©BIU Santé

M. Duroziez lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Luc au titre de membre titulaire.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées ; il sera procédé au vote dans la prochaine séance.

M. Duroziez communique une note *Sur le premier cas de souffle d'insuffisance mitrale :*

C'est Brown, de l'hôpital d'Edinburgh, qui le premier (jusqu'à présent) a noté le souffle d'insuffisance mitrale.

Voici ce que nous lisons dans le Traité d'Allan Burns, d'Édinburgh, 1809 : « Dans un cas qui se présenta, tandis que le docteur Brown était médecin de l'hôpital d'Edinburgh, et dont, parmi nombre d'autres manuscrits de valeur, il m'a permis très obligeamment de me servir, les symptômes d'une lésion du cœur survinrent. Il y avait une vibration quand les ventricules se contractaient ; et, quand la main était placée sur le côté, cette vibration ressemblait à la sensation d'un anévrysme variqueux ; l'expectoration était sanglante quand le malade faisait de l'exercise ; il avait des palpitations fortes, une sensation de vibration et un *bruit sifflant*, dû comme à des courants qui se rencontrent ; le *bruit était fréquemment perceptible* comme dans les anévrysmes variqueux, etc... A l'autopsie, la mitrale était indurée et inégale (réticulée), l'oreillette droite élargie, le foie et les poumons durs, le péricarde enflammé. »

Le docteur Rutherford fait sur ce cas les réflexions suivantes : « D'après l'état réticulé de la valvule, il semblait y avoir une ouverture laissée entre l'oreillette et le ventricule, pendant la contraction du dernier. Ainsi à chaque contraction le sang coulait, partie dans l'aorte, partie dans l'oreillette gauche, régurgitant dans les veines pulmonaires et obstruant la circulation. » La régurgitation du sang du ventricule dans l'oreillette doit avoir produit en même temps la sensation de vibration et aussi, comme le remarque le docteur Rutherford, le bruit sifflant (*hissing noise*), remarque Allan Burns.

M. le docteur Malibran donne lecture d'un mémoire sur une observation d'*insuffisance tricuspidienne primitive, diagnostiquée pendant la vie.* (Commission : MM. Deligny, de Ranse et Duroziez, rapporteur.)

M. Dehenne lit une note sur les *Gommes multiples de l'iris.* (Sera publiée.)

M. Larroque : Au sujet de la très intéressante communication de M. le docteur Dehenne, je désire attirer l'attention de la société sur la difficulté du diagnostic différentiel entre les gommes syphilitiques et les tubercules de l'iris. Il est extrêmement difficile de trancher la question, certains praticiens même nient, je crois, l'existence des tubercules de l'iris. Ici le traitement spécifique ne peut trancher la question, puisque l'iodure de potassium avec les composés hydrargyriques agit aussi bien dans les accidents tertiaires que dans les manifestations diverses de la tuberculose.

J'ai pour ma part un fait qui confirme mon dire. Il s'agit d'un malade adulte chez qui survinrent des phénomènes de paralysie de la troisième paire crânienne, consistant en ptosis et un peu de déviation de l'œil en dehors. Peu après on observa quelques troubles mentaux peu accentués, et ressemblant assez au délire alcoolique. Le sujet chantait ; aucun autre symptôme apparent. On institua le trairement spécifique à hautes doses : onctions mercurielles, iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication énergique, les troubles somatiques et psychiques s'amendèrent à tel point que l'on crut à l'efficacité du traitement et par conséquent à une syphilis tertiaire. Quelques semaines s'écoulèrent pendant lesquelles la médication ne fut pas interrompue. Malgré cela le ptosis se reproduisit et le délire éclata de nouveau presque aussitôt. Deux jours après le malade tomba dans le coma, le lendemain survint la mort. A l'autopsie on constata une méningite tuberculeuse assez généralisée. On avait eu affaire à une de ces formes anormales à type brusque, à début délirant qu'a si bien décrit le professeur Jaccoud dans ses cliniques. D'après ce dernier, le traitement le plus efficace de la méningite tuberculeuse consisterait justement dans les onctions mercurielles, et il conseille de larges vésicatoires entre les épaules, empiétant sur la nuque, que l'on panse ensuite avec de l'onguent napolitain, *cum mercurio*. Non pas qu'il cherche à guérir, mais à retarder l'évolution de cette maladie malheureusement fatale.

©BIU Santé

Les rapports entre deux affections dissemblables, quoique similaires cependant dans le mode de traitement, surprennent. Peut-être y a-t-il là des associations de deux états pathologiques, hybrides, comme on a voulu les dénommer. Quoi qu'il en soit, le traitement hydrargyrique et l'iodure de potassium dans les cas de syphilis amènent le plus souvent la guérison; dans les différentes manifestations tuberculeuses, elles produisent sinon la guérison, du moins des rémissions plus ou moins marquées. Cela suffit pour donner lieu à des erreurs de diagnose qu'il serait pourtant très important d'éviter; aussi, croyons-nous qu'il faut être très réservé malgré les apparences efficaces d'un traitement spécifique. Annoncer une guérison prochaine et définitive serait s'exposer dans certains cas à de graves contradictions.

M. Dehenne : Dans le cas actuel, le diagnostic n'est pas douteux. Nous avons bien affaire à des gommes de l'iris. Le traitement antisyphilitique était bien indiqué et a fait merveille, surtout chez la femme qui fait le sujet de la deuxième observation. Quant aux préparations hydrargyriques, je les emploie couramment chez les enfants strumeux. Je les associe à l'huile de foie de morue, et je m'en trouve fort bien, surtout dans certaines formes de kératites, s'accompagnant de photophobie intense, et à marche lente.

M. Tissier : Il est vrai que l'iodure de potassium est le spécifique de la syphilis. Mais il rend des services dans bien d'autres affections. De ce qu'une maladie est guérie par l'iodure de potassium, on ne peut donc pas conclure absolument que cette maladie ait été de nature syphilitique.

M. de Beauvais : M. le professeur Fournier et son chef de clinique pensent que, dans les cas comme ceux dont il vient d'être question, il s'agit de syphilis héréditaire et non de tubercules.

M. Dubuc : Il y a toujours lieu de se demander s'il n'existe pas dans ces cas une influence syphilitique héréditaire, surtout si l'iodure de potassium s'est montré efficace.

M. Antonin Martin : La méningite tuberculeuse ne guérit pas; mais j'ai souvent guéri des méningites chez les enfants, méningites que je considère comme *scrofuleuses* et non comme tuberculeuses; je les ai guéries non par l'iodure de potassium, mais par le calomel, et d'autant plus facilement qu'on était plus rapproché du moment de la naissance.

M. Reliquet : Il serait extrêmement intéressant que M. Martin voulût présenter à la Société les observations dont il parle, afin que nous puissions les discuter.

Elections du bureau. — M. de Beauvais, ancien président, remplace au bureau M. Fraigniaud, et proclame les résultats du scrutin.

Sont élus :

Président : M. Fraigniaud.

Vice-président : M. de Ranse.

Secrétaires annuels : MM. Baraduc et Coignard.

Archiviste : M. Pellier.

Membres du conseil d'administration : MM. Antonin Martin et Ladreit de La Charrière.

M. Perrin, *trésorier*, est maintenu, par acclamations, dans ses fonctions.

En conséquence, le bureau de la Société de médecine pour 1887, se compose des membres qui précèdent, auxquels il faut joindre, comme *secrétaire général*, M. Christian, et, comme *membres du 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.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

©BIU Santé

VARIÉTÉS

LE CLOU DE DELHI

Cette affection présente des analogies avec le bouton de Biskra et s'observe à Moultan, Rindli et Scinde dans l'Hindoustan. Elle siège de préférence, d'après M. Hickmon, médecin de l'hôpital d'Umballa, sur le poignet, les mains, les avant-bras, le dos du pied, les parties latérales de la face ou les membres inférieurs. Elle débute par un tubercule induré auquel succède une desquamation, suivie elle-même d'une période d'ulcération. Une croûte recouvre alors l'ulcère qui persiste pendant longtemps.

Dans la dernière période, la cicatrisation commence par le centre. La cicatrice d'abord violacée devient finalement jaunâtre. Pendant un temps, on attribuait la maladie à l'usage des eaux fortement magnésiennes; mais, depuis 1857, on a démontré la virulence de la sérosité sécrétée par la plaie, et son inoculabilité non seulement à l'homme, mais aux animaux. Le bouton de Delhi appartient donc vraisemblablement, comme celui de Biskra et de Gafsa, à la catégorie des maladies parasitaires. — C. L. D.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉ CONTRE LES DOULEURS D'OREILLES. — Moure.

Sulfate d'atropine.....	de 0 gr. 02 centigr. à 0 gr. 05 centigr.
Chlorhydate de morphine.....	0 gr. 05 centigr.
Glycérine neutre.....	15 grammes.

Faites dissoudre. — Dans le cas d'otalgie ou d'otite subaiguë des caisses et des trompes, on maintient à l'entrée du conduit auditif, un tampon de ouate imprégné de cette solution. Si les douleurs sont très violentes, on peut même instiller dans l'oreille, matin et soir, une ou deux gouttes de ce liniment. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 24 décembre 1886, le doyen de la Faculté de médecine de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 11 septembre 1886, la donation faite par la dame veuve Parise, d'un capital productif d'une rente annuelle de 100 francs pour la fondation d'un prix biennal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Morvan, décédé à Paris ; du docteur Muguet, décédé à Lyon ; et du docteur Ducellier, décédé à Montmorillon.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 10 janvier 1887. — *Ordre du jour :* 1. Installation du bureau. — 2. Rapports de MM. Deniau, Richardière et Huchard sur les candidatures de MM. Léonard, Binet (de Genève) et Esquerdo, Robert et Tuset (de Barcelone). — 3. M. Vigier : Rapport financier annuel. — 4. M. Huchard : La lésion des artères coronaires dans ses rapports avec la mort subite (nouvelle observation avec autopsie). — 5. M. Martin : Traitement des épistaxis. — 6. M. Descroizilles : Observation de fièvre typhoïde ataxo-adynamique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 janvier 1887, à quatre heures très précises, au palais de justice dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Installation du nouveau bureau. — 2. Élections à quatre places de membres titulaires. — 3. Suite de la discussion sur le viol dans l'hypnotisme. — 4. Questions diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

SBIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Hystérectomie vaginale. — II. Intérêts professionnels : Une proposition officielle de réforme de la loi sur l'exercice de la médecine. — III. Bibliothèque : Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1885-1886). — Annales de clinique interne. — IV. Revue des Journaux : Goître. — Gynécologie. — Hystérectomie vaginale. — Gastrostomie. — V. Thérapeutique : Une nouvelle préparation de pepsine. — Sur le choix des ferrugineux. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Sur les rêves.

Hystérectomie vaginale,

Par L.-G. Richelot.

Le 10 novembre 1886, entrait à l'hôpital Necker une malade affectée d'un épithéliome utérin. M. le docteur Blachez voulut bien m'appeler pour l'examiner; M. Baudoin, interne du service, m'a remis obligeamment les notes sur lesquelles cette observation est rédigée.

Victoire F... est une femme de 44 ans; réglée à 18 ans, mariée à 26, elle a eu quatre enfants et des couches toujours faciles. Aucune métrorrhagie en dehors de ses règles; mais depuis deux mois environ elle a des pertes blanches, et depuis quinze jours seulement des douleurs abdominales modérées.

Au moment de son entrée à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Blachez, la malade perd un peu de liquide à peine coloré par le sang et presque sans odeur. Le toucher, légèrement douloureux, fait reconnaître un col gros, inégal, à surface interne bourgeonnante, à ulcération fongueuse gagnant vers la droite; mais les culs-de sac paraissent libres et l'utérus mobile. L'examen au spéculum confirme ces premiers renseignements, et montre que l'ulcération du canal cervical envahit surtout la lèvre antérieure et approche du cul-de-sac vaginal du côté droit sans l'atteindre.

L'état général est mauvais; la malade est pâle, amaigrie, sénile. Mais au bout de quelques jours, sous l'influence du repos, du régime et du traite-

FEUILLETON

SUR LES RÊVES.

L'Académie des sciences morales et politiques a entendu dernièrement une lecture de M. Félix Hainent sur le sommeil et les rêves. « La plupart des rêves, a dit le lecteur, sont des images confuses, incomplètes et désordonnées des événements auxquels nous avons été mêlés ou des pensées qui ont traversé notre esprit pendant la veille. » — « La plupart? » C'est possible. Mais il en est beaucoup qui échappent absolument à cette définition, qui ne sont ni confus, ni incomplets, ni désordonnés; qui ne sont point du tout les images des pensées qui ont traversé notre esprit pendant la veille. Cela est vrai pour moi, et je me suis assuré que cela est vrai aussi pour un grand nombre de mes contemporains. Ces rêves, exceptionnels, je le veux bien si M. Hainent y tient, sont ce que j'appelerais des rêves à cadres fixes. J'entends que l'action, très variable, se passe dans des localités bien déterminées pour le dormeur, parfaitement reconnaissables, et toujours les mêmes. Or, ces localités n'ont aucune réalité et ne rappellent rien de connu.

Par exemple : Il m'arrive souvent, pendant le sommeil, d'être transporté dans une ville dont toutes les rues me sont familières. C'est Strasbourg, mais un Strasbourg qui n'a rien de commun avec la capitale réelle de l'Alsace, que je connais bien, cependant,

©BIU Santé

ment tonique, la santé s'améliore et les forces reviennent. La désinfection vaginale est faite quotidiennement avec les injections de bichlorure et les tampons d'iodoforme.

Hystérectomie vaginale le 25 novembre, en présence de M. le docteur Blachez et avec l'aide de M. Baudoin. L'anesthésie est habilement pratiquée par M. Bonvalot, externe du service.

Dès les premiers temps, il est facile de prévoir que l'opération n'offrira pas de grandes difficultés. La vulve est assez large et l'utérus se laisse facilement abaisser. Incision antérieure, à la base du col; décollement de la vessie avec le doigt; section d'une artériole qui donne un jet de sang et sur laquelle je place une pince hémostatique ordinaire; ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, que je déchire simplement avec les doigts, et dans lequel j'introduis une éponge montée.

Je continue l'incision sur les côtés du col, puis en arrière. La lame tournée vers l'utérus et coupant de bas en haut, j'atteins sans le chercher, comme j'ai l'habitude de le faire, le cul-de-sac de Douglas, et j'agrandis l'ouverture avec les doigts. Alors, sans fouiller dans le péritoine pour explorer le ligament large du côté droit et chercher son bord supérieur, j'introduis d'emblée dans le cul-de-sac de Douglas le mors postérieur de la pince longue et courbe sur le champ, guidé par l'index de la main gauche. Même manœuvre en avant, pour m'assurer que l'autre mors est bien dans la déchirure antérieure du péritoine. La pince est poussée de bas en haut et placée à quelque distance du bord droit de l'utérus; elle mord le ligament dans les deux tiers de sa hauteur, car, au moment de la serrer, mon doigt n'a pu atteindre le bord supérieur et j'ai renoncé aussitôt à saisir le ligament tout entier. Je coupe l'insertion au ras de l'utérus, dans la hauteur de la pince, et je laisse l'organe adhérent par sa corne.

A gauche, la pince longue est introduite à son tour et pénètre facilement; mon doigt n'atteint pas son extrémité, ni le bord supérieur du ligament. L'index gauche me servant de conducteur, je sectionne au ras de l'utérus, et bientôt, ayant toujours le contact de la pince, la section est achevée,

---

où je suis allé souvent, où j'ai séjourné à plusieurs reprises, et à des époques différentes. Dans le Strasbourg de mon rêve, il n'y a ni cathédrale, ni fortifications, ni rivière, ni brasseries; rien, en un mot, qui, de près ou de loin, ressemble à ce que j'ai vu. C'est une ville nouvelle, tout à fait à part, et dont l'image m'est si nette et si présente que j'en dessinerais, éveillé, les divers quartiers. J'y demeure dans une maison très simple, située au bout d'une rue fort longue, étroite, régulière et triste, sans trottoirs et sans magasins. A l'autre extrémité de la ville se trouve, au contraire, une large rue en pente par où l'on descend à un vaste jardin public où se rassemble la compagnie élégante et joyeuse du pays. Dans ce jardin est une sorte de monticule, formant terrasse, entouré de balustrades de pierre, et ombragé par de vieux arbres magnifiques. On y monte par des degrés très larges et d'une belle architecture.

Voilà le cadre. Encore une fois, il est immuable. Mais les actions qui s'y déroulent sont infiniment variées. Je ne me rappelle pas avoir rêvé deux fois la même chose dans cette localité factice et, de plus, rien de ce j'ai rêvé n'avait le moindre rapport avec ce que j'ai fait ou vu dans le véritable Strasbourg.

Quelques autres de mes rêves habituels ont un caractère doublement fixe. Ils se passent dans le même cadre, et l'action est également la même. Action et cadre n'ont pas le moindre rapport avec la réalité.

Ainsi, je m'imagine que j'ai terminé mes études scolaires; je suis pourvu de mes deux diplômes de bachelier ès lettres et bachelier ès sciences. Au lieu de partir, avec mes camarades, pour Paris, le pays des rêves de tout écolier provincial, il me vient à l'idée

BIU Santé

preuve que l'instrument dépassait le bord supérieur et avait saisi toute la hauteur du ligament. L'utérus, libéré à gauche, est extrait de ce côté, ne tenant plus que par sa corne droite; celle-ci est prise dans une autre pince et l'ablation terminée. Il y a trois pinces longues sur les ligaments larges, et quatre hémostatiques ordinaires dans la plaie sous-péritonéale. Toilette avec des éponges montées, tampons d'iodoforme dans le vagin. L'opération a duré trente minutes.

L'utérus enlevé nous montre un cancer intra-cavitaire, gagnant, comme je l'ai dit, sur la lèvre antérieure renversée en ectropion, et touchant en haut la partie inférieure de l'isthme. Le microscope nous montrera si quelque traînée invisible a déjà gagné la muqueuse du corps.

Les suites de l'opération méritent à peine d'être mentionnées. La malade se réveille promptement et accuse de vives douleurs. Une injection de morphine d'un centigramme ne produit que peu d'effet; mais une seconde, après midi, ramène le calme. Aucune fièvre le soir; nuit tranquille. Dès le second jour, la malade urine seule; trois vomissements bilieux; suintement vaginal très modéré; au champagne glacé on ajoute un peu de bouillon froid.

J'enlève les pinces après trente-six heures et change les deux tampons superficiels. Jusqu'au 29, la malade accuse à peine quelques douleurs passagères, la figure est calme et souriante; elle se nourrit de champagne et de bouillon; 37°6 et 37°4 sont les plus hautes températures.

Le 29, tous les tampons sont enlevés; le plus profond est serré dans la plaie sus-vaginale déjà fort rétrécie; une injection de sublimé est faite avec précaution et poussée très doucement. Etat général excellent; nourriture plus abondante. A partir de ce moment, on se borne à faire deux injections de sublimé par jour et à placer dans l'intervalle un tampon iodoformé; la malade se lève le 10 décembre; le 28, elle a repris toutes ses forces et part pour le Vésinet. Le toucher vaginal ne provoque aucune douleur, et la cicatrice paraît fermée; cependant, l'examen au spéculum n'ayant pas été fait, je ne puis dire s'il existe encore une petite surface non cica-

---

que je dois recommencer toutes mes classes. Pourquoi? Je n'en sais rien. Cette impulsion étrange ne résulte certainement pas de mes préoccupations ou de mes désirs à l'état de veille. Je n'ai, en effet, jamais eu beaucoup de goût pour les recommencements. Toutes les fois que je me suis posé cette question : Voudrais-tu recommencer ta vie? je me suis répondu par la négative. Je crois que la majorité des hommes est du même sentiment. Tous, à coup sûr, nous voudrions revivre, mais d'une vie nouvelle, mais pour faire autre chose que ce que nous avons fait. Quant à reprendre le même voyage, à parcourir les mêmes sentiers, à passer par les même trous. Non. Ce qui montre que le meilleur de l'existence, c'est peut-être l'espérance, mère de l'illusion. Je n'ai guère rencontré qu'un seul de mes contemporains, écrivain et artiste remarquable, d'ailleurs, qui acceptât franchement, sans hésitation, un second tour de manège.

Me voici donc, dans mon rêve, faisant, moi, mon second tour de collège. A l'époque de mon enfance, les lycées s'appelaient des collèges, et j'avoue que je ne sais pas bien pourquoi on a changé ce nom. Me voici, grand garçon et maître ès arts, confondu avec es bambins dont les jeux ne m'amusent plus et qui ne m'intéressent d'aucune façon. Cela n'est pas gai. Heureusement que le proviseur, en considération sans doute de mon âge, de ma taille et de mes allures raisonnables, m'a laissé une assez grande liberté. Je sors de la maison comme je le veux, et, pourvu que je sois exact aux heures de classe de réfectoire et de dortoir, on me laisse disposer de mon temps comme il me convient, aller et venir comme je l'entends. Tout contre les bâtiments du collège se trouve une petite colline ombragée d'arbres et couverte d'herbe. C'est là que je vais m'asseoir seu

©BIU Santé

trisée, comme je l'ai souvent constaté un mois et plus après l'hystérectomie vaginale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE PROPOSITION OFFICIELLE DE RÉFORME DE LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

En déposant sur le bureau de la Chambre des députés ce nouveau *projet de loi sur l'exercice de la médecine*, les trois ministres préposés aux destinées de l'instruction publique, de la justice et du commerce français, devaient sourire quelque peu. N'est-il pas à craindre, en effet, qu'excellent à plus d'un point de vue, ce projet ne soit condamné, par les fatalités parlementaires, au sort d'autres propositions analogues et non moins solennellement préparées?

Gouvernements, ministres, députés, tout passe; les réformes médicales restent..... dans les cartons!

Ce projet conserve les deux ordres de médecins : docteurs et officiers de santé et leur confère le droit d'exercer sur toute l'étendue du territoire; cependant elle impose aux seconds l'obligation de ne résider ni dans les chefs-lieux de département ou d'arrondissement, ni dans les villes peuplées de plus de 10,000 habitants, et les exclut des fonctions de médecins experts près les tribunaux et de médecins et chirurgiens des hôpitaux ou hospices. (Art. 1, 3, 4, 5.)

Les médecins étrangers conservent le privilège d'obtenir des dispenses de scolarité. Il est vrai que les rédacteurs de ce projet proposent de faire établir un règlement d'administration par le Conseil supérieur de l'instruction publique, et déclarent que ces dispenses ne porteront jamais sur la totalité des épreuves. L'article 2 consacrerait donc une réforme par rapport aux pratiques administratives en usage. N'y aurait-il pas mieux à faire, et au lieu de s'en remettre à une règlementation éventuelle, de fixer dans la loi le maximum des connaissances exigibles des médecins reçus à l'étranger, et, qui sans avoir les charges de nos compatriotes, leur font une concurrence professionnelle?

D'après l'article 6, la profession de dentiste ne serait plus exercée à l'avenir que par des personnes munies « d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé ».

---

et réfléchir tout à mon aise à la singulière détermination que j'ai prise. Une seule compensation s'offre à moi dans mon ennui; c'est une sorte de satisfaction de me sentir supérieur à l'idée qu'on a de moi. Je la note précisément parce qu'elle ne m'est jamais venue à l'esprit étant éveillé. Le collège où se déroule mon rêve, variable dans ses détails, mais toujours le même quant au fond et quant au cadre, est le collège d'Autun. Mais c'est un Autun qui n'a, ainsi que le Strasbourg de tout à l'heure, absolument rien de commun avec la réalité. Cependant je connais cette ville aussi bien que l'autre, sinon mieux, pour y avoir été pensionnaire et y avoir passé un temps qui, contrairement à l'habitude, ne m'a laissé que des souvenirs qui me sont toujours chers.

Je pourrais multiplier ces exemples, mais le lecteur trouvera, je l'espère, que ce qui précède, écrit en toute sincérité, suffit pour montrer que les rêves sont quelquefois tout autre chose que des « images confuses, incomplètes et désordonnées des événements auxquels nous avons été mêlés », et que, parfois aussi, ils n'empruntent rien « aux pensées qui ont traversé notre esprit pendant la veille ». Ils sont ce qu'ils sont, par eux-mêmes, et dénotent un mode spécial de l'activité du cerveau. J'estime qu'en fait de banalités, l'exception seule est intéressante.

©BIU Santé

La situation légale des sages-femmes ne serait pas modifiée; par contre les internes en médecine et les étudiants, dont la scolarité est terminée, obtiendraient par autorisation préfectorale, renouvelable trimestriellement, la faculté de pratiquer en temps d'épidémie ou de remplacer un docteur en médecine ou un officier de santé.

Une disposition contenue dans l'article 13 augmente les délais de prescription en matière d'honoraires médicaux et les porte de la durée de l'action à cinq années. Cette mesure serait équitable et ne léserait que les mauvais clients.

Les pénalités seraient plus étendues que celles trop bénignes dont les tribunaux disposent actuellement; elles atteindraient, en effet, non seulement les individus dépourvus de tout diplôme, mais les diplômes excédant les attributions de leur titre ou couvrant de ce titre des personnes exerçant illégalement. L'amende et la prison sont la sanction de ces dispositions.

L'article 14 prohibe l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par les titulaires des deux diplômes, autorise toutefois les médecins à délivrer des médicaments à leurs malades dans les localités distantes de 4 kilomètres de toute officine, et les soumet alors aux règlements qui régissent la pharmacie, sans toutefois leur imposer la double patente. L'article 20 punit les contraventions de cette nature.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine serait entraînée par la condamnation à une peine afflictive ou infamante correctionnelle pour crime de faux, vol, escroquerie, pour les crimes prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, 335 et 345 dn Code pénal; enfin par une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises et punissant des faits qualifiés crimes par la loi. Toutefois, elle ne serait pas applicable aux crimes et aux délits politiques.

Je ne mentionne pas l'obligation de l'enregistrement du diplôme et l'établissement, chaque année, de la liste des personnes exerçant une branche quelconque de l'art de guérir. C'est un rappel des lois existantes qui, il y a naïveté à le rappeler, ne sont guère exécutées.

Enfin, l'article 23 déclare « qu'en cas de poursuite pour exercice illégal de la méde-« cine, les médecins ou les Associations de médecins régulièrement autorisées, inté-« ressées à la poursuite, peuvent se porter partie civile. » Cette innovation serait à coup sûr bien reçue du corps médical; mais serait-elle recevable des tribunaux dans la situation très fausse que la législation sur les Associations fait aux professions libérales?

Telle est l'économie de cette proposition de loi qui donnerait satisfaction aux intérêts trop oubliés de la santé publique, et aux vœux si souvent formulés par le corps médical et par l'Association générale, son organe autorisé.

On se prend à regretter de ne plus avoir cette foi robuste qui fait naître l'espérance; mais comment espérer encore après tant de déceptions? Et puis pourquoi vivre d'illusions? Les couloirs du palais Bourbon ne sont pas fort discrets, et il en est parmi nos confrères députés qui poussent l'amour de l'intransigeance et de l'autonomie jusqu'à demander cette dernière sous la forme de l'exercice libre de la médecine. Serait-ce donc avec de tels appuis que les inspirateurs de ce projet comptent le faire triompher, si toutefois leur proposition venait jamais à l'ordre du jour des séances? — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de clinique médicale faites a l'hôpital de la Pitié (1885-1886), par S. Jaccoud, professeur de clinique à la Faculté de Paris, etc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier; 1887.

Voici le troisième volume de clinique que publie M. Jaccoud depuis qu'il professe à la Pitié; en parcourant les titres de ces 38 leçons, on est frappé de la grande variété des sujets traités et du soin qu'a pris le maître d'aborder de préférence les questions relatives à la pathologie et à la pathogénie microbiennes. Il a voulu montrer sans doute que, s'il n'avait accepté qu'avec défiance au premier abord l'intrusion de la microbiologie

©BIU Santé

dans la clinique, il a compris depuis lors les services que peut rendre la dernière née des sciences médicales. Elle peut aider le clinicien pour établir certains diagnostics, comme le pathologiste pour interpréter l'étiologie et la pathogénie.

Les cinq premières leçons sont consacrées à l'*endocardite infectieuse*, dont trois cas d'origine et d'allure différentes s'étaient présentés à son examen, l'un d'origine rhumatismale, les autres d'origine gravidique ou puerpérale. Les recherches microbiologiques faites par M. Netter, chef de clinique, avec sa compétence indiscutée, ont permis de constater la présence de microbes différents dans les diverses variétés cliniques d'endocardite infectieuse. MM. Jaccoud et Netter ont pu s'assurer dans un cas que les microbes, dits pathogènes, pouvaient exister encore dans l'organisme plus de deux mois après la guérison. « Donc, l'organisme est capable de modifier les microbes au point de les réduire à l'inertie, bien qu'ils soient encore présents avec les mêmes caractères objectifs que dans la phase nocive; à l'issue de la lutte, dans laquelle le malade a triomphé, ils sont devenus innocents. Cette capacité modificatrice de l'organisme est le moyen de guérison dans les maladies infectieuses; si on la nie, voyez la conséquence; il faut admettre que les susdits microbes étaient innocents d'emblée. » Cette dernière phrase n'est pas exempte peut-être de quelque restriction malicieuse et semble indiquer que M. Jaccoud, tout en acceptant la pathogénie microbienne quand elle s'impose, se préoccupe toujours de la faire vivre en bon accord avec les faits cliniques.

Après avoir rappelé qu'en 1886 il avait conclu que l'endocardite infectieuse est une maladie *à microbes*, M. Jaccoud demande aux faits de répondre à cette autre question : est-ce une maladie *par microbes ?*

Parmi les endocardites infectieuses, il en est dans lesquelles la porte d'entrée ou le point de départ de l'agent infectieux est nettement saisissable (solution de continuité tégumentaire ou muqueuse, foyers de suppurations simples ou spécifiques).

Pour les cas en apparence spontanés, doit-on admettre la pénétration de l'agent infectieux par les voies respiratoire ou digestive? — Pas nécessairement, répond M. Jaccoud. « L'organisme sain porte constamment en lui des microbes en grand nombre : ces éléments sont parfaitement innocents, tant que le fonctionnement organique présente son activité normale, mais ces microbes peuvent devenir nuisibles par envahissement, lorsque l'organisme détérioré manque de sa vitalité et de sa résistance ordinaires. »

M. Jaccoud, en se fondant sur la pluralité des formes microbiennes dans l'endocardite infectieuse, établit une division des microbes pathogènes en deux classe : « les pathogènes spécifiques, dont l'action nocive se traduit chez l'homme par des effets toujours les mêmes pour chacun d'eux, de sorte qu'à chacun de ces microbes correspond une maladie unique; et les pathogènes indifférents, dont l'action nocive se traduit chez l'homme par des effets dissemblables, de sorte qu'à chacun de ces microbes correspondent plusieurs maladies distinctes. »

Dans une leçon très neuve, M. Jaccoud montre qu'une *pneumonie aiguë non traumatique peut devenir le point de départ d'une infection purulente.*

Il étudie ensuite l'*infection blennorrhagique ;* il montre, à propos d'un cas d'*érysipèle atténué*, comment les attaques antérieures de la maladie peuvent conférer l'immunité symptomatique, malgré la présence du microbe spécifique dans le sang.

Puis viennent des leçons sur les *fièvres typhoïdes à rechutes multiples* et *intermittentes*, la *scarlatine* légère et grave, l'*urémie*, la *syphilis rénale*, la *tuberculose urinaire.*

Signalons encore de très importantes leçons sur le *traitement des maladies du cœur.*

Enfin, les *anévrysmes aortiques*, la *chlorose*, le *diabète hydrurique*, la *goutte et son traitement*, etc. complètent la série de ces leçons, dans lesquelles se continue aussi brillamment que les années précédentes l'enseignement très apprécié du professeur de la Pitié.

P. Le Gendre.

Annales de clinique interne, par M. Masius, MM. Closson et Shiffers. Liège, 1886.

Ce premier volume d'un ouvrage qui, sans nul doute, sera continué, comprend l'histoire de la clinique médicale de l'Université de Liège du mois de mars 1877 au mois de

BIU Santé

juin 1882. Les auteurs auraient pu, à l'exemple d'autres écrivains, se borner à donner la statistique des maladies observées durant cette période, et faire mesurer ainsi au lecteur l'importance et le nombre des cas qui y sont traités.

C'eût été trop aisé; nos savants confrères belges entendaient faire plus et mieux. Ils ont réussi; car ce gros volume renferme des études cliniques ou thérapeutiques originales sur les diverses parties de la pathologie interne : *maladies générales, maladies des appareils respiratoire, circulatoire, nerveux ou génito-urinaire.* La dermatologie et la laryngologie même y ont place.

M. Masius et ses collaborateurs ne s'y bornent pas à l'exposition classique des particularités de la pathologie et de la thérapeutique dans chaque maladie; hommes d'expérimentation, ils mettent volontiers à l'essai les nouveautés médicamenteuses et vérifient sagement les théories ou les opinions récentes.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, ils adoptent la quinine comme antipyrétique, soit par la voie buccale, soit en injections sous-cutanées, et combinent son emploi avec la réfrigération par l'eau froide. Contre le rhumatisme articulaire aigu, ils prescrivent les injections sous-cutanées d'acide phénique; contre la tuberculose pulmonaire, les inhalations de benzoate de soude et d'iodoforme, et contre les angines couenneuses ou diphthéritiques, le traitement de Lazerick et de Brown, auquel ils préfèrent la glace *intus et extra*, le chlorate de potasse et un régime tonique.

Ces citations suffisent pour montrer la richesse de ce volume en renseignements sur la thérapeutique contemporaine des diverses affections, et l'esprit même qui inspirait les auteurs pendant sa rédaction. MM. Masius, Closson et Schiffers désiraient servir l'intérêt des élèves par cette publication; ils ont fait mieux, car, écrit dans un but pratique, ce livre sera utile à tous les praticiens. Il témoigne aussi de l'activité scientifique de nos confrères belges et du caractère essentiellement clinique de l'enseignement de l'Université de Liège. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Goître : Extirpation ; cachexie strumiprive; ligature d'artères. — Dans sa dissertation inaugurale, Fr. Weidemann rapporte vingt-cinq cas d'extirpation de goître. L'auteur insiste sur la fréquence de cette affection dans certaines contrées, et tout récemment en particulier, à Berlin, dans la nouvelle Marche et dans la Marche de l'Ucker. Trois fois seulement, sur vingt-cinq, le goître existait chez l'homme: deux fois la tumeur était de nature cancéreuse, trois fois héréditaire. Dans un cas seulement, la malade offrait, en outre, tous les signes de la maladie de Basedow : ceux-ci disparurent après l'opération. A ce propos, Weidemann émet l'hypothèse que la maladie de Basedow n'existe pas comme entité morbide : il expliquerait tous les symptômes par la compression du grand sympathique (?). Il fait remarquer ensuite l'influence de la menstruation et de la grossesse sur le développement d'une hypertrophie durable du corps thyroïde. — Quant à l'opération, l'extirpation partielle fut pratiquée avec succès, et sans conséquences pour le malade, dix-sept fois. Parmi les six observations, deux malades succombèrent à des hémorrhagies secondaires. Un autre dut conserver une canule trachéale. Chez un enfant de 14 ans, l'opération fut suivie d'une cachexie profonde avec myxœdème. Enfin, dans les deux cas suivis de mort, celle-ci fut la conséquence d'une récidive pour l'un, d'une médiastinite pour l'autre. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 96, 1886.)

Cette statistique doit être comparée aux trois observations de Baumgartner (Baden-Baden), qui ont servi de base à sa communication, faite en septembre 1886 à l'assemblée des naturalistes et médecins allemands. Trois fois, Baumgartner a vu la cachexie strumiprive se développer à la suite de l'extirpation totale. Il expose la série des accidents qui caractérisent cette cachexie, et il admet l'hypothèse d'une atrophie du sympathique ayant pris naissance dans la plaie opératoire par analogie avec l'atrophie des nerfs sensitifs que l'on observe après les amputations. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 80, 1886.)

©BIU Santé

Les faits de Weidemann et Baumgartner peuvent être rapprochés de celui qui fait le sujet d la communication de WEINLECHNER à la Société império-royale des médecins de Vienne, sur la ligature des artères thyroïdiennes supérieures dans un cas de goître. Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, atteinte depuis l'enfance d'un goître, dont le volume, devenu excessif, lui causait une grande gêne respiratoire. La gêne était telle qu'il eût été dangereux de pratiquer l'extirpation totale. Weinlechner se borna à faire la ligature des deux thyroïdiennes supérieures dont le volume atteignait celui des carotides. Il constata une amélioration rapide, disparition de la gêne respiratoire, diminution de sept centimètres dans la circonférence de la tumeur; et, sauf quelques accès spasmodiques des membres, la malade n'éprouva plus aucun symptôme. (*Wiener med. Blatter*, n° 46, 1886.)

Ces faits semblent confirmer l'opinion suivant laquelle l'extirpation partielle du goître aurait toujours un résultat favorable, alors que l'extirpation totale serait souvent fatale pour l'opéré.

Gynécologie. — GOTTSCHALK a rapporté à l'assemblée des naturalistes et médecins allemands plusieurs observations intéressantes de tumeurs abdominales. Dans un cas de sarcome de la paroi abdominale, le diagnostic présentait quelques difficultés : la tumeur pouvait être prise, en raison de son siège et de ses connexions avec le péritoine, pour une tumeur intra-péritonéale, de l'épiploon par exemple, ou même pour un kyste de l'ovaire à long pédicule.

Le même auteur a présenté, en outre, les pièces d'un kyste mésentérique enlevé à une femme de 34 ans. Ce kyste avait pris naissance à la base du mésentère au niveau de la tête du pancréas. Il était uniloculaire, contenait un liquide transparent, et n'avait aucun rapport avec les organes génitaux, quoique l'ovaire gauche fût le siège d'un kyste de la grosseur d'une orange. Les deux tumeurs furent d'ailleurs extirpées. Le fait est remarquable par le volume excessif du kyste, par son contenu transparent alors que dans cette variété le liquide kystique présente ordinairement un aspect chyleux, par ses battements isochrones au pouls, enfin par la difficulté du diagnostic avec une grossesse extra-utérine ou un kyste ovarique double. (*Deutsche med. Zeit.* n° 84, 1886.)

Hystérectomie vaginale. Néphrectomie. Guérison, par J. SCHMIDT. — Il s'agit d'une femme de 49 ans atteinte d'un carcinome du col utérin, dont l'ulcération avait envahi une partie du vagin dans le cul-de-sac latéral droit. Ne trouvant pas de contre-indication à l'opération, BARDENHEUER se décide à pratiquer l'extirpation totale de l'utérus le 24 juillet 1886. L'opération fut laborieuse, en raison de l'étroitesse du vagin et du peu de mobilité de l'utérus. Mais on reconnut aussitôt après qu'une portion de l'uretère, longue de 1 centimètre environ, avait été enlevée avec la tumeur. Pour réparer cet accident opératoire, il fallait se décider soit à rechercher l'extrémité de l'uretère sectionné pour la suturer au fond de la plaie, soit à extirper le rein droit. Bardenheuer préféra cette dernière opération qui dura *deux minutes*. Il employa le procédé opératoire habituel : incision verticale sur la ligne axillaire, allant de la douzième côte à la crête iliaque, et deux incisions transversales aux extrémités de la première. La capsule adipeuse et le rein une fois enlevés, on appliqua un pansement antiseptique. Un nouveau lavage débarrassa la plaie vaginale des quelques gouttes d'urine qui avaient pu suinter. Sauf quelques élévations de température dues à une légère suppuration autour des nombreuses ligatures vaginales, la guérison ne fut entravée par aucun accident. Le 23 août, un mois après l'opération, la plaie de la néphrectomie achevait de se réunir, et, le 19 septembre, la malade fut renvoyée guérie.

Bardenheuer avait déjà fait, une première fois, une opération semblable, mais sans succès (*Die drainirung der peritonealhöhle*, page 239. Stuttgart, 1881. Enke); mais il faut dire que l'hystérectomie avait été pratiquée par la voie abdominale et que la malade avait dû subir un choc traumatique plus considérable.

J. Schmidt, dans son article, discute le procédé opératoire de Bardenheuer et conclut en recommandant la néphrectomie immédiate dans les cas de section concomitante d'un uretère pendant une hystérectomie. Il se base sur ce fait qu'on est forcément amené à la faire plus tard, que ce n'est pas une opération longue, ni dangereuse pour

©BIU Santé

l'opérée. De plus, elle supprime toutes les conséquences fâcheuses dues au suintement de l'urine dans la plaie vaginale (suppuration, décubitus, etc. (*Münchener med. Woch.*, n° 40, 1886.)

Gastrostomie. — Thiem rapporte un cas de gastrostomie faite sur un homme de 48 ans, chez lequel la présence d'un cancer à la partie supérieure de l'estomac avait rendu toute alimentation impossible. L'opération fut faite en deux temps. Après incision de la paroi abdominale, l'estomac fut amené à l'aide de crochets et suturé à la plaie. Cinq jours après, on ouvrit l'estomac au thermo-cautère. Thiem recommande le moyen d'occlusion qu'il a employé dans ce cas. Il s'est servi d'un tampon d'ouate, auquel il avait donné la forme d'un champignon : le pédicule était poussé à travers la fistule, de sorte que la partie élargie du tampon appliqué sur la paroi abdominale voisine pouvait être maintenue à l'aide d'un bandage. Le malade vécut ainsi encore quatre mois. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 94, 1886.) — A. W.

THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle préparation de pepsine.

Depuis 1854, époque à laquelle Corvisart introduisit en thérapeutique l'usage de la pepsine, les résultats les plus remarquables ont été obtenus par ce médicament dans le traitement des affections de l'estomac. La pepsine fut administrée sous différentes formes dont plusieurs ont été reconnues absolument inefficaces : les solutions aqueuses et sucrées (sirops) perdent promptement leur action sur les aliments albuminoïdes; les liqueurs fortement alcooliques annulent l'effet de la pepsine. De plus, la pepsine ne digère les matières protéiques qu'à la condition de se trouver en milieu acide. Elle les dissout alors en les transformant en une substance assimilable nommée albuminose par Mialhe, et à laquelle Lehmann a donné le nom de peptone qui a prévalu.

Le moyen d'obtenir une bonne préparation de pepsine consiste donc dans le choix d'un milieu acide et légèrement alcoolisé. De recherches nombreuses, il résulte que le **Vin de Champagne** est le dissolvant le plus approprié. Ce vin n'est pas trop alcoolique (11 p. 100). Il est riche en crème de tartre, acide tartrique et acide carbonique, et ces éléments acides sont en quantité suffisante pour assurer l'action régulière de la pepsine.

Ce vin est d'ailleurs lui-même un excellent stimulant pour la digestion.

Dans cette nouvelle préparation, la pepsine est incorporée au champagne de façon à obtenir un produit d'une action toujours constante, d'une limpidité absolue et d'une conservation indéfinie.

Ce vin de pepsine au champagne, appelé **Pepsi-champagne Gonin**, n'a pas le moindre goût de pepsine et ne possède que le bouquet et la saveur du Champagne de première marque qui sert à le fabriquer.

Chaque flûte renferme trente centigrammes de pepsine médicinale du Codex et se prend au milieu et à la fin de chaque repas.

Ce produit est employé chaque jour par de nombreux médecins qui ont reconnu son efficacité dans les différentes affections de l'estomac : *gastralgies, vomissements incoercibles, dilatation stomachale, atonie des voies digestives, dyspepsie;* dans l'*anémie*, la *chlorose* et la *convalescence des maladies fébriles*. Son action est souveraine dans les vomissements de la grossesse. C'est le tonique par excellence pour relever les forces après le traumatisme chirurgical, et nous croyons que nos lecteurs nous sauront gré de leur signaler ce produit nouveau qui leur rendra de grands services.

Sur le choix des ferrugineux.

Le fer est un médicament que nous prescrivons fréquemment, car il réussit souvent dans l'*anémie*, la *chlorose* et ses divers symptômes, et toutes les maladies générales débi-

©BIU Santé

litantes, telles que le *diabète*, le *rachitisme*, etc. Cependant, les malades soumis à des ferrugineux comme le fer réduit, les pilules au carbonate ferreux, le safran de mars apéritif, par exemple, souffrent la plupart du temps de crampes d'estomac, de dyspepsie et de vertiges. Une constipation opiniâtre est aussi la conséquence fréquente de l'emploi de ces ferrugineux.

Ces faits s'expliquent aisément. En effet, ces ferrugineux que nous venons de citer ne peuvent être absorbés qu'après avoir subi l'action dissolvante des acides du suc gastrique, et celui ci fait bien souvent défaut dans les diverses maladies qui nécessitent l'emploi du fer.

Il est donc indispensable de faire un choix judicieux d'une préparation ferrugineuse qui puisse se passer de l'action du suc gastrique.

L'**Elixir du docteur Havenne** à la peptone et au fer nous semble résoudre parfaitement la question.

Les peptones (résultat de la digestion des matières albuminoïdes), associées au fer, donnent un produit des plus absorbables. La combinaison de peptone et de fer ne subit aucune transformation dans l'estomac, et ne fatigue par conséquent pas cet organe. Puis elle pénètre dans le système circulatoire presque aussitôt après avoir été ingérée.

L'**Elixir du docteur Havenne** convient à l'estomac le plus débilité. Il ne colore pas les dents, ne produit pas la moindre constipation, et a, de plus, l'avantage d'être très agréable au goût. Nous pensons que cette préparation est, sans aucun doute, la meilleure des préparations ferrugineuses.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce la mort de M. Théodore d'Oppolzer (de Vienne), correspondant de la section d'astronomie. Bien que M. d'Oppolzer fût encore jeune, — il n'avait que 46 ans, — il a produit des ouvrages considérables. Son grand ouvrage sur les orbites des comètes, entre autres, dans lequel il a émis tant de vues nouvelles, ne périra pas.

Lecture est donnée de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Sappey, nommé membre titulaire de la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de M. Henri Milne-Edwards.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. Sappey prend place parmi ses confrères.

M. RANVIER adresse une note relative à la structure des muscles blancs et des muscles rouges chez les rongeurs.

M. BALBIANI, une note sur de nouveaux microbes.

M. BOURQUELOT, une note sur la double action de la salive en présence de l'amidon; une action d'hydratation d'abord, puis une action de fermentation.

M. DURAND-CLAYE adresse un important travail sur les travaux d'assainissement de Berlin.

Mme HUGUET fait hommage à l'Académie de ses leçons sur la botanique.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre adressée à M. Marcel Deprez par Paul Bert, et qui est probablement la dernière qu'ait écrite l'infortuné Résident général du Tonkin.

Dans cette lettre, Paul Bert consulte son confrère sur les moyens de faire servir la force du fleuve qui arrose Hanoï à l'éclairage électrique de la ville. Ce fleuve a 800 mètres de large, de 3 à 10 mètres de profondeur et son cours est rapide. On disposerait donc d'une force inépuisable. D'un autre côté, la ville, qui s'étend sur une superficie de 30 hectares, est en pleines ténèbres. On a essayé de l'éclairer à l'aide du pétrole, mais,

BIU Santé

Paul Bert, c'est un éclairage de moribond. Si l'on parvenait à établir là l'éclairage électrique, on serait en avance sur l'Angleterre et sur le Japon. La lettre se termine par ces mots : « Répondez-moi vite ; les jours sont comptés. »

L'Académie décide que cette lettre, dont lui fait hommage M. Deprez, sera déposée aux archives.

M. Trécul lit un travail relatif à l'organogénie végétale, qui doit être intéressant, mais que personne n'écoute. Il s'agit, en effet, de détails d'histologie, qu'un professeur de botanique aurait bien de la peine à saisir à la simple audition.

Puisque l'occasion se présente, nous nous permettrons de faire observer que la plupart des académiciens, lorsqu'ils traitent surtout des sujets spéciaux, devraient se borner à énoncer sommairement l'objet de leur communication. Les comptes rendus leur sont largement ouverts. Personne n'y perdrait rien, et les savants, étrangers à l'Académie, y gagneraient de ne pas attendre aussi longtemps leur tour de lecture. Le nombre des lecteurs s'en augmenterait probablement. Dans tous les cas, le procédé serait courtois et hospitalier.

L'ordre du jour appelle l'élection du vice-président pour l'année 1887, lequel sera de droit président en 1888. Il doit être choisi dans les sections des sciences mathématiques.

Sur 58 votants, M. Janssen obtient 44 suffrages ; M. Phillips, 9 ; M. Loevi, 3 ; il y a 2 bulletins blancs. M. Janssen est nommé.

M. le Président rend compte des ouvrages de l'Académie en cours de publication. Il énumère les changements survenus dans le personnel de l'Académie, et il remercie ses confrères, dont la bienveillance « lui a permis de conduire son navire à bon port ».

Voici, pour 1887, la composition du bureau de l'Académie :

Président, M. Gosselin ; vice-président, M. Janssen ; secrétaires perpétuels, MM. Jos. Bertraud et Vulpian. — M. L.

FORMULAIRE

Traitement des suppurations de l'oreille. — Ayzaguer.

Dans le cas de suppuration récente ou chronique, qu'elle provienne de la caisse ou du tympan, on lave l'oreille, en y injectant de l'eau tiède salée (une cuillerée à café de sel pour un litre d'eau), puis on y insuffle de l'acide borique finement pulvérisé, soit à l'aide d'un tube de verre contenant une pincée (0 gr. 60 cent.) de cette substance, soit au moyen de l'insufflateur de Politzer. L'insufflation faite, on bouche le méat avec de l'ouate salicylée. Dès que l'écoulement reparaît, on recommence les injections détersives, et l'insufflation d'acide borique, et on procède de la sorte jusqu'à ce que la poudre reste sèche pendant plusieurs jours, ce qui indique la cessation de la suppuration. — Si la suppuration n'a pas entièrement disparu, on instille dans l'oreille, à l'aide d'un compte-gouttes, une quinzaine de gouttes d'alcool étendu (une partie d'alcool pour deux parties d'eau), que le malade conserve cinq minutes ; et on recommence ainsi tous les jours une fois. — Enfin, en cas d'insuccès des instillations alcooliques, on a recours à des instillations d'une solution de nitrate d'argent, au quinzième d'abord, puis au dixième. La solution caustique n'est conservée dans l'oreille que deux minutes au plus, et doit être suivie d'une injection d'eau tiède salée. On n'y revient que si l'écoulement reparaît. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1886, ont été décernées, aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de maladies épidémiques, les récompenses suivantes :

©BIU Santé

Médaille d'or. — M. Serre, à Manosque.

Médailles d'argent. — MM. Chalvet, à Crest ; Balmoussières, en Vaucluse; Adam et Bousquet, à Marseille ; David, à Saint-Just ; Caradec (Th.), à Brest. — MM. les pharmaciens Chastel, à Salon; Chalbos, à Bessèges.

Médailles de bronze. — MM. Campana, Darche, Gallian, Papi, Scam et Aroni à Marseille. — M. Balanghien, pharmacien à Boiry-Saint-Martin.

— Par décrets, en date du 30 décembre 1886, sont nommés :

1° Professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, M. Gariel.

2° Professeur d'anatomie à ladite Faculté, M. Farabeuf.

3° Professeur de pathologie interne à ladite Faculté, M. Dieulafoy.

4° Professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, M. Moissan.

5° Professeur adjoint à la Faculté des sciences de Paris, M. Joannès Chatin.

6° Professeur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers, M. Garbe.

— Par décret, en date du 4 janvier 1887, MM. Charrin et Martin (A.-J.), à Paris, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi dernier, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1887 ; M. Janssen a été élu par 44 suffrages sur 58 votants.

Faculté de médecine de Paris. — Le prix Lacaze (10,000 francs) a été décerné à M. le docteur Albert Robin pour son ouvrage intitulé : *Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde.*

Le prix Jeunesse a été décerné à M. le docteur Thoinot, pour son ouvrage ayant pour pour titre : *Histoire de l'épidémie cholérique en* 1884.

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Dérignac est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Société de médecine pratique. — Bureau pour l'année 1887 : Président, M. Limousin; 1er vice-président, M. le docteur Dujardin-Beaumetz ; 2e vice-président, M. le docteur Laburthe ; secrétaire général, M. le docteur Gillet de Grandmont ; secrétaire-adjoint, M. le docteur A. Champigny ; secrétaires annuels, MM. les docteurs Crouigneau, Léon Petit, Tolédano et Dupont ; trésorier, M. L. Jolly ; archiviste, M. le docteur Duloys de la Vigerie.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements, le lundi 10 janvier, 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.

Pour les renseignements, et pour se faire inscrire, s'adresser : à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare ; à M. Berthod, 139, boulevard Saint-Michel, ou à la Maternité.

L'accueil bienveillant que nous avons reçu du Corps médical, nous engage à lui renouveler ici nos offres de service. Que ceux qui pensent que la médication au Champagne peut être avantageusement substituée à la médication à l'eau-de-vie, surtout pour les dames, veuillent bien se rappeler que nous tenons à leur disposition des vins de Champagne de toutes sortes aux prix les plus modérés. — Maison Besserat et Henri Cliquot, rue Saint-Lazare, 100, à Paris.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Les *Pilules de Quassine Fremint*, à la dose de 1 ou 2 pilules avant chaque repas, sont apéritives, digestives, toniques et reconstituantes.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE de premier ordre, à céder pour cause de santé. — S'adresser au Bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. LANCEREAUX : Du morphinisme chronique. — II. BIBLIOTHÈQUE : Manuel de pathologie externe. — Éléments figurés du sang (anatomie et physiologie). — III. REVUE DES JOURNAUX : Sur un cas de chorée dans lequel l'administration de l'arsenir détermina la pigmentation des téguments. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — V. THÈSES de doctorat. — VI. COURRIER.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Du morphinisme chronique.

Leçon recueillie par M. le docteur OETTINGER.

Tandis qu'il y a quelques années encore, les cas d'intoxication chronique par l'opium étaient des plus rares, aujourd'hui, au contraire, on a fréquemment l'occasion d'observer des faits d'intoxication lente par les sels de morphine, depuis surtout que les injections hypodermiques de cette substance sont d'un constant emploi en thérapeutique. C'est, en effet, depuis une vingtaine d'années seulement, que les observations de morphinisme chronique deviennent de plus en plus fréquentes ; elles méritent au plus haut point d'attirer votre attention et de vous mettre en garde contre l'emploi irréfléchi ou intempestif de ce médicament, qui, si précieux dans tant de circonstances, peut parfois se comparer par ses effets longtemps prolongés aux plus redoutables intoxications que nous connaissons. Levinstein, l'un des premiers, a parfaitement décrit tous les accidents qui constituent le morphinisme chronique, et, depuis lui, Calvet, Zambaco, Jouet, Ball, etc., ont cherché à suivre toute la filiation, parfois si dramatique. de ces accidents.

Je saisis donc avec empressement ce hasard de la clinique, qui, en peu de temps, a pu réunir et faire passer sous vos yeux plusieurs cas de morphinisme chronique. Vous devez d'autant mieux en connaître les symptômes, que souvent il n'est point facile, vous le verrez, de les attribuer à leur cause véritable, le morphiomane cherchant en toute circonstance à cacher son redoutable vice.

Vous vous rappelez l'histoire d'une de nos malades, que vous avez vue couchée au lit n° 43, de la salle Lorain. Il s'agissait d'une personne de vingt-sept ans, dont l'histoire est assez mouvementée; après avoir été mariée fort jeune, à l'âge de seize ans, elle fut abandonnée de son mari et réduite à ses propres ressources; d'abord femme de chambre, elle devint quelque temps après fille de brasserie, et c'est alors qu'apparurent, pour la première fois, de véritables attaques d'hystérie ; elle avait dix-huit ans ; jusque-là elle était restée nerveuse, facilement impressionnable, mais n'avait pas eu de manifestations bien nettes d'hystérie. Sa famille compte, du reste, plusieurs nerveux, et la malade nous a raconté que sa mère était très sujette aux attaques de nerfs. Au début, ses attaques survenaient presque chaque jour, puis elles diminuèrent de nombre après un séjour de dix-huit mois à la campagne, mais la jeune femme étant rentrée à Paris et ayant repris ses premières occupations, elles reparurent, et c'est alors, en 1880, que, sur le conseil d'un étudiant en médecine, elle commença à employer les injections hypodermiques de morphine, tant pour calmer ses crises que pour diminuer les douleurs intolérables que lui causaient de fréquentes névralgies faciales. Bientôt l'habitude de la morphine fut prise, et cette malade,

©BIU Santé

au bout d'un an, s'injectait jusqu'à 60 centigrammes de cette substance par jour; c'est à cette époque qu'elle fut atteinte d'une contracture du membre inférieur gauche, pour laquelle elle resta six mois dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine.

Sous l'influence de la morphine, les manifestations hystériques qu'elle présentait avaient considérablement diminué; mais, dix mois environ après cette longue intoxication prolongée, elle commença à maigrir, à perdre les fraîches couleurs de son teint, qui devint jaune, terreux, puis son appétit et ses forces diminuèrent peu à peu. En même temps, elle se plaignait de ne jamais se reposer pendant la nuit, tourmentée qu'elle était par d'affreux cauchemars; c'étaient des animaux, des hommes armés, des brigands, qu'elle entrevoyait dans ses rêves et qui venaient troubler son sommeil; en outre, elle éprouvait des sensations subjectives assez particulières et qui consistaient en élancements douloureux dans les jambes, sensation de courbature dans tous les membres, crampes dans les mollets.

Le regard n'est pas hébété, il n'existe pas de tremblement bien manifeste, à part quelques petites secousses musculaires se produisant suivant un certain rythme, toujours le même, dans les membres supérieurs; pas de tremblement des lèvres. La menstruation a entièrement cessé depuis près de quatre ans, et toute espèce de désir vénérien semble être entièrement éteint. Notons, en outre, une altération particulière des dents, qui sont presque toutes cariées; car, aujourd'hui, la malade, quoique jeune, n'en possède plus qu'un fort petit nombre. A tous ces troubles de la nutrition il faut joindre encore l'existence de nombreux abcès sous-cutanés, qui pendant fort longtemps se sont produits chez notre malade, soit spontanément, soit à la suite de chaque piqûre.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, l'amaigrissement, après être resté quelque temps stationnaire, ne fit que de rapides progrès, puis survinrent des phénomènes pulmonaires, et la malade succomba à une tuberculose généralisée des deux poumons. Il y avait à cette époque trois ans qu'elle était entrée à l'hôpital, et nous avons pu assister à toute l'évolution de la maladie, et à ces accidents tuberculeux ultimes.

Durant toute cette période, c'est en vain que nous avons espéré parfois arriver à supprimer chez elle cette funeste habitude; chaque fois que nous espérions, grâce à l'hydrothérapie, à l'hygiène, à l'exercice, avoir diminué la dose quotidienne de morphine qu'elle prenait, nous avons toujours su qu'elle nous trompait. Dans les dernières semaines seulement, elle semblait éprouver un besoin beaucoup moins vif de son excitant habituel. Etait-ce là quelque chose de comparable à ce dégoût de l'alcoolique pour les spiritueux, qui survient presque toujours comme phénomène prémonitoire d'une mort prochaine?

Nous serons bref sur l'histoire de notre seconde malade, car elle ressemble étrangement à la précédente, et nous y trouvons les plus grandes analogies. Il s'agit d'une personne de vingt-sept ans, dont le père s'adonnait avec excès aux boissons alcooliques et dont la mère a présenté des manifestations nerveuses bien évidentes. Elle-même a eu, entre quatorze et seize ans, au moment de l'établissement de la menstruation, des attaques hystériques, qui ont cessé depuis son mariage, à l'âge de seize ans.

C'est en 1879, qu'elle fut soumise pour la première fois à des piqûres de morphine, à l'occasion d'une pelvi-péritonite, consécutive à un accouchement. Elle ne tarda pas, après ce traitement, à s'habituer à la morphine, et

ce besoin devint de plus en plus impérieux, si bien qu'au commencement de cette année, elle en était arrivée à la dose de 50 centigrammes environ dans les vingt-quatre heures.

Pauvre ouvrière, abandonnée de son mari, elle subvenait à peine par son travail aux dépenses occasionnées par l'achat de la morphine, et cependant, nous raconte-t-elle, elle ne peut travailler sans cet agent indispensable, qui lui donne la force et le courage nécessaires pour accomplir sa besogne. Souvent, dans la rue, elle est obligée de se réfugier dans un water-closet ou chez un marchand de vins pour se faire une piqûre, sans cela elle se sent incapable de poursuivre sa route ou de faire le moindre effort. Elle est entrée dans notre service au mois de janvier, et nous avons pu constater combien les besoins qu'elle s'est malheureusement créés sont devenus impérieux; chaque fois qu'elle ressent l'absence du stimulant nécessaire, son visage est triste, ses paupières baissées, ses yeux éteints; elle répond à peine aux questions qu'on lui adresse, n'entend pas la suite des paroles qu'on prononce devant elle, perd elle-même le fil de ses discours. Elle ressent un malaise inexprimable, qui l'envahit tout entière, elle souffre, ressent des douleurs dans le ventre, s'agite dans son lit, est secouée de soubresauts involontaires; elle s'irrite et s'aperçoit, dit-elle, qu'elle devient méchante.

La scène change une fois la piqûre faite, et tout disparaît pour faire place à un état de calme, de tranquillité pendant lequel la malade, fort intelligente, nous raconte ses pénibles souffrances.

Depuis dix-huit mois sont apparus de nouveaux phénomènes qui, jusque-là, n'avaient pas inquiété la malade; ce sont d'abord des rêves, des cauchemars ayant toujours le caractère terrifiant et dans lesquels apparaissent des animaux hideux, des voleurs armés qui viennent troubler son sommeil. Depuis huit mois, notre malade se plaint aussi de souffrir de picotements, de fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs; elle y éprouve des sensations de brûlures, sensations pénibles, douloureuses, qui sont exagérées par la chaleur du lit; en même temps que ces sensations subjectives, on constate des désordres de la sensibilité objective, zone d'hyperesthésie et d'analgésie; le reflexe plantaire est exagéré, la sensibilité tactile et douloureuse du membre inférieur diminuée par places; la pression sur la colonne vertébrale est douloureuse, principalement à l'émergence des nerfs (irritation spinale.) Ajoutons à cela l'existence, depuis six mois surtout, d'un amaigrissement progressif; la perte de l'appétit; l'apparition, chaque matin, de vomissements pituiteux, abondants et verdâtres assez semblables, à part la quantité des substances rejetées, à la pituite des buveurs. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, saburrale, l'haleine fétide, il existe un profond dégoût de la viande.

Les vomissements alimentaires sont rares dans le morphinisme chronique; cependant dans le cas d'une jeune fille de vingt ans, depuis plusieurs années adonnée à la morphine, l'alimentation était devenue par cela même impossible, et pour empêcher les vomissements alimentaires qui survenaient peu de temps après le repas, la mère de cette jeune malade ne trouvait rien de mieux que de lui pratiquer une injection de morphine. C'était là un cercle vicieux d'où ne put sortir, malgré tous nos efforts, cette pauvre malade, qui succomba tout à coup dans une nuit, à la suite de plusieurs injections de morphine qu'elle avait réclamées, et qui lui furent faites par une garde inintelligente.

Grâce au chloral et à l'usage de la morphine prise à l'intérieur, il a été

©BIU Santé

possible, chez la malade que vous suivez, de diminuer progressivement le nombre des piqûres; mais, il nous a été impossible d'obtenir jusqu'ici une amélioration bien notable dans son état général. A plusieurs reprises, elle est sortie de l'hôpital, puis y est de nouveau rentrée, présentant toujours les mêmes accidents. Il y a peu de temps encore de nouveaux phénomènes sont apparu; sous l'influence de la dose quotidienne de morphine sont survenus des troubles cérébraux accusés par une grande agitation, un véritable délire de paroles; c'est surtout un délire mélancolique avec idées de persécution, qui prend parfois un tel caractère d'intensité, qu'à plusieurs reprises elle a manifesté l'intention de se suicider.

Les fonctions intellectuelles, alors même qu'elles sont conservées, se trouvent tout au moins diminuées, et dans quelques cas on a pu noter une véritable perversion du sens moral. Je vous rappellerai, à ce propos, une observation fort intéressante du Dr Mottet relative à une jeune femme de vingt-huit ans, qui, après avoir vendu et engagé tout ce qu'elle pouvait posséder pour se procurer de la morphine, se livra à une série de vols où elle agissait sans aucun discernement. Cette femme offrait une mobilité d'idées et de sentiments excessive, et dès que l'action de la morphine était épuisée, survenaient des impulsions irrésistibles et un désarroi complet du sens moral.

On comprend tout l'intérêt de cette question au point de vue médico-légal. Le morphiomane n'est pas toujours responsable; telle est la conclusion qui fut posée par l'expert et acceptée par le tribunal.

Ces deux observations sont semblables en bien des points à celles de trois autres malades que vous avez pu également étudier, mais qui n'ont fait qu'un très court séjour dans nos salles. Je ne vous les rappellerai pas; à part quelques variantes, on les dirait presque calquées les unes sur un même modèle.

La première de nos malades a fini par succomber, non pas au morphinisme, mais à la phthisie pulmonaire, créée en grande partie par la diminution dans les échanges nutritifs, survenue sous l'influence des excès de morphine. Si elle ne meurt d'un délire aigu ou d'aliénation mentale, notre seconde malade finira comme la première, car elle est déjà fort maigre, et très vraisemblablement elle ne tardera pas à se tuberculiser.

La phthisie qui survient dans ces conditions, en tout semblable à la phthisie du buveur, débute ordinairement par le sommet droit, et quelquefois se met à marcher très vite à un certain moment. Le médecin doit être prévenu de sa fréquence dans l'espèce et faire tous ses efforts pour la prévenir.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE PATHOLOGIE EXTERNE. — 4e Partie : *Maladies des régions. Organes génito-urinaires. Membres*, par M. G. BOUILLY. — G. Masson, éditeur.

La publication du *Manuel de pathologie externe* se continue par le 4e volume, qui a pour auteur M. G. Bouilly. Elle se terminera par un dernier volume, qui devait être le troisième, dans l'ordre hiérarchique de la disposition des parties : cœur, poumons, abdomen, mais que les convenances de M. Peyrot, à qui ce volume était confié, ont fait reléguer à la fin. Nous pensons qu'il ne tardera pas à suivre ses aînés. Est-il besoin de le dire, la rapidité de sa publication n'enlève rien à la valeur et au mérite de cet intéressant ouvrage.

Le volume dû à la plume de M. Bouilly n'est pas la partie la moins intéressante et la moins digne d'attention du *Manuel de pathologie externe*. Il contient l'exposé des maladies chirurgicales des organes génito-urinaires et des membres. Plus de la moitié du volume, 452 pages sur 774, est consacrée aux maladies des organes génitaux et des voies urinaires. L'autre partie renferme l'histoire des maladies chirurgicales des membres, en particulier des fractures et des luxations.

On peut dire sans exagération que la pathologie des organes génito-urinaires est celle qui a peut-être le plus bénéficié des progrès accomplis par la chirurgie dans ces dernières années. Que d'opérations réputées impossibles ou téméraires il y a trente ans, sont devenues aujourd'hui de pratique courante! La néphrotomie et la néphrectomie, la cystotomie et l'ablation des tumeurs de la vessie avec ou sans résection d'une partie de la paroi vésicale, l'hystérotomie et l'hystérectomie abdominale ou vaginale, l'ovariotomie, l'oophorectomie, la laparotomie, etc., etc., sont des conquêtes de la chirurgie contemporaine qui en présagent d'autres non moins brillantes pour l'avenir. D'autre part, la taille, la lithotritie, la périnéorrhaphie, etc., ont reçu des perfectionnements qui en ont fait, à certains égards, des opérations nouvelles.

Sans doute ces grands et incontestables progrès ont amené de graves abus; toute médaille à son revers : des chirurgiens présomptueux, croyant peut-être que l'art n'avait plus de limites, ont poussé jusqu'à l'imprudence la hardiesse qui avait réussi à d'autres. Hâtons-nous de dire à l'honneur de la chirurgie française qu'elle a su en général échapper à la contagion de cette fièvre ou de cette folie opératoire qui a sévi daus ces derniers temps, surtout à l'étranger.

Le livre de M. Bouilly est conçu dans cet esprit de sage réserve, également éloigné d'une timidité impuissante, qui est la qualité maîtresse de nos chirurgiens. Dans toutes les questions de doctrine et de pratique qui divisent encore les chirurgiens et qui se discutent, soit dans les Sociétés savantes, soit dans la presse médicale, notre auteur semble incliner de préférence vers les solutions moyennes qui sont généralement les solutions vraies : *In medio veritas*. « La vérité est dans les nuances », a dit un écrivain célèbre, et cette proposition s'applique aussi bien à la science et à la pratique de l'art qu'à la littérature et à la philosophie.

C'est à saisir les indications variables suivant les individus et les conditions d'âge, de sexe des malades, la nature de la maladie, etc., que doit s'attacher le chirurgien comme le médecin. S'il était nécessaire d'appuyer d'un exemple cette proposition devenue banale à force d'être vraie, nous ne pourrions mieux faire que de citer le passage suivant du livre que nous analysons :

« *Indications de la taille et de la lithotritie.* — Les indications de la taille sont devenues notablement plus rares depuis l'introduction dans la pratique courante de la lithotritie et surtout de la lithotritie *rapide* ou *litholapaxie*. Celle-ci remplit une grande partie des indications de la taille périnéale, et aujourd'hui la taille ne vit plus que des contre-indications de la lithotritie.

« Il y a peu d'années encore, la taille semblait l'opération de choix *chez les enfants*, — où elle donne de très bons résultats. Avec le chloroforme et l'évacuation immédiate des débris calculeux, la lithotritie peut leur être appliquée avec avantage.

» La taille peut rester indiquée chez les enfants au-dessous de 5 ans, à cause de la difficulté d'obtenir par la lithotritie le broiement complet dans leurs vessies dont les parois, souvent flasques et dépressibles, permettent au calcul d'échapper.

« Chez les vieillards, la lithotritie rapide est la méthode de choix. L'état pathologique des organes urinaires et de la vessie en particulier ne peut plus être considéré aujourd'hui comme une contre-indication de la lithotritie rapide; celle-ci vide la vessie en une seule séance comme la taille et fait céder souvent les cystites rebelles.

« La taille reste indiquée quand cette cystite aiguë ou chronique a déterminé une irritabilité telle de la vessie qu'elle ne puisse être calmée par l'anesthésie chloroformique; elle est encore moins dangereuse que la lithotritie rapide, pratiquée surtout par des mains peu exercées, dans les cas connus sous le nom de cystite fongueuse où les manœuvres du broiement et de l'évacuation peuvent déterminer des hémorrhagies incoercibles.

©BIU Santé

« Dans le cas de lésions rénales, toute opération qui débarrassera *rapidement* et *complètement* la vessie de son contenu pathologique peut être considérée comme utile. Comparée à la lithotritie ancienne, la taille, dans ces cas, reste la méthode de choix; comparée à la lithotritie nouvelle, elle perd du terrain, mais elle reste une bonne et utile opération, d'une exécution facile et moins périlleuse, à mon sens, que les manœuvres prolongées dans une vessie malade et au voisinage de reins altérés.

« Les indications les plus nettes de la taille sont fournies par le *volume* du calcul ou sa *nature*. La question de *volume* ne saurait être distraite de la question de *consistance*: un calcul phosphatique mou de 5 centimètres et plus pourra être broyé et sera donc justiciable de la lithotritie nouvelle, tandis que, pour une pierre d'acide urique dure, atteignant ou dépassant 3 centimètres, la taille doit être préférée, et pour les calculs d'oxalate de chaux dont la dureté est excessive, Le Fort, Thompson n'admettent la lithotritie que jusqu'à 2 centimètres de diamètre.

« Les limites de la lithotritie sont ici faciles à établir : elle ne doit renoncer qu'à ce qu'elle ne peut mécaniquement faire. Les manœuvres doivent être poussées aussi loin que possible et le broiement ne sera abandonné que si toutes les tentatives échouent.

« Malheureusement, ces manœuvres délicates et dangereuses ne sont autorisées qu'entre les mains d'un chirurgien rompu à cette pratique; pour ma part, je crois prudent, m'adressant à la généralité des opérateurs, de conseiller la taille avec un de ses procédés appliqués au cas particulier, toutes les fois que l'examen démontrera une pierre dépassant *cinq centimètres* de diamètre ou qu'une tentative de broiement indiquera une *dureté excessive* du calcul, celui-ci n'eût-il que 2 à 3 centimètres de diamètre.

« Dans les cas de calculs n'excédant pas 2 à 3 centimètres ou dépassant cette mesure, mais pouvant être réduits par la fragmentation, la taille *prérectale* doit avoir la préférence. Elle permet, avec un peu d'habileté, d'éviter le bulbe et le rectum, mais elle expose, comme la taille latéralisée, aux mêmes hémorrhagies par lésion des artères du périnée et par déchirure du plexus veineux périprostatique dès que la pierre est volumineuse. Elle entraîne presque sûrement la section des deux conduits éjaculateurs.

« La taille *hypogastrique* peut être mise aujourdhui en comparaison avec les meilleurs procédés de taille périnéale, et l'on ne peut plus croire qu'elle ne saurait être absolument indiquée que pour des calculs d'un volume considérable.

« Sa grande indication est tirée surtout du *volume* et de la *dureté* de la pierre. Tout calcul dont le diamètre *atteint ou excède 5 centimètres*, et qui ne peut être réduit par la fragmentation, trouvera par cette opération une voie de sortie moins dangereuse que par tout autre procédé.

« Cette taille trouve encore son indication dans l'extraction des calculs emprisonnés dans des loges situées sur le plan antéro-supérieur de la vessie et les pierres enchatonnées ou cachées derrière les diverticules de la prostate; dans les cas où l'urèthre est tellement déformé qu'il y a impossibilité de faire parvenir un conducteur dans la vessie; quand il y a une hypertrophie dure de la prostate, un rétrécissement du détroit inférieur du bassin consécutif au rachitisme ou au traumatisme; et, exceptionnellement, s'il existe des dilatations hémorrhoïdaires considérables ou un développement exagéré des graisses du périnée.

« Les indications du traitement des calculs vésicaux, chez la femme, peuvent se résumer de la manière suivante : 1° chez l'enfant, si le calcul est friable, lithotritie; s'il est petit et non friable, taille uréthrale qui respecte l'hymen; s'il est volumineux, taille sus-pubienne; 2° chez l'adulte, si la lithotritie n'est pas possible, dilatation de l'urèthre si le calcul ne dépasse pas 1 centimètre 1/2; au delà de ces dimensions, taille vaginale. suivie de suture immédiate pour éviter la formation d'une fistule vésico-vaginale. »

Il nous semble qu'il est difficile de mieux dire, ni plus clairement, et de renfermer en moins de mots plus de préceptes utiles. Il en est ainsi tout le long de ce livre, dans lequel étudiants et praticiens trouveront un excellent guide pour cette partie si délicate et si difficile de la chirurgie. — A. T.

ÉLÉMENTS FIGURÉS DU SANG (ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE), par G. VARIOT. — Paris, 1886. O. Doin.

De toutes les bibliographies hématologiques, la plus complète contiendrait d'innombrables travaux relatifs à l'anatomie et à la physiologie du sang. C'est dire que le mémoire actuel aurait comporté des dimensions exagérées si son auteur distingué avait eu le temps d'analyser tous les travaux de ses devanciers. Obligé, par les nécessités du concours d'agrégation, de parcourir rapidement la littérature hématologique, M. Variot a voulu surtout préciser l'état actuel de nos connaissances sur la morphologie des éléments figurés du sang et leurs usages physiologiques.

Il a donc été conduit à insister sur la signification anatomique de l'hématie discoïde des mammifères, et à la chercher dans l'anatomie comparée. Cette discussion, fondée sur les recherches de M. Sappey, a pour conclusion que cette hématie n'est pas une monstruosité anatomique, mais bien un élément arrivé à une phase avancée de développement, et vieille pour ainsi dire, dont les parois, le protoplasma et le noyau ne sont plus distincts. Ce globule représente la phase ultime d'un élément destiné à se dissoudre dans le protoplasma.

Par cette méthode, M. Variot justifie encore l'évolution des leucocytes ou globules rouges et confirme l'opinion anciennement formulée par Donné, Kœlliker, Wharton Jones et Rekjinghausen. Il en est de même de la prolifération des leucocytes par segmentation directe.

Ces considérations conduisent à étudier la régénération des éléments figurés du sang chez les animaux adultes. M. Variot adopte l'opinion mixte d'après laquelle les globules blancs ont des origines multiples dans le plasma et dans les glandes lymphatiques. Quant aux hématies, elles dérivent de la transformation des leucocytes, que ceux-ci soient en libre circulation dans le sang, ou qu'elles proviennent de leucocytes stagnants dans les glandes vasculaires sanguines et la moelle osseuse.

En résumé, la thèse d'agrégation de M. Variot expose fidèlement l'état de cette question discutée au triple point de vue de la structure anatomique des éléments figurés du sang, de l'hématopoiese et de l'évolution de ces organes. Elle s'inspire surtout des travaux de MM. Sappey et Pouchet, tout en mentionnant les recherches de M. Hayem, Neumann, Malassez, Bizzozero, et des hématologistes contemporains. Cette impartialité ne peut manquer de donner une valeur plus grande encore à ce mémoire remarquable à tous les points de vue. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de chorée dans lequel l'administration de l'arsenic détermina la pigmentation des téguments, par S.-H. OWEN. (*Medic. chronicle of Manchester*, may 1886.) — Nous avons déjà eu l'occasion, dans un article intitulé : *De certains faits curieux de coloration des cheveux* (1), de faire allusion dans ce journal à certaines propriétés présentées par l'arsenic de modifier le processus nutritif des téguments et du système pileux et, entre autres exemples, nous avons cité le cas d'un individu qui, après avoir longtemps fait usage de l'arsenic, vit ses cheveux et ses sourcils, de presque décolorés qu'ils étaient avant le traitement, prendre au bout de quelques mois une belle couleur noire, à tel point que ses amis qui l'avaient perdu de vue depuis quelque temps hésitaient à le reconnaître.

Quelle que soit l'authenticité de cette observation ou peut-être l'exagération des termes, le fait observé et communiqué récemment par le docteur Owen, suppléant du *Clinical Hospital* de Manchester, a quelque chose d'analogue et mérite d'être porté à la connaissance de nos lecteurs.

Il s'agit d'une fillette de 10 ans, de complexion fraîche, qui, vers la fin de novembre

(1) Voir *Union médicale*, Journal des Journaux, 1884.

©BIU Santé

dernier, eut à se soigner pour des accidents de chorée dont le début remontait déjà à quinze mois.

Il n'y avait pas eu d'antécédents rhumatismaux, mais la petite malade n'en était pas moins de souche rhumatismale. Sa tante avait des rhumatismes et son petit cousin avait dernièrement été atteint de chorée.

Quoi qu'il en soit, la chorée n'avait rien de remarquable en soi, le cœur était exempt de tout murmure ou autre anomalie. Le docteur Owen ordonna la liqueur de Fowler à la dose de 4 gouttes à prendre après chacun des trois repas. Vers le 16 janvier 1886, les mouvements choréiques avaient presque complètement disparu, la dose d'arsenic fut portée à 15 gouttes au lieu de 12, et, vers le 30 du même mois, on put noter que les mouvements choréiques étaient maintenant limités à la face. Du côté du cœur, on perçut un murmure systolique dans l'aisselle, vers l'angle inférieur de l'omoplate. La pointe battait dans le cinquième espace intercostal avec une impulsion quelque peu exagérée. Pouls 104, rhythme cardiaque irrégulier. On remarque la couleur bronzée de l'aréole du sein, du creux axillaire et de la base du cou. La mère, interrogée, dit que cette coloration avait été notée depuis environ un mois. On prescrit la continuation de l'arsenic.

Au bout d'un mois (27 février), la couleur bronzée avait augmenté d'intensité; maintenant, non seulement le cou avait bruni, mais encore une teinte générale avait envahi tout le corps Çà et là, surtout vers la région lombaire, le creux axillaire, autour du mamelon, la couleur se rapprochait du brun châtain foncé et allait en se dégradant peu à peu, sans délimitation brusque. Les bras étaient affectés, mais sans différence marquée du côté de l'extension ou de la flexion. La face restait indemne. Le pouls était à 130 et le malaise général était attribuable à l'augmentation de l'endocardite subaiguë. Il n'y avait ni vomissements, ni attaque de faiblesse, ni sensibilité de l'abdomen ou de l'estomac; un peu de toux le matin, mais rien du côté des sommets.

Vers le 6 mars, la chorée a complètement disparu et la coloration cutanée s'est un peu effacée. On avait suspendu l'emploi de l'arsenic depuis quelque temps. Nul doute que cette pigmentation ne fût liée à l'emploi de l'arsenic.

Hunt, qui s'est beaucoup servi de l'arsenic, dit dans son *Traité sur les maladies de la peau* que les enfants tolèrent parfaitement ce poison, et qu'au-dessus de 5 à 6 ans, leur tolérance est au moins égale, d'une façon générale, à celle des adultes. L'auteur proclame avoir pu donner, sans obtenir aucun effet physiologique, jusqu'à 20 gouttes de liqueur de Fowler par jour. Hunt signale, chez les enfants chez lesquels l'emploi de l'arsenic a pour premier effet l'inflammation de la conjonctive, l'apparition d'une pigmentation cutanée uniforme se montrant sur les régions garanties contre l'accès de la lumière par les vêtements. Examinées à la loupe, on observe que ces régions sont le siège d'une fine desquamation épidermique, laquelle, dans le fait, n'est qu'une forme atténuée de pityriasis.

Dans une communication à la Société d'Harvey, de Londres (*Harveian Society*), en octobre 1885, le docteur Cheadle signale un effet analogue qu'il a eu cent fois l'occasion d'observer consécutivement à l'emploi de l'arsenic chez les enfants choréiques. La teinte est plus marquée du côté de la flexion, n'intéresse pas la face et finit par disparaître lorsqu'on cesse l'emploi de l'arsenic. Dans un cas, cependant, la coloration avait persisté, mais il présume qu'elle s'effacera avec le temps. La pigmentation est spéciale et se distingue de la coloration métallique consécutive à l'emploi du nitrate d'argent; elle ressemble plutôt à la pigmentation de la congestion cutanée chronique. Sa limitation aux parties couvertes, surtout du côté de la flexion pour les membres, empêchera qu'on ne la confonde avec la maladie d'Addison, même en admettant qu'il y ait anémie concomitante. — Lucien Deniau.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire. — Du traitement des plaies de l'intestin par armes à feu; discussion. — Rapports : 8 cas de kélotomie, 7 succès; 2 cas de désarticulation de la hanche par le procédé de dissection. — Rapport sur un travail intitulé : « Quelques observations de restauration de la face ». — Présentation de pièces pathologiques : ostéomyélite chronique, suppuration du canal médullaire du péroné, opération, guérison, régénération du péroné. — Laparotomie, ablation des ovaires et des trompes. — Rupture spontanée du rectum.

M. Tillaux donne lecture d'un travail intitulé : *Du traitement des plaies de l'intestin par armes à feu.*

M. Tillaux ne saurait, dit-il, partager l'opinion émise par M. Trélat dans la présente discussion, et qui se résume ainsi : 1° une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, siégeant dans la zone ombilicale ou dans les zones voisines, intéresse fatalement l'intestin grêle; 2° toute plaie de l'intestin grêle par arme à feu est fatalement mortelle.

M. Tillaux a observé, dans son service de l'Hôtel-Dieu, un jeune homme qui avait reçu dans le ventre une balle de revolver de petit calibre au niveau de la région antéro-latérale gauche de la paroi abdominale. Le seul signe important fourni par le blessé fut de l'hématurie. Pour atteindre le rein, la balle avait dû traverser tout le paquet de l'intestin placé au devant de cet organe. Ce jeune homme guérit sans opération.

D'après M. Tillaux, la conduite à tenir par le chirurgien en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver de petit calibre, varie suivant les conditions dans lesquelles le blessé se présente :

1° Tantôt on ne constate aucun phénomène, ni local ni général; il est très probable que la plaie intestinale est très étroite ou que l'intestin était vide au moment de l'accident. Dans ce cas, il n'y a pas lieu de pratiquer la laparotomie; il faut ordonner une immobilisation absolue et immédiate, une diète sévère et l'opium à haute dose, s'opposer, en un mot, à toute espèce de mouvements de l'intestin.

2° Tantôt le blessé se présente dans un état tel que la lésion de l'intestin est certaine. Il s'est produit un épanchement de gaz dans le péritoine, et ce n'est pas de la tympanite, car la région du foie est elle-même sonore à la percussion. Ou bien encore il est survenu après quelques heures un point douloureux dans le ventre, un peu d'agitation, de l'élévation de la température, c'est-à-dire un commencement de péritonite. C'est, d'après M. Trélat, le « moment psychologique » pour pratiquer la laparotomie.

M. Tillaux n'est pas de cet avis. Les symptômes peuvent résulter d'une péritonite localisée, et peut-être un traitement médical rigoureux parviendra-t-il à les enrayer. D'ailleurs la laparotomie, pratiquée dans ces conditions, présente une gravité extrême, suffisante pour entraîner la mort par elle-même.

3° Enfin la péritonite est confirmée; elle est généralisée ou tend à se généraliser et la mort du blessé paraît certaine. La laparotomie peut être alors proposée comme suprême ressource.

M. Desprès croit devoir ajouter aux arguments présentés par M. Tillaux les résultats de sa propre expérience qui sont confirmatifs de ceux exposés par son collègue.

M. Desprès a vu un jeune homme de 27 à 28 ans, entré à l'hôpital de la Charité pour une blessure de ce genre, en sortir guéri au bout de treize ou quatorze jours, sans autre traitement. M. Desprès voudrait qu'on lui montrât une femme atteinte de péritonite puerpérale, chez laquelle la laparotomie aurait déterminé la guérison.

M. Le Fort pense qu'il y a lieu d'établir une distinction entre les plaies pénétrantes de l'abdomen suivant le calibre des balles qui les ont faites. Si la balle est de petit calibre et qu'il n'y ait pas d'accidents immédiats, le chirurgien doit s'abstenir.

S'il survient des accidents, douleur, élévation de la température, etc., M. Le Fort

©BIU Santé

estime, contrairement à l'opinion de MM. Tillaux et Desprès, qu'il y a lieu d'intervenir, sans quoi le malade est perdu. Il n'est pas possible d'établir, comme le fait M. Desprès, la moindre comparaison entre un blessé et une femme atteinte de péritonite puerpérale. Chez celle-ci, il s'agit d'un empoisonnement général, on ne peut pas la guérir en lui ouvrant le ventre.

M. Pozzi admet avec les précédents orateurs que le calibre des projectiles a, dans la question, une grande importance; mais cette importance n'est pas absolue. Chez son blessé, la plaie abdominale avait été faite par une balle de 7 millimètres 1/2 seulement; cependant cette plaie avait une étendue de 4 centimètres. Outre le calibre, il faut considérer la direction de la belle.

Au point de vue de l'opportunité de l'intervention opératoire, il est des cas, suivant M. Pozzi, où l'on peut d'avance prévoir les accidents avec certitude; ce sont les cas où, comme dans le sien, la plaie a une direction oblique et s'accompagne d'issue au dehors des matières intestinales, ou d'une urine sanglante, indiquant l'épanchement de ces liquides dans le péritoine. Il faut alors une intervention hâtive dont la limite ne peut être exactement tracée, mais qui ne doit pas aller au delà de douze heures après l'accident.

M. Tillaux trouve la question très embarrassante; il ne s'oppose pas à ce que l'on fasse la laparotomie dans les cas désespérés. Mais, pour sa part, il n'opérerait pas un individu qui aurait une balle dans le ventre et un commencement de péritonite; il attendrait.

M. Bouilly fait observer que, dans les cas où il y a épanchement de sang, d'urine ou de matières fécales dans le péritoine, celui-ci ne manque pas de réagir rapidement et énergiquement. L'intensité de la réaction péritonéale, au début des accidents, est l'indication principale de l'intervention. Chez un individu qu'il a opéré dans le service de M. Verneuil, et qui avait reçu dans le ventre un coup de couteau ayant produit une petite plaie intestinale, M. Bouilly a vu la péritonite s'arrêter après l'opération. Il admet parfaitement que l'on puisse, par le lavage de la cavité péritonéale, arrêter le développement des lymphangites puerpérales. Enfin, M. Bouilly a pu arrêter, par la laparotomie et les lavages, une péritonite commençante chez une femme qui avait un épanchement considérable de sang dans la cavité péritonéale.

— M. Farabeuf donne lecture de deux rapports, l'un sur un mémoire de M. le docteur Piéchaud (de Bordeaux), intitulé : *Huit cas personnels de kélotomie; sept guérisons;* l'autre sur un second mémoire du même auteur, ayant pour titre : *Deux cas de désarticulation de la hanche par le procédé de dissection.* Les conclusions de ces rapports sont : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer ces deux travaux aux archives. (Adopté.)

— M. Polaillon fait un rapport verbal sur un mémoire de M. le docteur Auffret, professeur à l'École de médecine navale de Brest, intitulé : *Quelques observations de restauration de la face.* M. le rapporteur se borne à donner l'analyse de l'une de ces observations relative à un cancroïde de la région temporale consécutif à un lupus de cette même région.

— M. le docteur Reynier, chirurgien des hôpitaux, met sous les yeux de la Société de chirurgie une pièce pathologique constituée par une ostéo-myélite chronique du péroné, développée insidieusement du centre aux extrémités de l'os et ayant amené la suppuration du canal médullaire, ainsi que l'hyperostose du tissu osseux. L'opération a été suivie de guérison avec reproduction du péroné. Il n'y avait pas de bacilles dans le pus qui remplissait le canal médullaire, ni d'antécédents tuberculeux chez le malade.

— M. Bouilly présente une pièce pathologique recueillie sur une femme qu'il a opérée avec l'aide de M. Terrillon. Cette femme souffrait du ventre depuis quatorze ans. Elle avait été prise, six mois après son mariage, d'une péritonite chronique qui avait subi à diverses époques des alternatives d'amendements et de recrudescences.

Au mois de septembre dernier, elle eut un abcès de la fosse iliaque droite dont l'ouver-

ture amena un amendement suivi de la réapparition des accidents au bout de quelque temps. M. Bouilly, après un examen attentif de la malade, pensa qu'il s'agissait très probablement d'une suppuration de l'ovaire et de la trompe du côté droit, et qu'il y avait lieu d'intervenir par l'ablation des parties malades. Cet avis ayant été partagé par M. Terrillon, appelé en consultation, l'opération fut pratiquée et montra effectivement, dans l'ovaire droit considérablement augmenté de volume, l'existence de plusieurs foyers purulents disséminés dans le stroma de l'organe. L'ovaire gauche, reconnu augmenté de volume et sclérosé, fut ensuite enlevé avec la trompe également atteinte d'inflammation chronique. L'opération fut faite par énucléation des organes, qui avaient contracté des adhérences avec les parties voisines.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est que, pendant la longue durée de sa maladie, cette femme avait eu ses règles avec la régularité la plus parfaite.

M. Bouilly promet de tenir la Société au courant des résultats de cette opération.

— M. le docteur Quénu, chirurgien des hôpitaux, présente une pièce pathologique relative à une affection extrêmement rare, car il s'agit d'une rupture spontanée du rectum chez une femme de 60 ans.

Une commission est nommée pour faire un rapport sur cette observation. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 15 janvier 1887.

Du 1er au 3. — Pas de thèses.

Mardi 4. — M. Foissac : Contribution à l'étude des eschares chez les aliénés. (Président, M. Ball.) — M. de Montéty : De la ration alimentaire en général. — Application au soldat. (Président, M. Proust.)

Mercredi 5. — Pas de thèses.

Jeudi 6. — M. Sallefranque : De la rupture sous-cutanée du biceps brachial d'origine traumatique. (Président, M. Le Fort.) — M. Sornas : Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse à forme de *delirium tremens*. (Président, M. Jaccoud.) — M. Augry : Pneumothorax causé par la rupture de vésicules emphysémateuses au cours de l'emphysème pulmonaire chronique. (Président, M. G. Sée.) — M. Lecomte : Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses. (Président, M. Vulpian.)

Vendredi 7. — M. Bonnet : Cure radicale des hernies épigastriques. (Président, M. Trélat.) — M. Viard : Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge. (Président, M. Fournier.)

Samedi 8. — M. Jean Camescasse : De la rétention médicale des urines en dehors des affections du système nerveux. (Président, M. Cornil.) — M. Valin : Etude sur la diphthérie dans le département de la Seine-Inférieure. (Président, M. Cornil.) — M. Marfan : Troubles et lésions gastriques dans la phthisie. (Président, M. Cornil.)

Lundi 10. — M. Juéry : Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle cutané. — Essai sur leur pathogénie. (Président, M. Potain.) — M. Ansaloni : Considérations sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus. (Président, M. Damaschino.) — M. Cœur : Contribution à l'étude de l'œdème rhumatismal aigu isolé des manifestations articulaires. (Président, M. Damaschino.)

Mardi 11. — Pas de thèses.

Mercredi 12. — M. Rumeau : Essai pathogénique de quelques troubles de la conjonctive survenus dans le cours des affections inflammatoires consécutives à des maux de dents. (Président, M. Trélat.) — M. Cornudet : De la dent de sagesse en général et en particulier des accidents provoqués par son éruption. — Nouvelles considérations pathogéniques. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 13. — M. Dimitropoulos : Des dyspepsies nerveuses. — Etude pathogénique et critique. (Président : M. Peter.) — M. Orléanu : Contribution à l'étude de la pellagre

©BIU Santé

observée particulièrement en Roumanie. (Président, M. Peter.) — M. Peigné : Parallèle entre les présentations de la face et celles du sommet. (Diagnostic et mécanisme. (Président, M. Tarnier.) — M. Méchin : Contribution à l'étude des monoplégies hystéro-traumatiques. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 14. — Pas de thèses.

Samedi 15. — M. Maufrais : Sur quelques emplois du fer rouge en oculistique. (Président : M. Panas.) — M. Galletier : Contribution à l'étude de l'hématocèle vaginale. (Président, M. Panas.) — M. Callaman : Du rôle de l'eau dans la nutrition. (Président, M. Proust)

COURRIER

Par décret, en date du 23 décembre 1886, M. Crolas, professeur à la Faculté de Lyon, a été nommé membre de la commission de contrôle du phylloxéra.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 janvier 1887, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux docteur et pharmacien dont les noms suivent :

M. Guillet, docteur à Beffon (Côtes-du-Nord); M. Labsolu, pharmacien à Yerville (Seine-Inférieure).

— Nous apprenons avec plaisir que M. le docteur Giraux, de Châlons-sur-Marne, vient d'être nommé officier d'Académie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Puech est institué chef de clinique ophthalmologique.

M. Hédon est nommé prosecteur.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Les médecins des hôpitaux ont été convoqués le lundi 27 décembre dernier, à l'effet de designer trois d'entre eux, parmi lesquels l'administration choisira celui qui doit remplacer M. Moutard-Martin. Voici les résultats du scrutin : nombre des votants, 61, sur 121 médecins des hopitaux : M. Millard, 61 voix; M. Guyot, 51; M. Desnos, 51; 16 autres médecins ont eu une ou deux voix. Le résultat est conforme à la décision de la *Société médicale des Hôpitaux* portant que le candidat était M. Millard et que pour se conformer à la loi, exigeant une liste de 3 candidats, on voterait pour le président et le secrétaire général de la Société.

(*Progrès médical.*)

Faculté des sciences de Poitiers. — Par décret en date du 30 décembre 1886, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu les présentations faites par le conseil de la faculté des sciences de Poitiers et par la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa séance du 27 décembre 1886, M. Garbe, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers.

La Crémation. — Le 11 novembre, la dixième crémation a eu lieu au crématoire de la Société de crémation d'Angleterre, à Saint-John's Woking. C'était le corps d'une dame de 41 ans qui fut amené de sa résidence dans le Leicestershire. Les cendres pesaient 1 kilogr. 825. On a dit que le four crématoire était dangereux pendant l'incinération d'un corps, mais c'est complètement faux. Même pour les personnes qui sont autour du four, aucune odeur n'est perceptible, et, à ce point de vue, personne ne peut dire si le four fonctionne ou non. Ceci est dû aux fondateurs de la Société, qui ont choisi le meilleur système existant, approuvé par les autorités de Paris pour l'établissement de la crémation au Père Lachaise. (*British medical Journal*, nov. 20, 1886, page 988).

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. Bulletin. — II. Lancereaux : Du morphinisme chronique. — III. Revue des Journaux : De la glycosurie et du diabète dans la sclérose en plaques. — Glycosurie au cours de la sclérose en plaques. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 11 janvier. — Une bien grosse question s'est agitée aujourd'hui à l'Académie. M. Peter a cherché à établir, par des faits, que c'est aux inoculations antirabiques qu'on doit attribuer la mort d'un certain nombre d'individus mordus par des chiens enragés ou non, et traités au laboratoire de M. Pasteur par la méthode dite intensive.

M. Peter, on se le rappelle, avait rapporté le cas du jeune Réveillac qui, mordu à un doigt par un chien déclaré enragé, fut, quarante-huit heures après la morsure et durant douze jours consécutifs, soumis à trois inoculations par jour, et mourut six semaines après la morsure, ayant présenté d'abord des douleurs vives, non dans la blessure, mais aux points d'inoculation, puis des symptômes paralytiques, assez semblables à ceux qui ont été signalés dans la rage expérimentale.

MM. Dujardin-Beaumetz, Brouardel, Chauveau, Verneuil, avaient fait sur ce cas particulier les réserves les plus expresses parce que la maladie à laquelle Réveillac a succombé n'a pas été observée par un médecin, et parce que l'inoculation de la moelle, « seul critérium certain de la maladie », n'a pas été faite pour confirmer le diagnostic porté *post mortem* et sans autopsie.

Telle était, au début de la séance, la situation de la question que l'enquête projetée mardi dernier sur le cas de Reveillac devait élucider, sinon résoudre.

M. Grancher, montant le premier à la tribune, dit que les faits signalés par M. Peter sont consignés avec les détails les plus précis et les plus complets dans les observations du laboratoire, et qu'elles ne sont pas, sur bien des points, conformes aux interprétations de M. Peter.

M. Brouardel lui succédant, rapporte les détails de l'autopsie d'un malade auquel il a été fait allusion dans la séance précédente, et qui est mort en proie à des accidents urémiques liés à une albuminurie considérable.

M. Dujardin-Beaumetz vient ensuite rendre compte de l'enquête à laquelle il s'est livré avec M. Peter au sujet du jeune Réveillac : Rien, dit-il, ne permet d'affirmer que ce dernier soit mort de la rage.

M. Peter, à son tour, rapporte 3 cas de mort survenus chez des inoculés, un à Arras, un autre à Dunkerque, un autre à Constantine, et, les rapprochant du cas de Réveillac, n'admet pas que les coïncidences fortuites de lésions antérieures aux inoculations préservatrices puissent expliquer les décès déjà nombreux constatés après le traitement intensif. Il considère comme un moyen dilatoire et une fin de non-recevoir le témoignage qu'on demande au lapin de fournir en faveur du diagnostic de la rage : 1° parce que les faits négatifs n'ont pas une valeur absolue ; 2° parce que l'inoculation au lapin n'est pas encore un moyen à la portée de tout le monde, et que, si les moelles sont envoyées à Paris, ne pouvant être inoculées que 3 ou 4 jours après le décès de l'individu, elles ont déjà subi des altérations

©BIU Santé

qui peuvent très bien faire échouer l'inoculation. Son opinion sur le cas de Réveillac diffère essentiellement de celle de M. Dujardin-Beaumetz, parce que, tandis que son collègue cherchait en vain les signes de la rage canine, lui trouvait les signes de la rage du lapin, ou rage expérimentale.

La conclusion qui se dégage de l'argumentation de M. Peter est que, pour lui, les inoculations par la méthode intensive ont été non pas seulement inutiles comme les premières, mais néfastes pour un certain nombre d'individus, et cela :

1° Parce que, le public en général et les mordus en particulier comptant trop sur leur efficacité, la cautérisation est négligée;

2° Parce que les accidents qui se sont produits sont ceux que M. Pasteur a décrits comme étant ceux qu'on observe souvent dans la rage expérimentale ou de laboratoire;

3° Parce que les douleurs prémonitoires, les accidents rabiques se sont manifestés au siège des inoculations et non au siège des morsures.

La lutte a été chaude et la séance des plus intéressantes; à mardi la continuation de la discussion.

En présence de faits si différemment présentés et d'accidents si différemment interprétés, on doit se demander sans passion si les inoculations antirabiques, pratiquées chez l'homme après morsures, sont ou fréquemment inutiles, ou toujours dangereuses et parfois néfastes, ou bien simplement si elles ne sont pas infaillibles, ce qui n'a rien que de très naturel et ce qui est l'avis de la majorité. Les faits seuls peuvent trancher la question, mais c'est avec la plus grande prudence que son étude doit être poursuivie, car il y a place pour le doute, et c'est avec sang-froid que ces faits doivent être envisagés dans l'intérêt de l'humanité, de la science et de la vérité.

Il serait bien douloureux de renoncer aux espérances qu'a fait naître la découverte de M. Pasteur, et il faut que M. Peter ait une conviction bien profonde pour venir protester aussi énergiquement qu'il l'a fait contre l'emploi d'un moyen auquel la plupart des savants du monde entier et tant de malheureux intéressés ont donné et donnent encore aujourd'hui leur confiance. Quelle que soit l'issue de la discussion en cours, il faut reconnaître que M. Peter fait acte de courage en cherchant à faire triompher contre l'opinion générale ses convictions avec une *furia* que son tempérament de polémiste a pu faire prendre par moments pour de la passion. La question est toute scientifique et commande le calme. Si la cause que défend M. Peter est bonne, comme il le croit fermement, elle sera vite gagnée, car les faits bien observés qui s'accumulent tous les jours permettront bientôt de la juger définitivement. P. Bouloumié.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Du morphinisme chronique (1).

Leçon recueillie par M. le docteur Œttinger.

Comment et pourquoi devient-on morphiomane? Presque toujours, vous l'avez vu, la première injection hypodermique est faite par le médecin; il s'agit d'une crise de névralgie, d'une péritonite, d'une affection gastrique;

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

BIU Santé

le soulagement survient rapidement, mais au bout de peu de temps l'habitude de la morphine est prise, le besoin est créé. Ne devient cependant pas morphiomane qui veut; aussi est-ce chez les névropathes, chez les femmes surtout, mais pas exclusivement, que l'on observe les signes de l'intoxication chronique par la morphine. De même qu'il y a les alcoolisables, de même il y a les morphinisables. Un fait à noter, c'est que bien des morphiomanes sont des personnes que leur profession met en rapport avec des malades, des infirmières, des pharmaciens, souvent aussi ce sont des médecins. Sur cent cas de morphinisme, Levinstein comptait trente-deux médecins.

Si nous essayons maintenant de tracer un tableau d'ensemble du morphinisme chronique, le premier fait que nous pouvons noter, c'est que pendant longtemps, le malade ne s'aperçoit pas qu'il est devenu morphiomane; le plus souvent, c'est par hasard, à propos d'une seringue cassée et la morphine faisant défaut, qu'apparaissent les accidents révélateurs : le malade s'agite, son angoisse est très vive, il se plaint de souffrances généralisées qu'il ne peut définir, il implore à grands cris un remède à ses douleurs. Parfois son excitation devient plus grande encore, il veut se jeter par la fenêtre, il saisit les objets qui l'entourent, et menace de les briser sur les personnes qui l'approchent, puis tout change, une fois la piqûre faite; le calme reparaît comme par enchantement. Ces faits, nous avons pu souvent les observer sur plusieurs de nos malades, lorsque nous voulions diminuer leur dose quotidienne de morphine.

C'est généralement de cinq à six mois à un an après le début de l'emploi de la morphine, que le besoin de cet agent commence à se faire sentir; telle est pour ainsi dire la première manifestation de l'intoxication, puis des désordres digestifs apparaissent : l'appétit diminue au point de produire une inappétence presque absolue; le malade maigrit, son visage prend une teinte jaunâtre, terreuse; les yeux perdent leur éclat, sont ternes, et le regard ne s'anime que sous l'influence d'une nouvelle piqûre; la peau se sèche, le système musculaire s'atrophie et, comme chez la plupart des individus cachectisés, on produit facilement le phénomène du myœdème.

Les désordres nerveux consistent en insomnies pénibles, rêves, cauchemars, perte de la mémoire, affaiblissement du sens moral avec conservation habituelle des facultés intellectuelles. Puis ce sont des sensations subjectives dans tous les membres, picotements, fourmillements, douleurs analogues aux douleurs ostéocopes de la syphilis. Chez notre malade, ces phénomènes étaient accusés, au point que pendant plusieurs jours nous avions pu soupçonner la syphilis et prescrire un traitement approprié; c'est après quinze jours d'administration de l'iodure de potasium, que la persistance de ces douleurs particulières nous a permis de reconnaître l'erreur.

A côté de ces sensations objectives, nous constatons aussi des modifications bien remarquables de la sensibilité : hyperesthésie suivant certaines régions, anesthésie suivant d'autres; diminution dans la plupart des cas des reflexes tendineux, exagération fréquente du reflexe plantaire.

Enfin, les troubles de la nutrition générale se caractérisent encore par une carie et une chute précoce des dents, celles-ci se cassant au niveau du collet de la gencive, et par une disparition souvent rapide des cheveux.

La vision semble peu atteinte, les autres sens spéciaux sont respectés

©BIU Santé

aussi. Enfin, la marche est manifestement troublée lorsque la maladie est arrivée à une période avancée; c'est à grand'peine que peut se mouvoir notre malade, couchée au n° 34 de la salle Lorain, et elle présente maintenant dans les membres inférieurs un tremblement manifeste qui était, jusqu'à ces derniers temps, resté limité aux membres supérieurs; ce tremblement n'a rien de bien particulier; il est assez régulier et offre un rythme à peu près égal.

Du côté des fonctions génitales, nous avons pu noter une cessation absolue de la menstruation, la stérilité ou l'avortement, et la perte absolue de désirs vénériens.

Si l'on veut placer ces divers phénomènes suivant leur ordre chronologique, on peut dire que les premiers qui apparaissent sont les troubles digestifs, puis les troubles nerveux, et enfin les désordres de la nutrition générale : amaigrissement, apparition d'abcès multiples qui, cependant, chose à noter, ne déterminent presque jamais d'accidents de septicémie ou d'infection purulente.

La durée est longue, progressive, et présente, comme chez les buveurs d'alcool, des poussées aiguës à l'occasion d'un dérangement de la santé, d'une indigestion, d'un embarras gastrique; lorsque l'excitant fait défaut, ces désordres de la santé insignifiants suffisent pour augmenter les phénomènes observés. Ces malades enfin peuvent mourir à la suite de troubles nutritifs, car il n'y a pas lieu de douter que le morphinique, comme l'alcoolique, ne soit plus qu'un autre prédisposé à la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic peut présenter des difficultés dans un certain nombre de cas, car si l'on obtient souvent des aveux à l'hôpital, il n'en est pas toujours ainsi lorsqu'on soigne dans la pratique de la ville des personnes qui ne renseignent pas le médecin sur la cause des accidents qu'elles présentent; de même que pour l'alcoolisme, il est essentiel de reconnaître les phénomènes propres à l'intoxication, et savoir passer outre aux dénégations des malades enclins à nier leurs habitudes. Les douleurs ostéocopes de la syphilis par leur exacerbation nocturne, leur intensité excessive donneront difficilement lieu à une erreur, et le plus souvent il sera facile de trouver la cause véritable de ces désordres.

C'est surtout avec l'intoxication chronique par l'alcool, que le morphinisme offre les plus grandes analogies. Comme le morphinique, l'alcoolique a des désordres nerveux caractérisés par des rêves, des cauchemars dont le type est à peu près le même; chez lui les désordres de la sensibilité, hyperesthésie ou anesthésie, sont plus symétriques; il en est de même pour ces sensations de fourmillements, d'élancements, de brûlures, qu'il éprouve si fréquemment. Enfin, n'est-ce pas un véritable *delirium tremens*, d'origine morphinique, que ces accès si graves qu'a présentés notre malade et dont je vous parlais tout à l'heure?

Les deux intoxications diffèrent si l'on étudie les troubles des fonctions digestives : le buveur a des pituites le matin lorsqu'il descend de son lit, pituites caractérisées par une eau claire, verdâtre, visqueuse. Chez le morphiomane on voit aussi souvent, mais à une période avancée, des vomissements; ils sont également matutinaux, mais beaucoup plus abondants que chez l'alcoolique, et constitués par une grande quantité de liquide verdâtre, filant; de même que chez l'alcoolique, l'ingestion d'une petite quantité d'alcool, de même aussi l'injection d'une petite dose de morphine chez

SBIU Santé

le morphiomane, fait rapidement disparaître ces vomissements. J'ai pu ainsi observer chez une jeune fille la nécessité absolue d'une piqûre de morphine pour obtenir l'ingestion des aliments.

Dans les deux cas, l'appétit est diminué, les digestions sont mauvaises, mais le second, plus que le premier, éprouve une répugnance pour les éléments azotés, particulièrement pour les viandes. Enfin, si l'alcoolique prend souvent de l'embonpoint, le morphinisé, au contraire, s'amaigrit rapidement. Chez tous les deux on observe aussi des désordres vaso-moteurs, pâleurs et rougeurs subites de la face, sueurs des extrémités.

Il y a donc des analogies très grandes, mais il y a dans l'expression de la physionomie une assez grande différence qui peut souvent donner la clef du diagnostic : le buveur d'alcool présente un tremblement fibrillaire des lèvres presque constant, qui n'existe pas chez le morphiomane ; l'expression du regard est tout autre, mais, en somme, ce ne sont là que des nuances, et l'on peut dire qu'il n'y a pas de caractère bien positif, bien certain, pouvant différencier l'une de l'autre ces deux intoxications.

Pour qui la morphine est devenue un besoin, le pronostic est sérieux à cause des accidents nerveux et des désordres nutritifs qu'elle détermine ; enfin, le morphinisme chronique, comme l'alcoolisme, crée des individus ne pouvant supporter la maladie aigüe la moins grave ; une pneumonie, même légère, un érysipèle peuvent devenir des accidents d'un pronostic très sérieux. De même que chez les alcooliques, il ne faut pas, en pareil cas, supprimer l'usage de l'alcool, de même il ne faut pas, chez un morphinisé malade, supprimer l'usage de la morphine, le priver de cet excitant du système nerveux dont il a besoin.

Si, dans la pratique médicale, on est appelé à prodiguer des soins à un homme robuste, sanguin, ou à un lymphatique, on pourra, sans crainte, recourir à l'usage de la morphine ; car cet individu a un système nerveux d'une complexion spéciale, qui le met à l'abri de tout danger de ce côté là ; si, au contraire, l'on a à traiter un migraineux, un névralgique, un nerveux, il faut se méfier, car on peut, par la morphine, agir de telle façon sur son système nerveux, que cet agent lui devienne absolument indispensable et qu'il ne puisse plus désormais s'en priver.

La thérapeutique découle des indications qui, elles-mêmes, varient un peu suivant les cas. Le plus habituellement, il est un phénomène saillant qui domine tous les autres, c'est l'excitation du système nerveux qu'accompagne fréquemment un certain degré d'insomnie ; dans l'espèce, le chloral peut rendre et nous a rendu de réels services ; à côté de lui on pourrait placer la paraldéhyde, dont l'action est à peu près identique. L'hydrothérapie, les frictions à l'eau froide, les douches écossaises ou même les douches froides sont, en outre, fort utiles pour calmer le malade, lui donner le repos dont il a besoin et lui permettre de diminuer le nombre des injections hypodermiques qu'il pratique. Nous ne pensons pas que celles-ci puissent être supprimées brusquement, car on a observé, en pareille circonstance, des accidents graves d'amorphinisme ; c'est parfois un délire furieux, avec tremblements cloniques ou avec des convulsions, faisant place, après deux ou trois jours, à un véritable collapsus. Le malade est pris aussi parfois de diarrhée, de vomissements abondants, pouvant compromettre sa santé ultérieure, et pourtant nous pensons que la diminution progressive des doses de morphine constitue le vrai et le meilleur traitement pour arriver à une cure radicale. Celle-ci est toujours difficile à

©BIU Santé

obtenir, et souvent l'on se trouve dans la nécessité de séquestrer les malades, aussi entrevoyons-nous, dans l'avenir, la création de maisons particulières pour les alcooliques et les morphiomanes.

REVUE DES JOURNAUX

De la glycosurie et du diabète dans la sclérose en plaques, par le docteur H. Richardière (*Revue de médecine*, 1886). — Cl. Bernard a montré que la piqûre de certains points du plancher du quatrième ventricule déterminait tantôt de la polyurie, tantôt de la glycosurie. C'est ainsi qu'on peut expliquer comment la glycosurie et le diabète sont fréquemment observés dans les tumeurs du plancher du quatrième ventricule et dans d'autres maladies frappant le même point du système nerveux cérébro-spinal. Or, les mêmes phénomènes peuvent se rencontrer, bien que plus rarement, dans la sclérose en plaques.

Dans un premier groupe de faits, les malades sont atteints de polyurie seulement. Les urines augmentées de quantité ne renferment pas de sucre. Les accidents sont ceux du diabète insipide (obs. de Husch, de Pennock). Toutefois, « la polyurie est en réalité un phénomène peu important, insuffisant à lui seul pour imposer l'idée d'une localisation bulbo-protubérantielle de la sclérose en plaques; mais il n'en est pas de même de la glycosurie »; soit qu'il s'agisse de glycosurie sans diabète vrai, comme dans le cas du docteur Richardière (obs. II), soit qu'on se trouve en présence d'un diabète vrai avec tous ses signes ordinaires. L'observation III, due à Weichselbaum, en est un exemple d'autant plus intéressant « que l'autopsie a permis de voir les lésions scléreuses du plancher du quatrième veutricule et de vérifier le rapport entre les manifestations diabétiques et les localisations scléreuses de la partie postérieure de la moelle allongée. »

E. Deschamps.

Glycosurie au cours de la sclérose en plaques, par Mlle B. Edwards (*Revue de médecine*, août 1886). — Dans ce mémoire, Mlle B... Edwards rapporte une observation de sclérose en plaques à début hémiplégique, qu'elle a recueillie dans le service de M. le professeur Charcot, et au cours de laquelle on put constater de la glycosurie et de la polyurie. Elle rappelle ensuite 11 cas, cités par Weichselbaum, dans lesquels la glycosurie a accompagné des lésions des centres nerveux. Dans le fait de Mlle B. Edwards, pas plus que dans celui publié par le docteur Richardière dans le numéro précédent de la *Revue de médecine*, il n'y a eu d'autopsie, mais la constatation anatomique a pu être faite dans un cas de diabète sucré au cours d'une sclérose en plaques du cerveau, de la moelle et surtout du plancher du quatrième ventricule, publié par A. Weichselbaum. On peut encore retrouver la glycosurie dans d'autres affections nerveuses : les observations d'Oppenheim et de Reumont sont des observations de tabes dorsal compliqué de diabète sucré; celle de Leudet se rapporte à un cas de méningo-encéphalite.

En se basant sur ces faits, Mlle B. Edwards conclut que « dans le cours du tabes, de la sclérose en plaques, et en général de toutes les affections des centres nerveux caractérisées par des lésions scléreuses progressives et diffuses, on peut voir survenir une glycosurie assez persistante dépendant de l'existence de ces lésions scléreuses au niveau du plancher du quatrième ventricule. — E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier. — Présidence de M. Sappey.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la rage.

M. Grancher a la parole au nom de M. Pasteur, absent pour raison de santé.

OBIU Santé

L'orateur déclare, au nom du laboratoire de M. Pasteur, que le laboratoire n'a reçu de la famille du malade dont il a été question dans la communication de M. Peter, ni du médecin de ce malade, aucun appel. On y a appris la mort et la maladie de Réveillac par la communication de M. Peter à l'Académie.

Dans cette communication se sont glissées diverses inexactitudes qui auraient pu être évitées si M. Peter eût fait une visite au laboratoire de M. Pasteur. Les registres d'observations et les dossiers de chaque malade lui auraient été communiqués comme ils le sont à tout médecin, ami ou adversaire de la vaccination antirabique.

Si M. Peter fût venu au laboratoire, il eût pu connaître l'histoire authentique et précise d'autres insuccès de la méthode intensive, car l'échec de Réveillac, si c'en est un, n'est pas le seul au passif de la méthode. Il y a eu des échecs avec la vaccination simple, et, avec la vaccination intensive, il y en aura encore.

Enfin, M. Pasteur et ses élèves acceptent la possibilité d'un accident avec laquelle toute méthode thérapeutique vraiment efficace doit toujours compter, à l'origine surtout, et quand toutes ses indications et contre-indications ne sont pas encore posées. La méthode de M. Pasteur ne serait pas humaine, mais divine, si elle échappait à cette loi.

Chacun des bien rares insuccès de la méthode apporte des faits qui servent à l'instruction de ses partisans.

Aujourd'hui, on gradue le traitement pour chaque malade, en tenant compte des risques particuliers qu'il encourt de par ses morsures et de sa susceptibilité individuelle connue. On espère ainsi parvenir à obtenir le maximum d'effet utile, c'est-à-dire l'immunité, en faisant courir le minimum de risques; on espère diminuer le nombre des insuccès et éviter tout accident.

Les médecins qui ont été appelés par M. Pasteur à l'aider dans son œuvre, n'ont pas hésité à subir la vaccination antirabique pour se mettre à l'abri des dangers d'une inoculation, par piqûre, des virus qu'ils manient chaque jour.

On sait quelle est la base scientifique de la méthode des vaccinations antirabiques. Elle repose sur la possibilité de conférer aux animaux l'immunité contre le virus de la rage des rues par l'injection sous-cutanée de moelles de lapins de plus en plus virulentes. Cette immunité peut être conférée après l'injection sous-cutanée du virus de la rage des rues, quelquefois même après l'injection intra-crânienne. Elle est naturellement d'autant plus difficile à conférer que l'infection est plus voisine des centres nerveux. On sait aussi que Meister reçut toute la série des moelles, de la moins virulente à la plus virulente, il y a de cela dix-huit mois. Quand M. Pasteur, après sa communication du 26 octobre, vit affluer de tous les points de la France et du monde, une foule de gens venant réclamer le bénéfice des inoculations, il eut peur des responsabilités qu'il encourait, il redouta les accidents et supprima du traitement les moelles les plus virulentes.

M. Grancher rappelle que M. Pasteur avait perdu, après l'inoculation, par la méthode ordinaire, 3 des 19 Russes mordus par un loup, traita les 16 restants par la méthode intensive et eut le bonheur de les guérir tous.

C'est en considérant ces bons résultats, d'une part, et les échecs partiels de la vaccination ordinaire, d'autre part, que M. Pasteur a pensé que les morsures de la face et les morsures graves et multiples de membres devaient être traitées comme morsure de loup.

Dans sa note du 2 novembre, M. Pasteur citait, parmi les 12 personnes mortes malgré les inoculations antirabiques, sur 1,700 vaccinés, 6 cas de morsures à la face, traités par la vaccination simple. Il citait parallèlement 10 autres cas de morsures à la face traitées par la vaccination intensive.

A la date du 1er novembre, tous ces mordus étaient en bonne santé; aujourd'hui, 4 janvier 1887, ils vont encore bien. En outre, M. Grancher donne le tableau de toutes les personnes reconnues enragées et traitées par la méthode intensive. Dans la période du 15 août au 1er novembre 1886, elles sont au nombre de 36 et de tout âge.

Toutes ces personnes, qui ont reçu le traitement le plus énergique, vivent, et, cepen-

©BIU Santé

dant, pour 11, plus de quatre mois et demi, pour 12, plus de trois mois et pour 13 plus de deux mois et demi se sont écoulés depuis les morsures.

Toutes ont traversé la période la plus dangereuse. Or, dans l'article RAGE, du *Dictionnaire encyclopédique*, signé de M. Brouardel, on lit que la statistique de la mortalité après morsures à la face pour 10 années (1862 à 1872), donne le chiffre de 88 morts pour 100 mordus. Eh bien, il n'y a pas eu un seul mort sur les 36 personnes vaccinées par le traitement le plus intensif de M. Pasteur !

La statistique générale arrêtée par M. Pasteur au 31 octobre donnait, pour 1,700 vaccinés, 10 morts; 12, en comptant Pelletier et Moermann venus trop tardivement.

Au 1er janvier 1887, nous avons vacciné pour la France et pour l'Algérie 1,956 personnes, et le chiffre de nos morts est de 14; 16, en comptant Pelletier et Moermann, 17 en comptant Réveillac. La mortalité reste donc au-dessous de 1 p. 100.

M. Pasteur publiera prochainement des statistiques étrangères de Samara, de Moscou, de Saint-Pétersbourg, d'Odessa, de Varsovie, de Vienne. Elles sont toutes absolument favorables.

M. BROUARDEL, ainsi qu'il l'avait promis dans la dernière séance, donne, dans tous ses détails, l'observation du jeune garçon mordu le 8 octobre par un chien supposé enragé, et qui, à la suite de coups reçus le 23 novembre, était mort en présentant des symptômes attribués à la rage. M. Brouardel, appelé à faire l'autopsie du malade, terminait son rapport à M. le procureur de la République par les conclusions suivantes :

1° Les symptomes observés pendant la vie par M. le docteur Rueff, les lésions trouvées à l'autopsie, les résultats négatifs des inoculations pratiquées avec le bulbe de cet enfant permettent d'écarter l'hypothèse qu'il ait succombé à la rage.

2° Les symptômes, les signes tirés de l'examen des urines doivent faire admettre que la mort est la conséquence d'une albuminurie accompagnée d'accidents urémiques.

3° La présence d'ecchymoses presque symétriques siégeant sur la face postérieure de la capsule des deux reins ne suffit pas, en l'absence de toute autre trace de violence dans la région des lombes, pour démontrer que cette albuminurie soit la conséquence des coups que cet enfant aurait reçus le 23 novembre.

M. Brouardel regrette que le fait relaté mardi par M. Peter ne s'appuie pas sur des documents aussi précis que celui qu'il vient d'exposer devant l'Académie.

Que reste-t-il du fait communiqué par M. Peter? Un jeune homme mordu par un chien, puis inoculé, tombe malade quelque temps après; il n'est observé, pendant sa vie, par aucun médecin, les symptômes notés par des personnes incompétentes s'écartent beaucoup de tous ceux qui caractérisent la rage humaine; aucun de ceux qui ont été relevés n'a par lui-même une valeur telle qu'il puisse entraîner la conviction. L'autopsie n'est pas faite; il n'y a pas d'inoculation du bulbe.

Il faudra des observations plus précises pour ébranler l'œuvre de M. Pasteur sur la rage. Ce qui est absolument démontré et accepté même par ses adversaires qui, comme M. Von Frisch, ont pris la peine de répéter ses expériences, c'est que l'inoculation successive du virus rabique, provenant des moelles de plus en plus virulentes, confère au chien l'immunité pour l'inoculation sous-cutanée du virus le plus virulent.

Un chien inoculé de la rage dans le cerveau par la trépanation et abandonné à lui-même succombe toujours à la rage. Un chien soumis à cette même inoculation par trépanation peut encore, dans un certain nombre de cas, être mis à l'abri de la rage par l'inoculation successive de la série des moelles-vaccins. Voilà pour l'œuvre expérimentale.

La statistique communiquée par M. Grancher fait connaître les résultats de l'application des inoculations antirabiques à l'espèce humaine.

Il y a eu des insuccès, il y en aura d'autres; mais quelle est donc la méthode thérapeutique qui n'a jamais eu ni défaillances ni accidents?

M. Brouardel termine en disant qu'il est sûr d'être l'interprète de tous les membres de l'Académie, celui de M. Peter lui-même, en demandant que ceux qui auront à observer des insuccès de la méthode de M. Pasteur veuillent bien prendre la peine de s'entourer de tous les renseignements, et publier ou communiquer à l'Académie des obser-

©BIU Santé

vations que les adversaires et les partisans des inoculations antirabiques puissent, selon leur désir, interpréter dans le sens qui leur plait.

C'est la première condition de toute enquête, et celle-ci a un intérêt scientifique assez grand pour qu'elle soit faite en écartant tout esprit de parti. (Applaudissements.)

M. Dujardin-Beaumetz expose les résultats de l'enquête à laquelle il avait été convié par M. Peter, au sujet du jeune malade qui avait fait l'objet de la communication de M. Peter dans la dernière séance. Après un résumé important de ces renseignements, M. Dujardin-Beaumetz déclare qu'il est absolument impossible de se prononcer à cet égard, ni dans un sens dans un autre, et de décider si cet enfant est mort ou non de la rage.

Il manque à cette observation le critérium qui lui permettrait de lui donner sa valeur, c'est-à-dire l'inoculation de la substance du bulbe. Cette inoculation est absolument nécessaire pour déterminer si l'on a eu affaire à la rage; elle permet même de distinguer s'il s'est agi de la rage des rues ou de celle des laboratoires.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute que la statistique de la rage, pour le département de la Seine, pendant l'année 1886, porte 3 cas de mort par la rage, 4 si l'on y ajoute le cas de Réveillac. Sur les 4 individus ayant succombé à la rage, 2 ont été inoculés et 2 ne l'ont pas été. Or, il faut remarquer que les 2 cas de mort après inoculation appartiennent à l'immense majorité des individus mordus, car presque tous les mordus, dans le département de la Seine, ont passé par le laboratoire de M. Pasteur, tandis que les 2 cas de mort sans inoculation appartiennent à une infime minorité. La statistique fait donc pencher, dès à présent, la balance du côté de la méthode de M. Pasteur; avec le temps, cette méthode sera jugée de plus en plus favorablement, parce que les rares insuccès que l'on groissit aujourd'hui disparaîtront dans la masse des succès obtenus par elle.

M. Peter, répondant aux critiques dont sa dernière communication a été l'objet, fait observer d'abord qu'avec la condition que l'on demande aujourd'hui de l'inoculation de la substance du bulbe à des lapins, pour déterminer s'il s'agit ou non d'un cas de rage, il faudrait faire table rase de toutes les observations du passé et les considérer toutes comme non avenues, parce qu'on ne pratiquait pas alors cette inoculation du bulbe. Or, comme il se passe ordinairement un certain temps et parfois un jour ou deux avant que cette inoculation du bulbe d'un individu supposé mort de la rage, puisse être faite aux lapins, le bulbe, surtout en été, peut avoir et a parfois subi un travail de putréfaction qui rend les expériences négatives, et l'expérience négative ne prouve rien.

Il déclare qu'il apporte trois faits nouveaux, faits du même genre.

M. Peter dit qu'il a considéré la médication anti-rabique de M. Pasteur, telle qu'il l'avait formulée d'abord, comme inefficace, et pendant une année entière il a gardé le silence.

Depuis deux mois, elle devient périlleuse sous sa forme intensive. Il considère comme un devoir de parler.

Après avoir communiqué, dans la dernière séance, l'observation de Réveillac, il désire aujourd'hui exposer ceux de Jansen (de Dunkerque), de Soudini (de Constantine) et de Née (d'Arras). C'est là une base d'opération solide pour l'argumentation et la critique, non seulement de la médication intensive, mais encore de l'ensemble de la médication de M. Pasteur.

Aujourd'hui, M. Peter ne pourra traiter que la première partie de la question, c'est-à-dire exposer les faits et en entreprendre la discussion. Dans la prochaine séance, il abordera la critique générale de la méthode.

M. Peter communique en premier lieu un cas de rage classique, développé chez l'homme après les inoculations intensives précoces.

Il signalera ensuite des cas de rage modifiée ou paralytique.

Le premier cas (rage convulsive) est celui d'un enragé mort à Dunkerque et qu'on avait résolu de tenir caché. L'observation a été adressée à M. Peter par MM. les docteurs Cortier et Duriau (de Dunkerque). D'après les détails complets de l'observation, il est évident qu'il s'agit bien réellement d'un homme mordu par un chien enragé, n'ayant pas été cautérisé, soumis au traitement antirabique par la méthode intensive continuée

©BIU Santé

quinze jours, atteint de la rage 112 jours après l'accident et ayant succombé à la forme ordinaire de l'affection.

Cet homme était un employé de la douane. Lorsque le directeur des douanes apprit le développement de la rage chez Jansen, pour ne pas effrayer le propriétaire du chien qui avait fait la morsure, il pria le préfet du Nord et les journaux de ne pas donner de publicité au fait, et une permission de dix jours fut accordée à cet individu nommé Hamyau, préposé à la douane.

M. Peter fait remarquer qu'il s'agit là bien évidemment d'un cas de rage *convulsive classique*, développée malgré les inoculations intensives, bien que ces inoculations aient été pratiquées hâtivement (quarante-huit heures après les morsures). On ne peut donc pas invoquer, ici, l'époque tardive des inoculations.

Il fait remarquer encore que les premiers symptômes de la rage se manifestèrent *132 jours* après la morsure et 130 jours après les inoculations, c'est-à-dire que la rage canine est arrivée ici plus tardivement que la rage canino-pastorienne.

M. Peter fait remarquer enfin la difficulté que l'on éprouve à connaître les décès des inoculés de M. Pasteur; il y a toujours une raison pour les cacher; ici, c'est une raison d'humanité; là, c'en est une autre de nature indéterminée.

(A ce moment, M. Vulpian proteste contre les insinuations de M. Peter, et déclare que si M. Peter prétendait accuser M. Pasteur de cacher ses insuccès, il commettrait une mauvaise action.)

M. Peter communique ensuite un fait de rage modifiée, de ce qu'il appelle rage canino-pastorienne, observée chez un sujet mordu par un chien enragé, ayant subi les inoculations préservatrices de la rue d'Ulm et développée quinze jours après le retour du malade dans sa famille. L'observation a été adressée à M. Peter par M. Auguste Nicolas, interne de M. le docteur Leroy, à l'hôpital de Constantine.

On remarque dans cette observation, au point de vue des douleurs prodromiques de rage, l'apparition de celles-ci d'abord au point mordu, ensuite aux points inoculés, c'est-à-dire qu'on voit deux virus se réveillant et collaborant, le virus canin et le virus expérimental.

On voit ensuite, au point de vue des symptômes : 1° la courbature et la prostration du virus pastorien se manifestant d'abord; 2° l'hydrophobie du virus canin se montrant ensuite, mais légère et tardive.

On remarque enfin qu'il y a eu dans ce cas de l'albuminurie, comme dans le fait du petit enragé observé par M. Brouardel; albuminurie que M. Albert Robin a constatée, dès 1878, dans un cas de rage convulsive classique. Par conséquent, l'argument qu'en avait tiré M. Brouardel contre l'existence de la rage dans son cas, milite au contraire en faveur de la rage.

Quant aux centres nerveux et aux poumons, ils présentaient les lésions de la rage classique.

En conséquence, il s'agit bien ici d'un cas de rage, mais de rage modifiée, de rage mixte, de rage canino-pastorienne, démontrant à la fois l'impuissance de la méthode et la collaboration des deux virus.

M. Peter communique enfin un fait de rage nouvelle, plus pastorienne que canine. C'est celui d'un enragé d'Arras, chez le chien duquel le vétérinaire a nié l'existence de la rage. M. Peter doit cette observation à l'obligeance de M. le docteur Germe (d'Arras).

Cet individu, âgé de 42 ans, fut mordu, le 12 novembre 1886, par son chien qui n'avait jusqu'à ce jour donné aucun signe de rage.

M. Née entra à l'institut Pasteur le 17 novembre et y resta 11 jours, pendant lesquels il subit 22 inoculations.

Revenu à Arras le 29 novembre, il ne présenta rien de particulier jusqu'au 10 décembre. Dans la nuit du 10 au 11 décembre il eut des vomissements, qui continuèrent les jours suivants; il éprouva ensuite de *vives douleurs au niveau des piqûres d'inoculation*, douleurs qui *s'étendaient dans la région lombaire* pour remonter *le long du rachis*, et qui *persistèrent* jusque vers les derniers jours. Il n'y a jamais eu *aucune douleur au niveau de la morsure du chien*, ni *dans le membre correspondant*.

BIU Santé

Les médecins appelés auprès du malade ne surent à quel diagnostic s'arrêter. M. Peter pense, d'après les débuts de l'observation, qu'il s'agit bien de la rage, mais d'une rage étrange, exceptionnelle.

En effet, un vétérinaire fait l'autopsie du chien et nie l'existence de la rage chez cet animal. Néanmoins, le mordu se fait inoculer par la méthode intensive et il meurt 35 jours après d'une rage étrange, exceptionnelle chez l'homme, de la rage *paralytique*, fréquente au contraire chez le lapin.

M. Peter insiste sur ce fait que les douleurs prodromiques se sont fait sentir exclusivement aux points inoculés et non pas aux points mordus. Il signale parmi les symptômes, au début, la fatigue, la tristesse, des douleurs lombaires, puis une *paralysie* complète, puis même de la *cécité*, contrairement à l'acuité visuelle ordinaire de la rage classique; l'absence d'*hydrophobie*, enfin les phénomènes dominants qu'on observe par le fait du virus pastorien.

De tels faits de rage paralytique ne s'observent pas qu'en France; on en a constaté aussi en Angleterre chez des individus inoculés par M. Pasteur.

M. Peter termine en citant quelques extraits de journaux anglais relatifs à ces faits.

Et comment pourrait-il en être autrement, s'écrie M. Peter en terminant? Comment ne pas être frappé des dangers des inoculations anti-rabiques, surtout de celles qui sont faites par la méthode intensive? En effet, on met en présence deux virus, le virus canin et le virus expérimental, auquel sans doute on doit supposer quelque activité puisque l'on prétend, grâce à lui, neutraliser le virus si puissant de la rage, et l'on ne craindrait pas que ce virus expérimental, ce virus *intensif*, ne puisse évoluer pour sa part, dans l'organisme, à côté du virus canin, et indépendamment de ce dernier, comme on voit le virus vaccin inoculé, dans la période d'inoculation de la variole, évoluer à côté du virus varioleux, et se manifester par l'apparition de ses pustules propres, parfaitement distinctes des pustules varioleuses?

Et, d'ailleurs, ne serait-il pas possible d'expliquer par le mélange de ces deux virus, par l'action réciproque de l'un sur l'autre, ces cas de rage étrange, exceptionnelle, que l'on a observés sur quelques-uns des sujets inoculés par M. Pasteur, qui ont désorienté tous les médecins appelés auprès des malades, qui ont fait et qui font encore hésiter le diagnostic, au point qu'on ne peut savoir à quoi l'on a eu affaire?

M. Peter croit devoir, en terminant, livrer ces réflexions aux méditations sérieuses de ses collègues.

M. Trélat met sous les yeux de l'Académie les registres du laboratoire de M. Pasteur, sur lesquels ont été consignés tous les détails relatifs aux malades inoculés, dont il a été question dans la communication de M. Peter. Il suffisait à ce dernier de se rendre au laboratoire et de consulter ces registres, libéralement ouverts à tous, pour avoir des renseignements qu'il a dû accepter de toutes mains et parfois de mains absolument incompétentes.

M. Brouardel partage à cet égard l'avis exprimé par M. Trélat. M. Peter aurait dû aller trouver M. Grancher, son collègue de la Faculté, et lui demander directement les renseignements dont il avait besoin. Il eût ainsi évité ces détails inexacts qui sont démentis quelques jours après, qui troublent la discussion par l'introduction d'éléments étrangers, la prolongeant inutilement et l'empêchant d'aboutir.

En ce qui concerne la présence de l'albumine dans l'urine des enragés, M. Brouardel dit que cet albumine s'y trouve en très petite quantité, tandis qu'elle existait en forte proportion dans l'urine du jeune malade dont il a dû pratiquer l'autopsie.

M. Vulpian se propose de répondre à M. Peter lorsque son collègue aura terminé sa communication.

— La séance est levée à cinq heures.

©BIU Santé

FORMULAIRE

POMMADE D'IODOFORME DÉSODORISÉE. — Oppler.

Iodoforme.....	1 gramme.
Vaseline	10 grammes.
Café grillé, finement pulvérisé.....	0 gr. 3 centigr.

Mêlez. — L'auteur affirme que, dans cette pommade, le café masque l'odeur désagréable de l'iodoforme. — Si on ajoute à de l'iodoforme 40 à 50 pour 100 de café grillé finement pulvérisé, on obtient une poudre qui n'exhale point de mauvaise odeur, et qui peut servir à saupoudrer des plaies superficielles, d'où le café se trouve éliminé par les liquides sécrétés. — Un autre auteur a indiqué récemment l'essence de bois de sassafras comme propre à masquer l'odeur de l'iodoforme. — 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 PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. Milne-Edwards (A.), membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé membre de la commission de patronage de la section des sciences naturelles à ladite école (emploi vacant).

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Suillet (de Senlis), décédé à l'âge de 66 ans. — M. le docteur Lebris (de la Grande-Sauve, Gironde). — M. le docteur Deral (de Pontaumur, P.-d.-C.). — On nous annonce la mort, à 31 ans, de M. le docteur Galliot, de Houilles (Seine-et-Oise). — M. le docteur Varaillon, conseiller municipal, mort à 35 ans, à Châtellerault. — M. Victor Oudard, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés de Belgique.

TEETOTALER. — Le *Lyon Médical* essaie de nous donner, dans son numéro du 2 janvier, l'explication de ce terme qui désigne en Angleterre les tempérants à outrance, ceux qui ont juré de s'abstenir des boissons spiritueuses.

« Ce mot, par lequel on désigne parfois les membres des sociétés de tempérance, a une origine assez singulière, et qui embarrasserait sans doute les linguistes méthodiques. Le sanscrit serait impuissant à nous la révéler, car, si on en croit certaine légende, le mot aurait été créé bien involontairement par un bègue rempli de préjugés. C'était dans les débuts de la formation des sociétés de tempérance. Notre homme, se trouvant un jour dans une réunion, voulut manifester, et s'écria qu'il était *t. t. to to tal absteiner*. La foule de rire ; on imita l'expression du bègue pour désigner les tempérants ; le sobriquet *tetotaler* fit fortune et vengea l'alcool. »

Le spirituel rédacteur nous permettra de l'accabler sous le poids de notre érudition, puisée dans le dictionnaire de Webster, en lui disant d'abord qu'il faut écrire *teetotaler* et *abstainer*, et ensuite que *teetotal* veut dire simplement *total, entier*, le *tee* n'étant qu'une sorte de redoublement pour augmenter la force de l'expression (*for the sake of emphasis*). Le teetotaler est donc un homme qui *pratique totalement* ce dont il s'agit, c'est-à-dire la tempérance.

— M. le docteur A. Desprès, chirurgien à l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 12 janvier, et le continuera les mercredis suivants à neuf heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Dubuc : De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie. — II. Intérêts professionnels : La vingt-cinquième année de l'Association des médecins de l'Aveyron. — III. Bibliothèque : Mémoire critique sur la législation relative aux Conseils d'hygiène et de salubrité et aux établissements insalubres. — IV. Revue des Journaux : De l'action anesthésique locale de la brucine et de la théine. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Variétés : La maladie des trieurs de chiffons. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier.

De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 novembre 1886,

Par M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

Le travail dont j'ai l'honneur de donner aujourd'hui communication à mes collègues de la Société de médecine est la suite de celui que j'ai lu devant eux dans la séance du 25 décembre 1885.

Depuis cette date, plusieurs occasions se sont offertes à moi d'avoir recours à l'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie. Quand je dis cocaïne, qu'il soit entendu une fois pour toutes que c'est du chlorhydrate qu'il s'agit. La grande utilité de cet agent médicamenteux dans l'opération en question ne saurait, suivant moi, laisser place au moindre doute.

Désireux d'entraîner la conviction dans l'esprit de mes auditeurs, je vais d'abord exposer brièvement les nouveaux faits qui me sont personnels. J'en tirerai cette déduction légitime que, suivant les cas, la cocaïne doit être employée à des doses différentes; j'exposerai le procédé auquel je me suis adressé pour obtenir l'anesthésie non pas seulement de la muqueuse de la vessie en général, mais tout particulièrement de son col et de la région prostatique; je relaterai les phénomènes d'absorption que j'ai observés. Enfin je dirai quelques mots de la limite de grosseur et de dureté des pierres, au delà de laquelle la cocaïne doit céder la place au chloroforme, étant admis que, même dans ces cas-là, il vaudrait mieux, s'il y avait contre-indication à l'emploi du chloroforme, recourir à la cocaïne que de se priver du concours de tout agent anesthésique, comme on le faisait dans l'ancienne opération.

Obs. I. — C'est le malade dont je vous ai relaté l'histoire dans ma précédente communication qui en fait le sujet.

Il est âgé de 75 ans et atteint de pierres phosphastiques dont la récidive est pour ainsi dire incessante.

J'ai fait chez lui, dans le cours de la présente année jusqu'à la rédaction de ce travail, neuf séances de lithotritie en date des 14 et 19 janvier, 4, 17 et 21 mai, 1er juillet, 2, 6 et 10 août. (Je dois ajouter que je viens d'en faire deux autres en date des 12 et 18 novembre.)

Les doses de cocaïne employées ont été de : 1 gramme en dissolution dans 25 grammes d'eau (solution à 4 p. 100) pour les deux premières séances; aucun trouble fonctionnel résultant de l'absorption du médicament ne m'a été signalé par le malade; — de 1 gr. 50 en dissolution dans 40 grammes d'eau (solution à 3,75 p. 100) pour les deux séances suivantes; le malade a accusé à la fin de l'opération, au moment du lavage, un sentiment de lassitude extrême, d'anéantissement; — de 1 gr. 25 en dissolution dans 30 grammes d'eau (solution à 4,17 p. 100) pour les cinquième, sixième et septième séances; le sentiment de lassitude s'est manifesté huit minutes après l'injection de la

©BIU Santé

solution dans la vessie, avant toute manœuvre opératoire; — de 1 gr. 50 en dissolution dans 30 grammes d'eau (solution à 5 p. 100) pour les deux dernières séances; le sentiment d'anéantissement a été ressenti six minutes après l'injection.

La sensation de fatigue que je signale ici s'est toujours dissipée dans un intervalle de deux heures environ, sans autre inconvénient.

Dans toutes ces séances, dont la durée moyenne, y compris le lavage, a été de quinze à vingt minutes, la cocaïne s'est montrée efficace : la vessie a été calme, la douleur nulle, soit pendant le broiement, soit pendant le lavage consécutif.

Le poids des débris secs provenant des neuf séances ci-dessus énumérées a été de 9 gr. 35; mais je ferai remarquer que, le broiement ayant toujours été poussé très loin, une quantité notable de débris, sous forme de poussière impalpable, s'est trouvée mélangée avec l'eau de lavage et n'a pu être recueillie.

On m'accordera, je l'espère, qu'ici la cocaïne a été d'une incontestable utilité.

Obs. II. — Elle a trait à un malade auprès duquel j'ai été appelé par mon excellent maître, M. le professeur Hardy. Le patient, âgé de 76 ans, robuste, était atteint de pierres multiples d'acide urique très dur. La vessie était saine, l'urine tout à fait limpide au moment de l'opération.

L'hypertrophie de la prostate dont les lobes, notamment le lobe moyen, empiétaient sur la dernière portion de l'urèthre, rendait difficile l'introduction des instruments.

Ce monsieur, dont la santé était excellente, qui ne ressentait de souffrance locale que quand il marchait ou qu'il allait en voiture, éprouvait de la répugnance pour l'opération. Il désirait n'être pas chloroformé.

Le 31 janvier 1886, exploration de la vessie après injection d'un gramme de cocaïne en dissolution dans 25 grammes d'eau; cette exploration, qui m'a permis de reconnaître la présence de calculs multiples, n'a déterminé aucune souffrance.

Le 4 avril suivant, première séance de lithotritie.

J'ai injecté dans la vessie 1 gr. 75 de cocaïne en dissolution dans 35 grammes d'eau (solution à 5 p. 100). Le broiement a duré cinq minutes.

Il s'agissait de pierres multiples, petites, mais très dures; plusieurs d'entre elles ayant resisté à la pression de la vis, j'ai dû à diverses reprises employer le marteau pour rapprocher les mors de l'instrument.

Lavage à grande eau avec la sonde évacuatrice n° 23 et la solution tiède d'acide borique.

Les prises et le broiement ont été assez vivement sentis; la vessie est demeurée calme.

Le 11 avril, deuxième et dernière séance.

J'ai injecté dans la vessie 2 grammes de chlorhydrate de cocaïne en dissolution dans 40 grammes d'eau (solution à 5 p. 100).

Je n'ai plus rencontré qu'un seul gravier du volume de l'extrémité du petit doigt. Je l'ai broyé, j'ai repris quelques fragments, puis j'ai continué les recherches pour savoir s'il ne restait plus rien.

La séance a duré trois minutes.

Au moment où j'ai retiré l'instrument, il se produisait d'énergiques contractions de la vessie qui m'auraient empêché de continuer, quand même je l'aurais désiré.

Lavage consécutif avec la sonde évacuatrice n° 23 et la solution d'acide borique.

Les prises et les recherches ont été, comme la première fois, assez vivement senties.

Il s'agissait ici d'une vessie sensible, entrant très facilement et très vivement en contraction; pendant les lavages, elle chassait le liquide avec une force remarquable.

Aucun phénomène à distance d'absorption de la cocaïne ne s'est produit.

Les débris n'ont pas été pesés; j'estime, d'après le volume, que le poids devait être compris entre 3 et 4 grammes.

M. Hardy a assisté aux différents actes opératoires.

Obs. III. — Elle a trait à un monsieur de Melun, actuellement âgé de 73 ans, jouissant d'une très bonne santé et atteint de calculs récidivants d'acide urique, dus à une

gravelle urique d'une grande activité. Il m'avait été adressé à l'origine par M. le docteur Gillet, alors médecin de l'hôpital de Melun.

J'ai pratiqué sur lui cinq opérations différentes de lithotritie : la première, en août 1879; la deuxième, en mars 1881; la troisième, en mars 1882; la quatrième, en mars 1883; ces diverses opérations sans chloroforme; enfin la cinquième, avec cocaïne, en mai 1886.

La vessie est saine; toutefois l'urine tient en suspension un nuage léger qui indique, tout au moins, un certain degré de desquamation de la muqueuse vésicale.

L'exploration a eu lieu le 5 mai; je m'étais borné à instiller, dans le col et la région prostatique, 3 grammes environ de cocaïne à 5 p. 100.

Le 7 mai, j'ai procédé à la lithotritie, après avoir injecté 1 gr. 75 de cocaïne en dissolution dans 45 grammes d'eau (solution à 3,88 p. 100). La pierre donnait aux mors 25 millimètres d'écartement.

J'ai fait 57 prises en 12 minutes sans que le malade ait éprouvé la moindre souffrance, sans que la vessie ait manifesté la moindre tendance à se contracter.

Je dois dire que, lors de mes précédentes opérations, j'avais dû interrompre le broiement après un nombre de prises notoirement inférieur au précédent, parce que la vessie entrait en contraction.

Par le lavage consécutif très bien supporté, j'ai obtenu une quantité importante de débris très finement broyés. Il s'est de plus perdu avec l'eau de lavage une notable quantité de poussière impalpable qu'il a été impossible de recueillir.

Il ne s'est produit aucun phénomène d'absorption de la cocaïne.

Le 11 mai, deuxième et dernière séance.

La quantité de cocaïne employée a été la même qu'à la séance précédente, dissoute dans la même quantité d'eau.

Il ne restait dans la vessie qu'un seul fragment de 8 millimètres de diamètre que j'ai broyé, ainsi que quelques débris qui en provenaient; puis j'ai fait avec l'instrument des recherches multipliées qui ont été négatives.

La durée totale de la séance, y compris le lavage, a été de 8 minutes. Aucune douleur n'a été ressentie; aucun phénomène d'absorption de la cocaïne ne s'est manifesté. Le poids des débris secs était de 4 gr. 35.

Obs. IV. — Le sujet, âgé de 65 ans, jouissait d'une bonne santé, à part un peu d'emphysème pulmonaire avec râles sibilants.

L'urine avait fréquemment contenu du sang à la suite de la marche; sous l'influence du repos, elle était entièrement limpide, ce qui indiquait une vessie saine.

Le 18 juillet 1886, après instillation préalable, dans le col et la région prostatique, de 4 grammes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100, je procède à l'exploration avec l'instrument métallique plein à bec un peu long; je constate l'existence d'un bas-fond considérable et, après quelques recherches, j'y découvre une pierre qui mesure 2 centimètres de diamètre et donne un son très clair, ce qui est un indice de dureté.

Le 22 juillet, première séance de lithotritie avec l'assistance de notre distingué confrère le docteur Malécot. J'injecte dans la vessie 2 gr. 50 de cocaïne en dissolution dans 25 grammes d'eau, c'est-à-dire une solution à 10 p. 100. Il s'agissait ici d'une vessie particulièrement difficile; 25 prises ont été faites en huit minutes avec les mors renversés directement en bas, ou bien par la méthode indirecte; presque toutes ont nécessité des recherches.

Je n'ai pu broyer aussi fin que je le fais d'ordinaire à cause de la difficulté des prises.

Les manœuvres n'ont provoqué aucune espèce de souffrance; le malade n'en avait pour ainsi dire pas conscience.

Le lavage consécutif a été très bien supporté; il a été peu productif, à cause de la conformation de la vessie. La pierre était dure, d'acide urique. Aucun phénomène d'absorption de la cocaïne.

Le 28 juillet, deuxième séance de lithotritie après injection dans la vessie de 1 gr. 50 de cocaïne en dissolution dans 15 grammes d'eau (solution à 10 p. 100). J'ai fait, en

©BIU Santé

neuf minutes, 25 prises toujours difficiles; les manœuvres ont donné lieu à un peu de souffrance; mais je ferai remarquer que la quantité de solution de cocaïne employée était moins considérable que pour la première séance.

Le 9 août, troisième séance de lithotritie, après injection dans la vessie de 1 gramme de cocaïne dissous dans 10 grammes d'eau (solution à 10 p. 100).

Je n'ai plus trouvé que deux fragments, dont l'un mesurait 8 millimètres et l'autre était plus petit; les deux fragments broyés, j'ai fait des recherches pendant plusieurs minutes.

Le patient a éprouvé un certain degré d'agacement; la quantité de solution de cocaïne employée était moins importante encore que dans la séance précédente.

Les débris secs du calcul pesaient 3 gr. 50.

Obs. V. — Il s'agit d'un patient âgé de 75 ans, opérée une première fois, en 1868, par mon ancien maître Phillips; une deuxième fois, par moi, en 1876, dix ans juste avant l'opération actuelle. La méthode employée avait été celle des séances courtes sans chloroforme, qui était alors en usage. Les calculs étaient d'acide urique les deux premières fois, comme celle-ci.

Depuis plusieurs années, ce monsieur, atteint d'hypertrophie de la prostate, n'urine plus qu'avec le secours de la sonde. La vessie est saine; l'urine acide contient seulement un léger nuage en suspension.

Le 15 septembre 1886, exploration de la vessie après instillation dans le col, la région prostatique et le reste de l'urèthre d'une petite quantité de solution de cocaïne à 10 p. 100.

L'introduction de l'explorateur est difficile, à cause du volume exagéré de la prostate, surtout de son lobe moyen.

Je constate l'existence de calculs multiples assez petits, fournissant un son clair, indice de dureté.

Le 17 septembre, première séance de lithotritie; j'injecte dans la vessie *cinq grammes vingt-cinq centigrammes* de chlorhydrate de cocaïne en dissolution dans 35 grammes d'eau (solution à 15 p. 100). Au bout de six minutes, montre en main, le patient, qui jusque-là n'avait éprouvé aucun malaise, accuse brusquement une envie irrésistible de vomir; il se dresse d'abord sur son séant, puis descend de son lit et se tient debout; le visage est défait, plus pâle qu'à l'ordinaire.

Je me hâte de faire sortir, avec une sonde de gomme, la solution de cocaïne contenue dans la vessie; et je fais aussitôt un lavage de la cavité vésicale avec une solution d'acide borique que j'avais sous la main. Les nausées, qui n'ont été suivies d'aucun vomissement, l'altération des traits ont duré cinq à six minutes, puis tout est rentré dans l'ordre.

Le patient, pendant cette période de malaise, a conservé toute sa netteté d'intelligence; il est resté debout et n'a accusé aucune faiblesse musculaire; il a bu un peu d'eau sucrée additionnée d'eau de fleurs d'oranger.

J'ai compté 72 pulsations à la minute; le pouls était régulier, un peu serré. Il s'agit d'un homme robuste et énergique. Ce qui me paraît devoir être noté, c'est la brusque invasion des accidents et leur rapide disparition après cinq à six minutes de durée. Il est vrai que j'avais immédiatement donné issue à la solution de cocaïne.

La crise une fois passée, j'ai replacé le malade dans la position opératoire; j'ai injecté 120 grammes de solution d'acide borique et j'ai procédé à l'opération.

Les pierres étaient petites, quelques-unes extrêmement dures. J'ai fait 52 prises en dix minutes.

La séance a été parfaitement supportée; la vessie est demeurée très calme.

Cette particularité a eu d'autant plus d'importance à mes yeux que, lors de l'opération que je lui avais fait dix ans auparavant, les séances plus courtes lui avaient occasionné un agacement extrême.

Par le lavage avec la sonde évacuatrice n° 23 et la solution borique, j'ai obtenu une importante quantité de débris très finement broyés.

Le lavage lui a été plus désagréable que la séance de broiement; mais l'action de la cocaïne commençait à s'épuiser.

Le 20 septembre, deuxième séance de lithotritie après injection, dans la vessie, de 3 grammes de cocaïne en dissolution dans 30 grammes de cocaïne (solution à 10 p. 100). Je fais 33 prises en six minutes.

Lavage abondant avec la solution boriquée. Séance très bien supportée.

Aucun trouble fonctionnel dû à l'absorption de la cocaïne.

Le 24 septembre, troisième séance de lithotritie, après injection dans la vessie de 1 gr. 50 de cocaïne en dissolution dans 15 grammes d'eau (solution à 10 p. 100). 44 prises en neuf minutes; lavage à la suite.

Le malade a été très agacé pendant cette séance.

Je ferai remarquer que j'avais injecté seulement 15 grammes de la solution à 10 p. 100, quantité insuffisante pour baigner toute la surface de la muqueuse répondant au champ opératoire.

Aucun phénomène à distance d'absorption de la cocaïne.

Le 28 septembre, quatrième et dernière séance de lithotritie. J'injecte dans la vessie 30 grammes d'une solution de cocaïne à 10 p. 100.

Je ne trouve qu'un seul gravier de 8 millimètres de diamètre; je le broie ainsi que les débris qui en proviennent; puis, je multiplie mes recherches pour être sûr qu'il ne reste aucun fragment.

La séance de broiement et de recherches, y compris le lavage consécutif, a duré dix minutes. Elle a été très bien supportée, ce qui formait contraste avec l'agacement éprouvé pendant la séance précédente.

Aucun phénomène d'absorption de la cocaïne.

Les débris secs pesaient 7 gr. 50; mais il a été perdu à la suite des deux premières séances une certaine quantité de poussière impalpable, mêlée à l'eau de lavage.

Le malade a reconnu avoir retiré un très grand bénéfice de l'emploi de la cocaïne.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA VINGT-CINQUIÈME ANNÉE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'AVEYRON.

Il y a quelques semaines, cette Société locale tenait sa vingt-cinquième session annuelle sous la présidence de M. Bompaire. Notre confrère était assurément bien fondé à célébrer les mérites et la prospérité de cette institution, qui, à l'instar des autres familles médicales agrégées à l'Association générale, est devenue majeure.

En 1861, soixante-dix médecins aveyronnais se réunissaient pour la fonder. Aujourd'hui, le nombre de ses membres dépasse cent quatre et comprend les deux tiers des médecins du département. Sa caisse renferme un capital d'une vingtaine de mille francs; chaque année, elle contribue pour 2,600 francs à la Caisse des pensions viagères et soulage en plus de nombreuses infortunes. Les progrès continus d'une institution aussi modeste au début, et aujourd'hui aussi prospère, suffiront, il faut l'espérer, pour provoquer les regrets des indifférents.

Ces chiffres parlent assez haut pour déterminer les hésitants et pour répondre aux sceptiques qui mettent parfois en doute les bienfaits quotidiens des Sociétés locales et de la Caisse des pensions viagères de l'Association générale. Des réunions comme celle-ci et un discours comme celui de M. Bompaire suffiraient pour l'affirmer, si, d'ailleurs, il en était besoin. Nos confrères aveyronnais sont des courageux, qui méritent une place, ce me semble, sur le livre d'or de l'Association générale. — Ch. E.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

MÉMOIRE CRITIQUE SUR LA LÉGISLATION RELATIVE AUX CONSEILS D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ ET AUX ÉTABLISSEMENTS INSALUBRES, PAR M. NIVET. — Clermont-Ferrand, 1886.

On n'a pas oublié le mémoire de M. Monod sur l'organisation de l'administration de l'hygiène publique en France et les réformes dont elle est susceptible. Ce mémoire a été discuté par le Conseil d'hygiène du Puy-de-Dôme, dont la brochure actuelle expose les opinions.

Sans approuver toutes les réformes demandées par l'ancien préfet du Calvados, M. Nivet et ses collègues estiment qu'il serait utile de créer auprès du ministère du commerce ou de l'intérieur une direction de la santé publique; projet que ses promoteurs ne semblent plus, à l'heure actuelle, solliciter avec la même ardeur qu'auparavant.

Ils estiment aussi que les maires ne possèdent pas la liberté et l'autorité indispensables pour exécuter les mesures de salubrité dans les communes, qu'il y aurait lieu d'organiser les secours médicaux dans les campagnes, de rémunérer les médecins de charité et de concentrer entre leurs mains l'inspection des enfants assistés, la recherche et l'étude des épidémies, la visite des établissements insalubres et la statistique de mortalité et de morbidité.

La législation de l'hygiène est encore à établir. Notre confrère et ses collègues demandent donc la rédaction d'un code spécial sur la législation sanitaire qui est fort confuse et très contradictoire. Avant d'aborder des réformes radicales dont l'adoption par les Chambres paraît d'ailleurs improbable, ils espèrent quelques résultats des modifications dont le décret du 18 décembre 1848 est susceptible. A cet effet, il suffirait, d'après notre confrère, de mettre les pouvoirs publics dans la nécessité légale de consulter les Conseils d'hygiène sur toutes les questions relatives à l'hygiène, de leur soumettre les rapports des médecins des épidémies, des inspecteurs des eaux minérales et des vaccinateurs; enfin, d'organiser aux frais de l'Etat, des départements et des communes la médecine des indigents dans les communes rurales.

En dernier lieu, et ce vœu suffirait malheureusement pour motiver les hésitations du Parlement, il y aurait lieu de rémunérer équitablement les travaux des membres de tous ces Conseils, et d'augmenter leur nombre par l'adjonction de médecins, de chimistes et de pharmaciens.

De quelque avis que l'on soit sur ces réformes dont l'urgence a été reconnue, on ne saurait trop apprécier la remarquable brochure de notre distingué confrère et l'esprit très pratique dont elle s'inspire. Seulement, comme on l'a répété souvent, décréter l'hygiène est bien, la faire pénétrer dans les mœurs serait mieux. De nouvelles fonctions et de nouveaux fonctionnaires auront-ils donc ce souverain pouvoir? — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action anesthésique locale de la brucine et de la théine. (*Therapeutic Gazette*; juillet 1886.) — Nous avons déjà signalé la nouvelle propriété que l'on aurait découverte à la brucine de produire, par son application dans certaines régions, une sorte d'anesthésie locale plus ou moins analogue à celle que produit la cocaïne. La théine posséderait également, dans une certaine mesure, des propriétés semblables.

Il y a à peu près douze mois que le docteur Thomas J. Mays (de Philadelphie) a le premier attiré l'attention sur ces nouvelles particularités. Cet auteur aurait constaté qu'une solution de brucine à 5 ou 10 pour 100 serait capable de faire disparaître la sensation piquante et chaude provoquée sur la langue et les lèvres par le contact du poivre de Cayenne, de même que le prurit consécutif à une application sur la peau d'huile de croton, ou la sensation de brûlure produite par un sinapisme. Des expériences

cliniques déjà nombreuses auraient mis hors de doute les propriétés calmantes qu'exercerait la brucine sur les sensations prurigineuses siégeant à l'anus et à la vulve.

Le docteur Veiss (de Philadelphie) a employé la brucine dans le furoncle douloureux du conduit auditif externe, dans les douleurs vagues dont ce conduit est quelquefois le siège au toucher ou spontanément et presque toujours en relation avec un état congestif de l'appareil auditif, ou la présence d'un bouton d'acné plus ou moins furonculeux du canal, dans les otites externes ou moyennes suppurées. Il a encore employé la brucine en vue de mitiger ou d'abolir la douleur ou la sensation de brûlure provoquée par les applications caustiques dans la gorge ou les fosses nasales, et presque toujours, suivant ce praticien, l'emploi de la brucine aurait donné un soulagement marqué. Les effets de la brucine sont moins passagers que ceux de la cocaïne, mais ils sont moins certains et moins constants. Quant à la théine, le docteur Mays, de ses expériences sur les grenouilles, conclut qu'elle paralyse les nerfs sensitifs du centre vers la périphérie, contrairement à la brucine, qui procéderait dans son action de la périphérie au centre

De ses investigations cliniques, le docteur Mays croit pouvoir affirmer que l'action de ces deux agents sur l'homme est analogue à l'action sur les grenouilles.

Dans 39 cas d'affections douloureuses où la théine a été administrée, non seulement le soulagement a été presque instantané, mais la guérison obtenue pour la majorité des malades. La plupart étaient atteints d'affections névralgiques : névralgies sciatique, intercostale, cervico-brachiale, sacro-lombaire et douleurs rhumatismales (ou rhumatoïdes). L'alcaloïde a été donné en injections sous-cutanées à la dose de 3 à 15 centigrammes (1/2 grain à 2 grains 1/2) pratiquées dans les points les plus rapprochés de l'origine centrale du ou des nerfs intéressés. L'un des points les plus remarquables de l'action de la théine est l'anesthésie localisée au-dessous du siège de l'injection (1).

Quant aux suites de l'absorption de la théine dans l'économie, l'auteur n'aurait observé aucun effet qui permît de conclure à un trouble quelconque provoqué par la théine, même à hautes doses, sur le système nerveux général.

La théine paraît exercer principalement son action sur le tronc des nerfs de la région au point de l'injection et de là le long de ses branches de distribution. Les phénomènes de l'absorption et de la diffusion par l'intermédiaire de la circulation restent sur un plan secondaire.

Cette action localisée de la théine lui assurerait un immense avantage sur la morphine, l'atropine, le chloral et autres anesthésiques ou hypnotiques qui n'agissent qu'en influençant tout le système nerveux central. La théine paraît agir aussi très rapidement comme anesthésique. Les malades souffrant des plus horribles douleurs névralgiques pourraient être soulagées complètement en moins de cinq minutes, et il serait très rare de voir les douleurs reparaître avant dix ou douze heures après l'injection. Quelquefois elles ne réapparaîtraient que vingt-quatre heures après l'injection, et même amoindries.

Ce sujet intéressant appelle de nouvelles observations et la confirmation par l'expérimentation française. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Maurice Letulle adresse une note intitulée : *Recherches expérimentales sur l'intoxication mercurielle. Lésions des nerfs périphériques dans cette intoxication.*

(1) Ce point est, en effet, des plus intéressants, car il concorde avec une observation absolument analogue faite dans des travaux russes à propos de la cocaïne. Il aurait été constaté qu'après l'injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne, l'anesthésie s'étend surtout le long des filets nerveux de la région en suivant une direction centrifuge, tandis qu'en amont du point où on pratique l'injection, l'anesthésie se diffuse moins loin. (Voir *Union médicale*, 1886.)

BIU Santé

« J'ai observé, dans les services hospitaliers placés sous ma direction, un certain nombre de malades atteints d'hydrargyrisme chronique professionnel. Les accidents paralytiques causés par cette intoxication ont surtout fixé mon attention. Leurs caractères essentiels peuvent se grouper ainsi : localisation fréquente à un ou plusieurs membres ; conservation des signes normaux de la contractilité faradique et galvanique ; absence d'amyotrophie ; persistance des réflexes tendineux ; coexistence de troubles sensitifs et de paralysies motrices dans les régions atteintes.

« Les mêmes phénomènes moteurs et sensitifs ont été retrouvés par moi, qu'elle qu'ait été la cause de l'intoxication, même avec le mercure métallique, comme l'ai pu m'en assurer en étudiant les maladies des mineurs, lors de mon séjour à Almaden.

« Le rapprochement qui s'offrait entre ces accidents et les paralysies saturnines ne m'a pas empêché de constater des dissemblances symptomatiques me faisant arriver à deux conclusions : 1° les paralysies mercurielles localisées indiquent l'existence de lésions matérielles circonscrites aux nerfs périphériques ; 2° les différences symptomatiques évidentes entre les paralysies saturnines et hydrargyriques autorisent à admettre l'existence d'altérations non identiques, peut-être spéciales au mercure.

« Désireux de confirmer mon raisonnement par des preuves anatomo-pathologiques, j'ai dû, faute de nécropsie humaine, tâcher de reproduire sur les animaux l'hydrargyrisme chronique. Dans ce but, j'ai fait des injections sous-cutanées de sublimé, soit au voisinage d'un tronc nerveux, soit à distance, et des inhalations de nitrate acide de mercure ou de mercure métallique. Les nerfs qui ont subi l'atteinte directe de doses infinitésimales de sublimé présentent des altérations régressives caractérisées par la fragmentation de la myéline en poussière de plus en plus ténue et sa résorption amenant la vacuité de la gaine de Schwann ; l'intégrité du cylindraxe et du noyau segmentaire et leur isolement au milieu du segment interannulaire émacié ; bref, absence de lésions inflammatoires, tous les désordres se résumant en une dénutrition rapide d'un certain nombre de segments interannulaires successifs.

« Chez d'autres animaux lentement intoxiqués par la méthode sous-cutanée ou par les voies respiratoires, les nerfs périphériques m'ont montré des altérations matérielles identiques aux précédentes, mais beaucoup plus tardives. Il ne s'agit pas de lésions inflammatoires, mais de troubles trophiques portant spécialement sur la myéline, dont la régression et la disparition progressives ne s'accompagnent que de modifications peu notables du noyau segmentaire et respectent longtemps l'intégrité du cylindraxe. Ces lésions sont également *segmentaires*, selon la dénomination de M. A. Gombault ; elles se localisent à plusieurs segments interannulaires successifs, sans atteindre dans sa totalité la continuité du tube nerveux. Elles sont, en outre, *péri-axiles*, en ce sens que le cylindraxe résiste un temps très long aux altérations qui frappent ses enveloppes.

« On peut résumer ainsi la progression des lésions : au début, la myéline, devenue diffluente, subit dans la gaine, sous l'action des réactifs, un retrait notable et met à nu le cylindraxe au voisinage des étranglements annulaires, tandis qu'au milieu du segment, elle s'est normalement coagulée. Souvent aussi elle a formé un grand nombre de boules de 5 à 10 μ ou bien elle présente un fond gris pâle sur lequel tranche un pointillé noirâtre (état sablé) ; autant d'aspects exceptionnels dans les nerfs sains, et qui semblent indiquer déjà des modifications dans la composition chimique de la graisse de constitution.

« Bientôt, la myéline, profondément altérée, pâlit davantage. Souvent, le segment interannulaire se tuméfie tout entier (tuméfaction pâle), donnant ainsi l'apparence d'une myéline de plus en plus pauvre en graisse. Tous les autres éléments du segment restent encore normaux. Plus tard, la myéline segmentée, réduite par endroits à l'état pulvérulent, formera dans la gaine de Schwann, partiellement vidée, des îlots fusiformes, concentrés autour du noyau segmentaire tuméfié et destinés à disparaître à leur tour.

« Un jour enfin (bien tardivement, à en juger par mes expériences, qui dépassent déjà quatre mois), le tube, émacié, filiforme, ne montre presque plus trace de son ancienne structure ; à peine voit-on de distance en distance quelque pâle fragment de myéline, quelque noyau atrophié permettant de soupçonner le milieu d'un ancien seg-

ment interannulaire : le filament axile ne s'isole plus bien. Dans ce cas, on doit se demander si, l'animal survivant, le bout périphérique d'un tube nerveux, ainsi lésé, n'était pas condamné à la dégénérescence wallérienne.

« Le rapide exposé qui précède montre combien les lésions décrites par M. A. Gombault, dans son remarquable mémoire sur les névrites saturnines, sont dissemblables des altérations nerveuses que je viens de signaler. Ici, en effet, pas de lésions inflammatoires, même subaiguës, pas de prolifération du noyau, pas de tuméfaction du protoplasma, pas d'étranglement du cylindraxe dans la gaine de Schwann, pas ou peu de lésions wallériennes secondaires. Toutefois il se fait, ici aussi, une régénération rapide de la myéline altérée par le mercure : c'est ce qui m'a paru souvent démontré, chez les animaux empoisonnés depuis longtemps, par la présence d'un très grand nombre de tubes grêles et pâles, mais munis de noyaux volumineux.

« Avant de conclure, je fais les réserves les plus formelles au sujet des altérations de la moelle et de l'encéphale dans l'hydrargyrisme chronique, ne voulant pas les étudier dans la présente note.

« Je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

« 1° Les paralysies mercurielles diffèrent des paralysies saturnines par plusieurs caractères importants : la conservation de la contractilité électrique normale, l'absence d'amyotrophie, la persistance des réflexes tendineux.

« 2° Les lésions mercurielles des nerfs périphériques ont pour caractère spécial la destruction progressive de la myéline avec conservation, peut-être indéfinie, du cylindraxe, et ce sans prolifération des noyaux. Ces altérations trophiques sont segmentaires et péri-axiles.

« Mes recherches expérimentales expliquent peut-être et la physionomie clinique des paralysies mercurielles localisées et leur grande curabilité. »

Voici le texte de la note de M. Ranvier que nous avons mentionnée dans notre précédent bulletin. Il s'agit des muscles rouges et des muscles blancs chez les rongeurs.

« Il y a, entre les deux grands groupes qui divisent les rongeurs, les simplicidentés (rats, écureuil, cochon d'Inde) et les duplicidentés (lapin, lièvre), de grandes différences d'organisation. Tout dernièrement, j'ai signalé une de ces différences, que je rappellerai en quelques mots : chez les simplicidentés, il y a trois paires de glandes salivaires sus-hyoïdiennes, les sous-maxillaires, les sublinguales et les rétrolinguales, tandis que les duplicidentés ne possèdent pas de rétrolinguales, mais seulement des sous-maxillaires et des sublinguales.

« Lorsque l'on connaît les faits qui relient si étroitement entre eux les duplicidentés et les éloignent des simplicidentés, ce n'est pas sans étonnement que l'on constate que, chez le lièvre, tous ces muscles paraissent également rouges, alors que, chez le lapin et le cochon d'Inde, il y a des muscles rouges et des muscles blancs. Il existe des muscles rouges et des muscles blancs aussi bien chez le lapin sauvage que chez le lapin domestique.

« Avant d'aller plus loin, je dois rappeler que, par des recherches déjà anciennes, dont les résultats ont été généralement admis, j'ai montré que l'on observe, chez certains vertébrés, des muscles de la vie animale de deux espèces, qui diffèrent non seulement par la couleur, mais encore par d'autres caractères importants. De ces derniers caractères, ceux qui sont relatifs aux noyaux des pinceaux primitifs sont les plus faciles à reconnaître. Les noyaux sont nombreux dans les muscles rouges et forment sous le sarcolemme des séries longitudinales.

« Ils sont logés dans des sillons qui pénètrent profondément dans la substance striée des faisceaux musculaires. Quelques-uns d'entre eux, occupant des régions encore plus profondes, sont complètement entourés de substance striée, et dès lors sont situés, non plus à la surface, comme ils le sont tous dans les muscles blancs, mais dans l'épaisseur même des faisceaux.

« Cela étant dit, comparons quelques-uns des muscles du lapin et du lièvre. Chez le lapin, le demi-tendineux et le soléaire sont des mucles rouges ; le grand adducteur et les jumeaux sont des muscles blancs. Chez le lièvre, bien que ces divers muscles parais-

©BIU Santé

sent tous également rouges, le grand adducteur et les jumeaux ont la structure des muscles blancs du lapin, tandis que le demi-tendineux et le soléaire ont la constitution histologique des muscles rouges. J'ai même trouvé, dans le demi-tendineux du lièvre, des noyaux compris dans l'épaisseur des faisceaux primitifs, en bien plus grand nombre que dans le même muscle du lapin.

« Des faits exposés dans cette note, il ressort que certaines questions d'anatomie comparée, d'autant plus importantes qu'elles sont plus générales, ne sauraient être résolues sans le secours de l'analyse histologique. »

VARIÉTÉS

LA MALADIE DES TRIEURS DE CHIFFONS.

Il y a quelque temps, cette maladie a été l'objet des communications de MM. Schultz, Kraimhals, Herrgaven et Radecki à la Société médicale de Riga. Ces observateurs ont suivi une épidémie qui sévissait parmi les femmes employées au triage des chiffons dans une manufacture de papier de Ligat.

Le 25 avril, une ouvrière était atteinte; le 28, on comptait sept malades qui succombèrent. Les premiers symptômes consistaient en frissons, élévation thermique considérable et malaise général. L'appétit se perdait; il survenait de la céphalalgie, de la dyspnée, de la petitesse du pouls et une toux fatigante accompagnée d'une expectoration modérée.

Quand la terminaison fatale menaçait, la température s'abaissait, le pouls s'affaiblissait encore, et on observait de la cyanose et du collapsus. A l'autopsie, on constatait la décomposition rapide des tissus, des épanchements dans le médiastin, la plèvre et le péricarde; la tuméfaction des ganglions bronchiques et de la rate. Les poumons étaient distendus et exsangues. M. Kraimhals étudia ces lésions au point de vue histologique et trouva dans le sang des microbes appartenant à trois variétés différentes : les uns identiques aux bacilles décrits par Koch dans l'œdème malin; les autres disposés en chaînettes; enfin, ceux de la troisième variété, ayant l'aspect de cocci. Le plus grand nombre de ces microbes occupait le parenchyme pulmonaire, les glandes bronchiques et le tissu cellulaire du médiastin.

Injecté sous la peau du chien, le liquide de l'épanchement pleural provoque un œdème malin type et la mort en trois jours. Enfin, la culture de ces produits sur l'agar-agar permit de constater l'identité de ces micro-organismes avec les microbes de l'œdème malin descrits par Koch et Hesse. C'est dire que M. Kraimhals considère la maladie des trieurs de chiffons comme identique à l'œdème malin. — C. L. D.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LES MOIS DE NOVEMBRE ET DE DÉCEMBRE 1886.

Pitiot (E.) : Des déformations de la région fessière et en particulier de l'abaissement du pli fessier comme élément du diagnostic de la sciatique. — Simonnin (Jules) : Etude sur la nature et la proportion des acides du liquide gastrique dans quelques états pathologiques de l'estomac. — Jantet (Emile) : Dilatation rapide et uréthrotomie interne. — Devic (E.) : Des rechutes dans la fièvre typhoïde d'après 33 observations nouvelles avec tracés thermométriques. — Durantin (Albert) : Contribution à l'étude des déchirures du poumon. — Violette (Alexandre) : Des cicatrices cutanées au point de vue médico-légal. — Riche (Joseph) : Du traitement hydrothérapique de la variole. — Keim (Maurice) : De la fatigue et du surmenage au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale. - Poulain (A.) : Souvenirs d'un séjour à Sainte-Marie-de-Madagascar. — Marion (Joseph) : Etude sur l'emploi de l'acétanilide dans quelques affections fébriles et dans certains états nerveux. — Collet (Joseph) : Étude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal. — Castelli (J.-E.) : Contribution à l'étude des œdèmes aigus chirurgicaux.

FORMULAIRE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA GOUTTE. — H. Rendu.

S'il s'agit d'un adulte à tempérament goutteux, on lui conseille un régime alimentaire modéré, composé d'aliments mixtes, viande, légumes, fruits (éviter les tomates et l'oseille). Pour boisson, du vin ou de la bière légère, fortement additionnés d'une eau peu minéralisée; ni café, ni liqueurs, ni alcool, ni vin pur. — Activer les combustions interstitielles à l'aide des exercices musculaires modérés, des bains chauds de courte durée et pas trop souvent répétés, des frictions sèches, du massage. — Aux sujets jeunes, à peine touchés par la goutte, on recommande l'hydrothérapie, qui devient pour eux un puissant moyen de reconstitution générale. — Vêtements chauds, flanelle en toute saison; habiter autant que possible un pays chaud et sec; éviter les fatigues intellectuelles et les excès de toute nature. — N. G.

COURRIER

La Faculté de médecine de Lille a chargé MM. Baudry, professeur, et Assaky, agrégé, de la représenter à la réunion annuelle des délégués des Facultés de médecine.

Les agrégés de la Faculté de Lille ont envoyé à M. le ministre de l'Instruction publique une lettre de protestation contre le décret du 30 juillet. Les professeurs titulaires se sont associés à cette démarche en contre-signant la pétition.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guyet, âgé de trente-sept ans, trésorier de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance; Lapeyre et Le Houx, à Nantes; Pescheux, à Verneuil, et Rambaud, ancien prosecteur des hôpitaux.

— La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique), réunie en assemblée générale, le 28 décembre 1886, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1887 :

Président, M. le docteur Dujardin-Beaumetz; vice-présidents, MM. Claude (des Vosges), Levasseur et Walther; secrétaire général, docteur A. Motet; secrétaires généraux adjoints, MM. les docteurs Decaisne et Bouchereau; secrétaires des séances, MM. les docteurs Charpentier et Audigé; bibliothécaire-archiviste, docteur Philbert; trésorier, M. Jules Robyns.

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

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées avant le 30 janvier 1887, rue Bridaine, 5, à M. Jules Robyns, trésorier de la Société, où sont également reçues les adhésions.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Taty (J.-M.), ancien interne de l'asile de Bron, est nommé pour 2 ans chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lemoine, appelé à d'autres fonctions; — M. le docteur Laffitte, directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Luc, près Pau, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur-médecin en chef honoraire; — M. le docteur Marandon de Montyel, directeur-médecin en chef de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Luc; — M. le docteur Dumas, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Dijon, et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.);

— M. le docteur Nollet médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin-adjoint à l'asile Saint-Venant (Pas de-Calais), en remplacement de M. le docteur Vidal; — M. le docteur Bellat, médecin-adjoint à l'asile de Premontré, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Dijon. (*Progrès médical.*)

Retraite de M. Chevreul. — M. Chevreul vient de donner sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle. On annonce qu'il va aussi quitter l'Académie des sciences, désirant se retirer à Dijon dans sa famille. (*Progrès Médical.*)

— Le docteur H. Picard, commencera le lundi 17 janvier, à six heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, six leçons *sur le rétrécissement de l'urèthre*, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

État numérique des officiers de santé, des sages-femmes de 1re et de 2e classe reçus par les Facultés, les jurys médicaux et les Écoles préparatoires, de 1803 à 1885 :

a) *Officiers de santé.*

Paris, de 1807 à 1885	2.801
Bordeaux, de 1879 à 1885	45
Lille, de 1877 à 1885	110
Lyon, de 1878 à 1885	8
Montpellier, de 1803 à 1885	1.037
Nancy, de 1873 à 1885	18
Strasbourg, de 1802 à 1870	205
	4.222
Jurys médicaux, de 1803 à 1854	10.131
Ecoles préparatoires, de 1855 à 1885	2.587
Total	16.940

b) *Sages-femmes de 1re classe.*

Paris, Faculté, de 1801 à 1885	2.839
— Maternité, de 1838 à 1885	1.401
Bordeaux, de 1879 à 1885	175
Lille, de 1877 à 1885	48
Lyon, de 1877 à 1885	167
Montpellier, de 1801 à 1885	1.535
Nancy, de 1874 à 1885	28
Strasbourg, de 1802 à 1885	48
Total	6.241

c) *Sages-femmes de 2e classe.*

Facultés de médecine, de 1803 à 1885	9.328
Jurys médicaux, de 1803 à 1854	15 561
Ecoles préparatoires, de 1855 à 1885	8 182
Total	33.071

(*Lyon médical.*)

Nous voyons employer avec succès l'albuminate de fer (*liqueur de Laprade*) contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques. Les résultats sont remarquables contre les irrégularités de la menstruation. Nous préférons la forme de liqueur, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Dubuc : De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie. — II. Ch. Éloy : Un nouvel hypnotique. — Le méthylal. — III. Bibliothèque : L'art des jardins. — IV. Revue des Journaux : Sur la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré. — Contribution à l'étude des névrites périphériques chez les tabétiques. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 novembre 1886,

Par M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

Tels sont les faits. Il ressort de leur étude cette notion, que la cocaïne est d'une incontestable utilité dans l'opération de la lithotritie.

Elle est utile de deux façons en atténuant considérablement ou même en supprimant la douleur, ainsi qu'en témoignent les malades chez lesquels on a recours à son emploi, après les avoir opérés à une époque antérieure sans le secours d'aucun agent anesthésique. Trois des miens étaient dans ce cas.

Elle a encore un autre genre d'utilité, c'est de supprimer la tendance de la vessie à se contracter; cela facilite les prises et permet de faire dans d'excellentes conditions de la lithotritie rapide à séances prolongées.

Quelles sont les doses de cocaïne à employer?

Cette question se subdivise elle-même en deux autres, à savoir : la quantité de solution à mettre en usage et le titre de cette solution.

La quantité de solution me semble devoir être d'au moins 30 grammes. J'ajoute que cette quantité me paraît suffisante.

J'ai fait deux fois des séances d'opération avec 15 grammes de solution et une fois avec 10 grammes seulement; j'ai constaté que, dans ces conditions, l'analgésie était beaucoup moins complète qu'avec la quantité susindiquée, probablement parce que tous les points de la muqueuse répondant au champ opératoire n'avaient pas été touchés.

Quant au titre de la solution, il convient d'établir deux catégories de cas :

Ceux dans lesquels la muqueuse vésicale ne possède pas son intégrité; il en est ainsi chez les prostatiques, par exemple, qui sont atteints de pierres phosphatiques, nées sur place, comme conséquence d'une cystite chronique. Il existe dans ces vessies de la desquamation épithéliale plus ou moins étendue, et, par suite, l'absorption peut s'y exercer avec une certaine intensité.

J'estime que, dans ces circonstances, il faudra se servir d'une solution à 4 ou 5 p. 100, de préférence à 5 p. 100. Bien entendu, on pourra rencontrer des lésions aussi caractérisées avec des calculs d'acide urique, et, dans ces cas-là, il conviendra également de se contenter d'une solution à 5 p. 100.

Du reste, c'est l'examen attentif de l'urine qui, rapproché des troubles fonctionnels vésicaux, fournira les meilleurs indices sur l'état de la muqueuse.

Dans l'autre catégorie de cas où la muqueuse vésicale a conservé son intégrité, et alors l'urine est limpide ou tout au moins ne renferme en suspension qu'un léger nuage formé de mucus et de quelques détritus épithé-

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

©BIU Santé

liaux, j'estime qu'on aura avantage à employer une solution plus concentrée; celle à 10 p. 100 me semble convenir dans ces circonstances.

Chez l'opéré de l'observation n° 5, j'ai une fois employé une solution à 15 p. 100; j'ai ainsi injecté en une fois *cinq grammes vingt-cinq centigrammes* de cocaïne dissous dans 35 grammes d'eau; mais, au bout de six minutes, il s'est produit des phénomènes d'absorption assez intenses pour que j'aie cru prudent d'évacuer sans retard la solution contenue dans la vessie; celle-ci, cependant, rentrait dans la catégorie de celles qu'on peut qualifier de saines.

Chez le même opéré, j'ai, deux autres fois, employé *trois grammes* de cocaïne en dissolution dans 30 grammes d'eau sans qu'il en soit résulté aucun trouble fonctionnel dû à l'absorption; le résultat analgésique a été favorable.

M. Eug. Bœckel (1) a employé la solution à 15 p. 100 et dit qu'elle lui a procuré une insensibilité de la vessie pendant près d'une demi-heure.

Il donne le conseil d'injecter dans la vessie 40 à 50 grammes de cette solution, ce qui correspond à la dose considérable de *six grammes à sept grammes cinquante centigrammes de cocaïne*. Il dit n'avoir jamais observé le moindre accident d'intoxication. Le fait qui m'est personnel prouve que les choses ne se passent pas toujours ainsi; il doit rendre prudent dans l'emploi des doses très élevées.

Je sais bien qu'on a, en pareil cas, la ressource de vider immédiatement la vessie et de supprimer ainsi toute absorption ultérieure. Toutefois, comme avec la solution à 10 p. 100, je n'ai, jusqu'à présent, rencontré aucun phénomène d'intoxication dans les vessies saines, et que j'ai obtenu des résultats analgésiques favorables, je donne formellement le conseil de ne pas dépasser cette limite.

Par contre, une solution titrée à 5 p. 100 est manifestement insuffisante pour ces mêmes vessies. Chez le malade de M. Hardy, par exemple, où l'urine était d'une limpidité absolue, la solution à 5 p. 100 n'a produit qu'un effet analgésique incomplet; je suis convaincu que j'aurais eu avantage à employer chez lui la solution à 10 p. 100; mais, à ce moment-là, mon expérience personnelle dans le maniement de la cocaïne était moins grande qu'aujourd'hui.

Je désire ajouter quelques mots sur le mode d'emploi de la cocaïne.

Il faut, bien entendu, commencer par faire sortir toute l'urine contenue dans la vessie et, si celle-ci est enflammée, faire un lavage de la cavité avec la solution d'acide borique; puis, on injecte la solution tiède de cocaïne au titre dont on a fait choix.

Il faut réserver une portion de la solution pour baigner le col de la vessie et la région prostatique; 2 ou 3 grammes suffisent pour cette partie du programme. Ils ne sont pas perdus pour l'analgésie de la vessie, puisqu'ils vont tomber dans la cavité après avoir imprégné les régions sus-mentionnées; pour le reste de la muqueuse uréthrale, quelques gouttes suffisent; celles-là ressortent par le méat urinaire.

On peut, dans ce temps de l'injection, se servir de la sonde pendant qu'on la retire de la vessie.

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, avril 1886, et le numéro du 15 juin 1886, p. 381 des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, où l'observation de M. Bœckel se trouve résumée.

Je donne la préférence, en ce qui me concerne, au petit appareil à instillation du professeur Guyon.

La sonde qui a servi à l'injection vésicale une fois enlevée, je fais pénétrer la boule perforée de l'instillateur dans la région prostatique et je laisse tomber en ce point, goutte par goutte, la solution de cocaïne réservée (2 à 3 grammes), de façon à ce qu'elle baigne lentement et complètement toute la partie profonde de l'urèthre, y compris le col vésical. Il importe, en effet, d'analgésier d'une façon bien complète la muqueuse du col où la sensibilité existe au maximum.

L'injection terminée, je fais prendre au malade des positions variées, de façon à établir le contact de la solution avec les différents points de la muqueuse, qui vont répondre au champ opératoire.

Au bout de huit minutes, si j'ai employé la solution faible; de six minutes, si j'ai employé la solution forte, j'ajoute dans la vessie, sans enlever la solution de cocaïne, 90 à 100 grammes de solution d'acide borique, de façon à avoir une quantité de liquide suffisante pour manœuvrer facilement; puis j'introduis le lithotriteur aussitôt après et je procède au broiement.

L'action analgésiante de la cocaïne se maintient pendant une vingtaine de minutes aux doses que j'ai indiquées.

Outre les accidents d'absorption que j'ai signalés chez l'opéré de l'observation V,et sur lesquels il est inutile de revenir, j'ai noté chez l'opéré de l'observation I, dont la vessie est malade, un sentiment de lassitude, d'anéantissement dû bien certainement à l'action de la cocaïne, puisque, dans les dernières séances, il s'est manifesté six à huit minutes après l'injection, avant l'introduction du lithotriteur.

Chez un malade dont l'histoire a beaucoup d'analogie avec celle de mon opéré de l'observation I (il s'agit aussi de pierres phosphatiques récidivantes dans une vessie altérée), notre collègue le docteur Delefosse, qui, comme moi, a eu à se louer de l'emploi de la cocaïne, a constaté, à la suite de l'injection d'une solution faible, mais employée en quantité assez considérable (50 grammes d'une solution à 3 p. 100), des accidents d'absorption consistant en nausées, pâleur du visage, vomissements glaireux, après quoi tout est rentré dans l'ordre. Je ferai remarquer que, chez beaucoup de sujets, le chloroforme produit des accidents tout aussi caractérisés et que, sous ce rapport, il n'offre aucune supériorité sur la cocaïne.

En faisant cette nouvelle communication sur l'utilité de la cocaïne, je suis bien loin de me poser en adversaire du chloroforme dans l'opération de la lithotritie.

Je reconnais que cet agent anesthésique conservera toute sa supériorité pour les pierres volumineuses et dures dont on voudra débarrasser la vessie en une seule fois avec l'aide de l'aspiration.

Mais, j'ai acquis la certitude expérimentale que, dans le broiement des pierres petites, et même de celles d'un volume moyen, dont le poids n'excède pas 10 à 12 grammes, par exemple, la cocaïne rend un service signalé en analgésiant la muqueuse de la vessie d'une façon suffisante pour permettre d'exécuter des séances de quinze à vingt minutes de durée.

J'ajoute que, même pour les pierres volumineuses, lorsqu'il y aura contre-indication à l'emploi du chloroforme, il vaudra mieux recourir à la cocaïne que d'agir sans le secours d'aucun agent anesthésique.

Enfin, chez les vieillards ayant dépassé 80 ans, où le seul fait de l'âge

©BIU Santé

avancé semble constituer une contre-indication à l'emploi du chloroforme, comme l'a reconnu M. Guyon dans sa communication au dernier Congrès français de chirurgie (séance du 18 octobre, soir), la cocaïne pourra être encore utilisée avec un avantage marqué.

Je n'ai pas, jusqu'à présent, fait usage de l'aspiration à la suite des séances pratiquées avec l'aide de la cocaïne ; mais, comme je m'attache à pousser le broiement aussi loin que possible, le lavage consécutif avec une sonde évacuatrice un peu grosse, dont le calibre varie, suivant les cas, du n° 23 au n° 26, m'a toujours suffi pour obtenir la sortie facile des fins débris qui résultent de la séance.

Un nouvel hypnotique. — Le méthylal.

Ses propriétés physiologiques et ses usages thérapeutiques.

C'est à la famille des acétals que les thérapeutes demandent depuis quelque temps de nouveaux agents susceptibles de produire l'hypnose. Le méthylal possède la même parenté ; les chimistes le connaissent depuis 1839, époque où notre compatriote Malaguti l'isola pour la première fois. Il a fait l'objet des récentes recherches d'un jeune expérimentateur italien, M. Etienne Personali et de la note *Sulli azione fisiologica del metilal e sul suo povere ipnotico* qu'il publiait en juin dernier à la page 295 du *Giornale della Real Academia di Medicina di Torino*.

Le méthylal se retire de l'alcool méthylique sous forme d'un liquide incolore, mobile, réfringent, qui rougit le papier de tournesol, et produit, par son évaporation sur la peau ou sur la langue, une sensation de fraîcheur. C'est dire qu'il est très volatil, En effet, à la température ordinaire, il dégage des vapeurs odorantes et peu inflammables. Il bout à 42 degrés et possède une densité de 0,85 environ. L'eau, l'alcool et les huiles le dissolvent, de sorte qu'il peut aisément s'administrer par la voie stomacale ou sous forme d'injections hypodermiques. Cependant, la potasse le transformant en formiate, il y aurait sans doute inconvénient à le prescrire en présence des alcalis.

L'histoire de ses propriétés physiologiques est courte. Elle consiste seulement dans les expériences de M. Personali sur cinq grenouilles, trois lapins, une souris blanche, un pigeon, trois chiens et un cobaye. A défaut du nombre, ces expériences ne manquent pas de variété.

Tous ces animaux ont, paraît-il, été sensibles à l'action du méthylal, administré soit par la voie sous-cutanée, soit par l'ingestion stomacale, soit par des inhalations. Par cette dernière méthode, l'absorption a été plus rapide et la période d'excitation initiale plus courte.

Cette période fait défaut chez les batraciens. En tout cas, l'action hypnotique serait la même, quelle que soit l'espèce animale et le sommeil se produirait rapidement après une dose de 50 p. 100 de leur poids chez les grenouilles, de 25 p. 100 chez les lapins, de 20 p. 100 chez les oiseaux et de 10 à 16 p. 100 chez les chiens. Une dose de un gramme et demi à deux grammes a été mortelle pour le pigeon.

Le sommeil est profond et la réflectivité suspendue. Pendant la durée du sommeil, les mouvements respiratoires diminuent de fréquence, mais augmentent d'amplitude, tandis que l'excitabilité des nerfs et des muscles au galvanisme ne paraît pas modifiée.

L'élimination du méthylal serait rapide, mais M. Personali ne fait pas connaître les voies qu'elle emprunte. Il modifie l'activité du cœur, augmente la fréquence de ses battements pendant toute la durée de l'hypnose ; phénomène qui établit une différence entre le sommeil chloralique et le sommeil provoqué par le méthylal. Au moment du réveil, on constate le retour du rhythme normal.

Cette substance baisse la pression sanguine et cet abaissement s'accompagnait d'une augmentation des pulsations cardiaques du chien sur lequel l'expérimentateur italien

opérait. En même temps, la colonne thermométrique s'abaisse, de sorte qu'en modifiant la circulation et la respiration, le méthylal atténue l'activité des échanges dans les tissus.

A l'exemple de Cervello, établissant l'antagonisme de la paraldéhyde et de la strychnine et de M. Dujardin-Beaumetz, recommandant la strychnine contre l'intoxication alcoolique, M. Personali a voulu vérifier l'action du nouvel hypnotique sur le cobaye empoisonné par cet alcaloïde.

En administrant le méthylal aux animaux à sang chaud dès le début des accidents strychniques, on arrête les convulsions tétaniques et l'animal peut survivre, le poison ayant eu le temps de s'éliminer. Chez les animaux à sang froid, où l'élimination demande un temps plus considérable, les phénomènes toxiques sont suspendus pendant toute la durée de l'action du méthylal. Ils reparaissent quand cette dernière est épuisée; on est donc en droit de conclure à l'analogie de ces faits avec les phénomènes d'antagonisme de la paraldéhyde et de la strychnine.

En résumé, les notions physiologiques sur le méthylal sont encore peu nombreuses. Néanmoins, on le propose déjà à titre d'hypnotique, d'anesthésique et d'antinévralgique. On lui attribue l'avantage d'une action prompte, d'une élimination rapide, d'une innocuité relative sur le muscle cardiaque, et enfin de l'absence de troubles gastriques ou autres au moment du réveil. C'est conclure avec précipitation, puisque les tentatives cliniques suffisamment multipliées font défaut.

Le *mode d'administration* du méthylal serait aisé : qu'on adopte la méthode hypodermique ou qu'on l'ingère par la voie stomacale. Dans un article analytique tout récent du journal les *Nouveaux remèdes*, M. Nicot en propose les formules pharmaceutiques. A l'extérieur, on pourrait l'incorporer à l'huile d'amandes douces sous forme de liniment contenant 85 grammes d'excipient pour 15 grammes de méthylal, ou bien à l'alcool à 80, dans la proportion de 10 grammes de substance active pour 110 grammes d'alcool et 5 grammes d'essence de lavande.

Une pommade au méthylal pourrait renfermer 33 grammes de corps gras et 5 grammes du médicament et une mixture odontalgique, 8 grammes de baume tranquille et 2 grammes de méthylal. Enfin, M. Nicot formule une potion où 1 gramme de substance active serait mélangé à 150 grammes d'eau et de sirop de groseille; un sirop en renfermant 1 gramme 1/2 pour 100 grammes de sirop de sucre, et un lavement dans lequel 125 grammes d'eau gommeuse véhiculeraient 1 gramme de ce corps.

On pourrait aisément multiplier ces formules. Mais l'inépuisable ingéniosité des pharmacologistes ne suffit pas pour assurer l'avenir et le succès du nouvel hypnotique. Il lui faut l'appui d'essais physiologiques plus nombreux et la sanction des faits cliniques; jusqu'à présent, il n'appartient qu'au laboratoire, et il serait téméraire de porter sur lui un jugement définitif.

Ch. Éloy.

BIBLIOTHÈQUE

L'art des jardins. — Parcs, jardins, promenades. Etude historique. Principes de la composition des jardins, plantations, etc., par M. le baron Ernouf. 3e édition entièrement refondue avec le concours de M. Alphand, directeur des travaux de la ville de Paris, ouvrage orné de 510 illustrations. 1 vol. in-4° de 364 pages. Paris, J. Rothschild (sans date).

Connaissez-vous, lecteurs, la rue Visconti, ci-devant rue des Marais-Saint-Germain? Elle va de la rue de Seine à la rue Bonaparte. C'est une petite rue étroite, sombre, où le soleil ne pénètre guère et où, par conséquent, le pavé ne sèche pas souvent. Racine y demeurait, et notre ancien ami Jeannel aussi (même maison). Le peintre Eug. Delacroix également l'a habitée, ainsi que bien d'autres personnages ou illustres ou honorables. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Il s'agit de la surprise que l'on éprouvait quand, monté aux étages supérieurs des maisons du côté gauche, on regardait du côté opposé à la rue. On avait sous les yeux le grand espace circonscrit par les rues de Seine,

Jacob et Bonaparte, et cet espace était occupé par des jardins qui paraissaient d'autant plus beaux qu'ils étaient imprévus. Il en était de même, à une certaine époque, dans tous les quartiers de Paris; les rues n'étaient que des ruelles, la plupart infectes; quelques-unes pouvaient passer pour des égouts, ou pour des fossés entourant des espèces de citadelles plus ou moins grandes et pleines de verdure. Beaucoup de villes de province sont encore dans ce cas. Lorsqu'on les regarde d'un lieu élevé, du sommet d'une tour ou d'un clocher par exemple, on aperçoit plus d'arbres que de maisons, plus de vide que de plein. Mais les cités industrielles, et, avant tout, les capitales, ne restent pas toujours ainsi; la population devenant plus dense, les constructions se multiplient et se rapprochent, aux dépens des jardins intérieurs. C'est alors que des rues nouvelles sont percées, et que les anciennes voies sont élargies; c'est alors que sont créés les jardins et les promenades publics, non seulement pour embellir la ville, mais pour répondre aux exigences de l'hygiène. Les squares de Paris, toujours encombrés d'enfants, témoignent de ce dernier point.

Sous ce rapport, les médecins trouveront un intérêt particulier au livre qui a pour titre : *L'Art des jardins*, et qui contient l'histoire et la description des promenades, tant privées que publiques, à toutes les époques et dans tous les pays. Ce n'est pas assez dire; il en contient aussi les images, et les 510 dessins qui l'illustrent aident singulièrement à l'intelligence des descriptions, si même elles ne rendent celles-ci à peu près inutiles. Ces dessins sont, en général, d'une belle facture; quelques-uns sont fort curieux, qui représentent les jardins antiques ou étrangers; la plupart sont intéressants et bien choisis. Cependant, la critique ne perdant jamais ses droits, une observation peut être faite à l'éditeur relativement à ce dernier point. *L'Art des jardins* est un ouvrage de luxe où la moindre imperfection fait tache; à la page 298, on lit : « Le nombre des promenades s'accrut sensiblement en France pendant le XVIIIe siècle. Ce fut, comme on sait, par des excursions plus ou moins édifiantes à l'abbaye de Longchamps que commença, sous Louis XV, la vogue des Champs-Élysées (fig. 430) à peine interrompue pendant les plus mauvais jours de la Révolution. » Le lecteur se reporte immédiatement à la fig. 430, qui est en regard, comptant voir ce qu'étaient à cette époque de Louis XV les Champs-Élysées. Il est fort désappointé, car la gravure, sur bois, très belle d'ailleurs, qui est sous ses yeux, lui montre les champs-Élysées actuels, avec l'Obélisque et les fontaines de la place de la Concorde, le palais de l'Industrie, et les bateaux à vapeur qui sillonnent la Seine. Il n'était pas bien difficile, je pense, de faire faire le calque d'une estampe du temps, et cela n'eût pas coûté plus cher. Peut-être cela eût-il coûté moins. Dans tous les cas, l'intérêt aurait été plus grand, et le lecteur plus satisfait. La critique, en vérité, est légère. Son peu de gravité, et la peine que j'ai eue à en trouver le prétexte, font le plus grand éloge de ce beau livre. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré par P. MARIE et G. GUINON. (*Revue de médecine* 1886). — La connaissance de la disparition du réflexe rotulien dans le diabète, est de date récente; elle est due à M. le professeur Bouchard. Sans chercher si ce fait peut être invoqué en faveur de la théorie nerveuse du diabète (de Ferry de la Bellone), le professeur Bouchard l'étudie surtout au point de vue clinique, indique son degré de fréquence, et lui assigne une valeur séméiologique et pronostique toute spéciale. Constatée de nouveau par Landouzy, citée par Dreyfous, la perte du réflexe rotulien est retrouvée par Marie et Guinon trois fois sur 8 malades examinés. Sans être constant, le signe de Westphal a donc une certaine importance chez les diabétiques.

Or dans certains cas, il peut devenir non pas une cause d'erreur, mais une cause d'hésitation, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces cas rangés par Leval Picquechef sous le titre de *pseudo-tabes du diabète*. On sait en effet que le tabès est une des maladies où on rencontre le plus fréquemment le signe de Vestphal. La présence de sucre dans l'urine doit suffire, d'après Marie et Guinon, pour établir le diagnostic, car ils

n'ont jamais rencontré la glycosurie chez les nombreux ataxiques qu'ils ont examinés. On ne pouvait d'ailleurs se baser pour établir ce diagnostic sur les résultats fournis par le procédé de Jendrassik (ce procédé consiste à faire faire au malade, pendant qu'on percute le tendon rotulien, un effort musculaire portant sur d'autres muscles du corps, principalement ceux du tronc et des membres supérieurs), car aussi bien chez les diabétiques que chez les tabétiques, le réflexe aboli ne reparaît presque jamais sous l'influence de l'effort.

Chez d'autres malades au contraire, en l'absence de toute autre maladie pouvant expliquer des phénomènes nerveux bizarres, la perte du réflexe rotulien devra conduire à rechercher le diabète, et peut acquérir une réelle importance diagnostique, contrairement à l'opinion de Rosenstein.

Enfin il est à remarquer que l'état des réflexes semble suivre absolument la même fluctuation que la maladie elle-même. S'aggrave-t-elle, le réflexe disparaît. S'améliore-t-elle sous l'influence du traitement, ou de toute autre cause, on voit le réflexe revenir. La valeur pronostique du signe de Westphal est d'ailleurs parfaitement démontrée par les statistiques de M. Bouchard. Dans une première série de faits il constatait une mortalité de 4,25 p. 100 sur les malades qui avaient conservé leurs réflexes; de 30,3 p. 100 chez les autres. Dans une deuxième série de faits (3 malades dont 70 ayant conservé leurs réflexes) la mortalité est de 7,14 p. 100 chez ceux qui les avaient conservé, et de 14,63 p. 100 chez les autres; c'est-à-dire que la mortalité est presque double dans les cas de diabète avec abolition des réflexes. — E. Deschamps.

Contribution à l'étude des névrites périphériques chez les tabétiques, par A. Pitres et L. Vaillard. (*Revue de médecine*, juillet 1886.) — Depuis longtemps, l'étude des altérations des nerfs périphériques dans le tabès préoccupe les cliniciens et les anatomo-pathologistes, mais, si l'on sait bien que l'amaurose tabétique est due à une atrophie lente de la papille et du nerf optique, on ignorait tout récemment encore si les autres nerfs crâniens ou rachidiens pouvaient subir les mêmes altérations.

Cependant déjà Steinthal (1844), Bourdon (1861), Marotte (1862), Friedreich (1863), Westphal (1878) en publiaient des observations. Mais on leur opposa les résultats négatifs de Ludwig Türck, Charcot et Vulpian, Topinard, etc., et on leur objecta l'insuffisance de l'examen des centres nerveux; d'autres observateurs, en effet, avaient pu constater l'atrophie des noyaux d'origine de certains nerfs crâniens, ou de la substance grise des cornes antérieures de la moelle.

Enfin, en 1880, Pierret affirma nettement que les nerfs crâniens et rachidiens des tabétiques pouvaient tous devenir le siège d'altérations périphériques, sans rapport de continuité avec les lésions centrales (bulbaires ou médullaires) du tabès. Depuis, les observations et les travaux sur ce sujet se multiplient; ils sont signés de Dejerine (1882, 1883, 1884), Pitres (1882), Pitres et Vaillard (1883), Sakaky (1884), Oppenheim (1886) et tendent tous à prouver que les nerfs des ataxiques peuvent devenir le siège d'altérations névritiques.

Après avoir résumé les observations récentes, et publié cinq observations inédites, Pitres et Vaillard, en se basant sur ces documents, étudient dans leur nouveau mémoire les caractères histologiques de ces altérations névritiques et le rôle qu'elles jouent dans la symptomatologie si complexe du tabès, et les résument ainsi :

« 1° Les nerfs périphériques des tabétiques sont souvent le siège d'altérations névritiques non douteuses.

« 2° Les névrites des tabétiques ne diffèrent par aucun de leurs caractères anatomiques des autres formes aujourd'hui connues des névrites non traumatiques.

« 3° Leur distribution topographique est très variable d'un sujet à l'autre. Elles peuvent atteindre les nerfs sensitifs, les nerfs mixtes, les nerfs viscéraux.

« 4° Dans la plupart des cas, mais non pas toujours, elles débutent par les extrémités terminales des nerfs sur lesquels elles siègent.

« 5° Leur étendue et leur gravité n'ont aucun rapport constant avec l'âge, l'extension ou la profondeur des lésions médullaires de l'ataxie locomotrice.

« 6° Elles ne jouent vraisemblablement aucun rôle dans la production des symptômes

©BIU Santé

spécifiques du tabès : douleurs fulgurantes, incoordination des mouvements, abolition des réflexes rotuliens, troubles du sens musculaire. Ces symptômes paraissent avoir leur raison d'être dans la sclérose des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle épinière.

« 7° En revanche, certains symptômes inconstants, qui viennent souvent s'ajouter à la symptomatologie du tabès, semblent avoir des rapports directs de causalité avec les névrites périphériques. Telles sont :

« *a*) Les plaques d'anesthésie ou d'analgésie cutanée ;

« *b*) Les troubles trophiques cutanés (maux perforants, œdèmes durs, éruptions diverses, chute spontanée et dystrophie des ongles.

« *c*) Certaines paralysies motrices accompagnées ou non d'atrophie musculaire ;

« *d*) Les arthropathies et les fractures spontanées des os.

« 8° Les crises viscéralgiques des ataxiques sont peut-être aussi, dans quelques cas, la conséquence de névrites des nerfs viscéraux correspondants. » — E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 janvier 1887. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. — Présentation de pièce pathologique : luxation spontanée du fémur consécutive à une arthrite suppurée de l'articulation coxo-fémorale. — Présentation d'une pièce tératologique. — Elections : 1° d'une commission ; 2° de deux associés étrangers ; 3° de deux correspondants étrangers ; 4° de trois correspondants nationaux.

M. Trélat présente, de la part de M. le docteur Sebastopoulos (de Constantinople), deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver.

M. Trélat demande ensuite la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour répondre aux objections de MM. Tillaux et Desprès.

M. Trélat ne conteste pas qu'il y ait bon nombre de plaies pénétrantes de l'abdomen non suivies d'accidents et susceptibles de guérir sans l'intervention d'aucune thérapeutique opératoire. Dans les cas douteux, il ne va pas jusqu'à dire, avec les chirurgiens américains, que le devoir du chirurgien est d'ouvrir le ventre pour assurer le diagnostic. Mais il insiste sur les deux propositions fondamentales qu'il a déjà posées :

1° Lorsqu'un individu a reçu une plaie par arme à feu qui a pénétré à travers la paroi abdominale, s'il existe des signes incontestables de perforation de l'intestin, il faut faire la laparotomie.

2° Lorsque la plaie pénétrante de l'abdomen ne s'accompagne d'aucun signe positif de perforation intestinale, s'il existe des symptômes de péritonite non douteuse, il faut intervenir, parce que la péritonite est, par elle-même, un signe révélateur de la perforation de l'intestin.

Lorsque M. Trélat a dit que les plaies de l'intestin grêle sont fatalement mortelles, avant d'être aussi affirmatif, il s'était nanti de documents empruntés à l'histoire chirurgicale officielle de la guerre de Sécession, de la guerre du Danemak, de la guerre allemande. Or, le dépouillement de ces documents donne, pour les plaies pénétrantes de l'abdomen, y compris les plaies non intestinales, une mortalité qui varie entre 92 p. 100, 92,6 p. 100, et, enfin, 100 p. 100. Dans les cas de plaies de l'intestin grêle, en particulier, la mortalité s'élève au chiffre de 99,60 p. 100.

Cela étant ainsi, comment MM. Tillaux et Desprès peuvent-ils soutenir que l'opération de la laparotomie peut aggraver l'état des blessés, de blessés condamnés, par le fait de leur blessure, à une mort à peu certaine?

M. Trélat possède un dossier de dix observations de laparotomie, avec suture de l'intestin, dans des cas de plaie d'intestin par arme à feu. Or, sur ces 10 cas de laparotomie avec suture de l'intestin, il compte 4 succès, ce qui fait une mortalité de

© BIU Santé

60 p. 100, au lieu de celle de 99,60 p. 100 résultant de la non-intervention opératoire. 40 p. 100 de succès par l'opération! De tels chiffres protestent contre la non-intervention.

Et cette différence si énorme n'est pas encore ce qu'elle pourrait être; elle n'est pas, à coup sûr, ce qu'elle sera lorsque les chirurgiens, devenus plus hardis, plus familiers avec cette opération, plus habiles à la recherche des blessures intestinales souvent très complexes, ne laisseront aucune plaie non suturée et surtout interviendront de bonne heure, sans perdre dans une timide attente l'occasion opportune de l'opération. Alors la statistique deviendra encore plus favorable.

Un point important reste dans l'ombre. On a vu, dans le cas de M. Pozzi, une anse d'intestin grêle, rétrécie et réduite, il est vrai, des deux tiers de son calibre par la suture d'une double perforation, ne plus livrer passage ni aux liquides, ni même aux gaz, et cependant il restait encore une largeur plus que suffisante pour la circulation de ces liquides et de ces gaz, et il n'existait pas de péritonite, comme l'a démontré l'autopsie. De même, dans un cas de M. Trélat, malgré la disparition d'une péritonite commençante, l'opéré est mort par suite d'occlusion intestinale. Quelle a été, dans ces cas, la cause qui a empêché l'intestin de fonctionner? M. Trélat l'ignore, mais il pense que, s'il s'agit d'un état d'inertie de l'intestin, il faudrait peut-être appeler l'électricité au secours de la chirurgie.

En résumé, si on considère que les plaies de l'intestin grêle donnent une mortalité qui s'élève presque au chiffre de 100 p. 100; si on réfléchit, d'autre part, que, dans une série de 10 opérations, il y a eu 4 guérisons; au lieu de regarder l'intervention opératoire comme ayant pour effet d'aggraver l'état des blessés, il faut l'admettre comme donnant dès aujourd'hui une proportion de 40 p. 100 de guérisons, proportion qui devra normalement s'accroître dans l'avenir.

M. Desprès déclare qu'il est d'accord avec son collègue sur presque tous les points. Toutefois, il croit devoir réserver le cas où il n'existe, après une plaie pénétrante de l'abdomen, même accompagnée de perforation, d'autre signe qu'une péritonite légère; dans ce cas, M. Desprès ne pratiquerait pas d'emblée la laparotomie, il préférerait attendre.

M. Tillaux se déclare également d'accord avec M. Trélat sur presque tous les points, après les explications qu'il vient de donner et la formule nouvelle qu'il présente. Dans les objections qu'il a faites aux propositions émises par M. Trélat, M. Tillaux spécifiait qu'il s'agissait de plaies pénétrantes par balles de revolver de petit calibre, telles qu'on a l'occasion de les observer dans la pratique civile. Lorsque, dans ces cas, il existe des signes certains de perforation intestinale, ou bien des symptômes de péritonite à marche nettement caractérisée, M. Tillaux, comme M. Trélat, est d'avis de pratiquer la laparotomie. Il s'abstiendrait seulement dans les cas où il s'agit de plaies légères, faites avec des balles de revolver du calibre de 7 millimètres et accompagnées seulement d'un peu de douleur, de péritonite locale.

M. Trélat constate avec plaisir que séparé, au début de la discussion, comme par un abîme, de ses collègues MM. Tillaux et Desprès, il est arrivé aujourd'hui avec eux à une entente à peu près complète, puisqu'ils ne sont plus divisés réellement que par des nuances qui sans doute s'effaceront avec le temps et les progrès de l'observation.

— M. Lannelongue met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'un enfant mort à l'hôpital Trousseau. Cet enfant, atteint de diphthérie, dut subir l'opération de la trachéotomie le 7 décembre dernier; les suites de l'opération furent passablement heureuses jusqu'au 15 décembre, où un érysipèle se déclara autour de la plaie. Quelques jours plus tard, se produisirent, dans le membre inférieur droit, des signes d'empâtement profond, avec douleurs vives à l'extrémité supérieure du fémur. Il s'agissait évidemment d'une arthrite de la hanche avec abcès périphérique de l'articulation.

Le 29 décembre, luxation spontanée de la tête du fémur.

Le 5 janvier, M. Lannelongue voit pour la première fois le petit malade entré la veille dans son service.

©BIU Santé

L'enfant étant mort deux jours après, on constate à l'autopsie les diverses altérations suivantes : La capsule articulaire est distendue par le pus; la cavité cotyloïde a perdu son fibro-cartilage et son bord postérieur est détruit; le ligament rond a également disparu ainsi que le cartilage qui recouvrait la tête du fémur. On trouve ici, dit M. Lannelongue, toutes les conditions du mécanisme de la luxation spontanée, dont les principales sont la destruction du bord postérieur de la cavité cotyloïde et la diminution du volume de la tête fémorale.

Des deux maladies infectieuses, la diphthérie et l'érysipèle, qui ont pu déterminer l'arthrite suppurée, M. Lannelongue croit devoir incriminer surtout l'érysipèle. Sous l'influence de cette cause, il s'est produit une ostéo-myélite épiphysaire qui a débuté par la tête du fémur, au-dessous de laquelle se voit un commencement de décollement de l'épiphyse et qui a propagé l'inflammation au reste de l'articulation.

C'est là, dit M. Lannelongue en terminant, une pièce très intéressante, en ce qu'elle montre le véritable mécanisme de la luxation spontanée de la hanche, à savoir : destruction du bord postérieur de la cavité cotyloïde et diminution du volume de la tête du fémur. Il n'est plus possible aujourd'hui d'attribuer, comme le faisait M. Verneuil, le principal rôle à l'altération des muscles.

— M. le docteur Blet (?) met sous les yeux de ses collègues le cadavre d'nn enfant atteint d'un vice de conformation qui le range dans la catégorie des individus du genre *cyclope*. M. Magitot est chargé de faire un rapport sur cette pièce tératologique.

Elections. — Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie a procédé à une série de scrutins pour l'élection d'une commission, de deux associés étrangers, de deux correspondants étrangers et de trois correspondants nationaux.

La commission, chargée de l'examen des titres des candidats à une place déclarée vacante de membre titulaire, se compose de MM. Polaillon, Monod et Schwartz.

— Les deux associés étrangers élus sont : MM. Thompson (de Londres) et Albert (de Vienne).

— Les deux correspondants étrangers élus sont : MM. Reverdin (de Genève) et Maydl (de Viennne).

— L'élection des trois correspondants nationaux a nécessité trois tours de scrutin. La commission proposait : MM. Auffret (Marine); Bruch (Alger); Mouchet (Sens).

Au premier tour, a été élu M. Bruch; au deuxième tour, M. Mouchet; au troisième tour, M. Heydenreich (de Nancy). Après eux, ont obtenu le plus de voix : MM. Auffret, Guerlain (de Boulogne-sur-Mer) et Poncet (de Lyon). — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 janvier 1887. — Présidence de MM. Guyot et Féréol.

M. Millard remercie, par lettre, la Société de l'avoir choisi pour son représentant au conseil de surveillance.

A propos d'une lettre de M. Glénard remerciant la Société de l'indulgence avec laquelle elle a accueilli son mémoire sur l'entéroptose, M. Desnos offre à la Société, au nom de M. Guéniot, trois mémoires de celui-ci sur l'utilité des ceintures dans certains cas d'affaiblissement des parois abdominales.

M. Guyot, président sortant, lit le discours d'usage sur les travaux de l'année écoulée.

M. Féréol remercie de son élection à la présidence.

M. Gallard, comme président du jury de l'internat, expose la situation de 40 candidats qui, n'ayant pas encore subi l'épreuve orale, ne peuvent retenir leurs places, et propose à ses collègues de ne pas promettre de places aux nouveaux internes avant la fin du concours.

Motion renvoyée au conseil de famille.

©BIU Santé

M. R. Moutard-Martin rappelle que quelquefois des internes ont retenu plusieurs places pour la même année et qu'il en résulte des résultats fâcheux.

Renvoyé au conseil de famille.

M. Féréol présente un malade ponctionné deux fois pour une ascite et chez lequel le liquide péritonéal ne s'est plus reproduit. Le foie est petit. Il a eu depuis une pleurésie hémorrhagique ponctionnée deux fois et guérie. Le liquide pleural ne contenait que peu de globules rouges et surtout de l'hématoïdine cristallisée. Le malade est un alcoolique avéré.

M. Rendu se rappelle un cas qui confirme la guérison possible de cirrrhoses avancées. Un vieil officier alcoolique avait, en février dernier, les signes d'une cirrhose à marche rapide avec imminence d'ictère grave. MM. Laveran et Kelsch lui ont fait 14 ponctions successives, avec émission de sérosité péritonéale de moins en moins bilieuse. Le liquide ne s'est plus reproduit. L'appétit est revenu. Le foie est resté volumineux, ainsi que la rate. Peut-être une thrombose de la veine porte s'est-elle produite à un moment donné.

M. Leprévost (du Havre) a adressé deux observations nouvelles de cirrhose guéries.

M. Troisier voudrait qu'on ne fît le diagnostic de cirrhose que lorsqu'on aura la constatation anatomique. Y a-t-il une forme particulière d'hépatite alcoolique que l'anatomie pathologique nou apprendra?

M. Guyot a fait l'autopsie d'une jardinière alcoolique qui, ayant eu de l'ascite, a été deux ans au moins très bien portante après la disparition du liquide et chez laquelle on a trouvé de la cirrhose à l'autopsie.

M. Rendu a trouvé aussi plusieurs fois à l'autopsie de gens morts d'une autre maladie des foies cirrhotiques sans ascite. L'ascite avait-elle disparu?

M. Blachez fait les mêmes réserves que M. Troisier. Chez le malade de M. Rendu, il y avait eu de l'ictère, le foie était gros. Etait-ce bien une cirrhose?

M. Rendu a accepté le diagnostic de MM. Laveran et Kelsch; il y a des cirrhoses où le foie est gros et la rate aussi.

M. Blachez présente les pièces anatomiques d'une vieille femme entrée pour une tumeur abdominale et morte rapidement. La tumeur était un kyste du rein, du pus existait dans des poches multiples. Il s'agit de calculs du rein avec hydronéphrose suppurée.

M. Siredey raconte qu'étant interne il vit une femme qui avait succombé à des accidents cérébraux et qui avait un cancer de l'utérus, de l'hydronéphrose et des accidents urémiques. Le toucher vaginal permet donc quelquefois de faire certains diagnostics inattendus.

— M. Sevestre : *Broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale.* — M. Sevestre a vu plusieurs fois des enfants de 1 à 2 ans ayant des accidents de diarrhée coïncidant avec une broncho-pneumonie. Il n'y a pas de fièvre. La diarrhée existe d'abord seule pendant deux à six jours. Dyspnée modérée; toux rare; au début des râles sibilants et sous-crépitants aux bases, puis du souffle surtout à l'expiration et des râles crépitants dans les régions axillaires. Il s'agissait plutôt de poussées broncho-pulmonaires congestives.

Le plus souvent, la maladie va en croissant jusqu'à la mort. Quelques enfants ont guéri. On a vu plusieurs fois des bulles d'apparence pemphygoïde, de l'érythème; d'autres fois, des symptômes typhoïdes.

Dans l'intestin, on a trouvé des plaques de vascularisation, une tuméfaction des éléments lymphoïdes très disséminée, avec érosion légère quelquefois. Les ganglions étaient tuméfiés, quelquefois ecchymosés.

Le foie était plusieurs fois atteint de dégénérescence graisseuse.

L'interprétation de M. Sevestre est qu'il y a là une forme particulière de maladie infectieuse divisée en deux périodes : une première se rapporte aux troubles digestifs

©BIU Santé

causés par une mauvaise alimentation; la diarrhée putride engendre la formation de ptomaïnes et l'entérite septique. Puis la broncho-pneumonie survient comme conséquence de l'auto-intoxication.

M. Roger a signalé des broncho-pneumonies cachectiques compliquant certaines entérites.

M. Sevestre a employé d'abord la naphtaline sans grand bénéfice. Mais, avec le calomel suivi de la naphtaline, il a obtenu de bons résultats.

M. Hayem pense que la connaissance de l'état du sang permet de différencier les phlegmasies des pyrexies infectieuses. La fibrine est-elle augmentée? Il s'agit d'une phlegmasie.

— M. Danlos : *Fièvre typhoïde anormale.* — Un homme jeune, non rhumatisant, était malade depuis cinq jours de douleurs articulaires, avec tuméfactions de plusieurs jointures; une poussée de purpura, une épistaxis, des hémorrhagies buccales, une hémoptysie de deux jours survinrent. M. Strauss ne trouva aucun microbe dans le liquide parfaitement clair des jointures. L'état typhoïde s'établit, et la mort survint le dix-huitième jour, sans qu'on eût vu de taches rosées. A l'autopsie, outre diverses hémorrhagies, on trouva une rate normale, avec des lésions ulcéreuses énormes de l'intestin. On avait diagnostiqué d'abord un rhumatisme simple, puis un pseudo-rhumatisme infectieux. La température ne s'est élevée à 39°5 que la veille de la mort.

Ici, les manifestations articulaires ont été précoces et non suppurées, comme elles le sont d'ordinaire dans la fièvre typhoïde.

M. Strauss s'attendait, lorsqu'il ponctionna un genou, à en retirer du pus. Le liquide retiré, au contraire, était limpide, presque sans leucocytes et sans aucun microorganisme. Le sang inoculé est demeuré également stérile. On n'a pas trouvé le bacille typhique dans les cultures. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement de l'affection furonculeuse. — Gingeot.

A l'aide d'un pinceau de blaireau imbibé de teinture d'iode, on fait un épais badigeonnage au niveau de la partie malade, en empiétant sur les parties saines, jusqu'à production d'une tache brune foncée. On pratique le même badigeonnage plusieurs fois par jour, et plusieurs jours de suite. A la face, on peut remplacer la teinture d'iode par de l'alcool camphré. — Dans les cas d'anthrax déjà étendus, on commence par le même traitement; mais, s'il ne se produit pas une amélioration rapide, on doit recourir au nitrate acide de mercure, ou à l'acide phénique. — Si les furoncules sont déjà ouverts, on les panse avec de l'eau boriquée, ou mieux avec de l'acide borique. — A l'intérieur, on prescrit les préparations sulfureuses, et en particulier la poudre de Pouillet, à la dose de 12, 24 à 72 centigr. par jour. Les sulfureux, étant éliminés par la peau, agissent de dedans en dehors sur les microbes, qui sont la cause première du furoncule. — N. G.

COURRIER

Hôpitaux de Lyon. — M. Daniel Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, arrivé au terme de ses fonctions, devient chirurgien titulaire et prend le service de M. le docteur Letiévant, décédé.

M. Poncet, chirurgien-major quitte la Croix-Rousse et succède à M. Daniel Mollière à l'Hôtel-Dieu.

M. A. Pollosson, chirurgien-major désigné, remplace M. Poncet à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Charles MALIBRAN : Insuffisance tricuspidienne primitive par endocardite végétante. — — II. BIBLIOTHÈQUE : Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle. — III. REVUE DES JOURNAUX : Note sur deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine réflexe. — De la pleurésie dite « a frigore ». — IV. SOCIÉTÉS médicales de l'étranger : Société médico-chirurgicale de Liège (1886). — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER. — VIII. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Insuffisance tricuspidienne primitive par endocardite végétante.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 11 décembre 1886

Par M. le docteur Charles MALIBRAN,

Ancien interne des hôpitaux.

Les lésions du cœur droit sont, pour la plupart, des lésions secondaires engendrées mécaniquement par des lésions du cœur gauche ou du poumon, à la suite d'une stase progressive dans la petite circulation. L'insuffisance de la valvule tricuspidienne, par exemple, est, presque toujours, chez l'adulte, l'effet de l'impuissance du ventricule droit, à la période terminale de certaines affections cardio-pulmonaires. Le rang secondaire de cette complication, son apparition insidieuse au milieu de manifestations symptomatiques déjà anciennes, expliquent suffisamment les difficultés que soulève son diagnostic au lit du malade. Ce sont là des faits depuis longtemps classiques.

Il en est tout autrement, lorsque l'*insuffisance* tricuspidienne, au lieu d'être secondaire, existe isolément, créée par une endocardite limitée à la valvule. Dans ces conditions, les signes physiques et l'allure générale de la maladie se manifestent avec assez de netteté pour que le diagnostic en soit relativement aisé. Mais ces conditions ne se présentent qu'exceptionnellement, et cette exception est précisément une cause d'embarras, car on accepte difficilement le diagnostic d'une affection dont la rareté excessive est démontrée et dont l'existence même est mise en doute par quelques auteurs.

J'ai eu l'occasion, pendant mon internat chez le professeur G. Sée, d'observer un bel exemple d'insuffisance tricuspidienne primitive par endocardite valvulaire. La symptomatologie de cette lésion a justement présenté le caractère de netteté dont je viens de parler, et qui m'a permis de la diagnostiquer facilement malgré sa rareté. C'est à ce double titre que l'observation suivante m'a paru digne d'être publiée.

La nommée M.... Marie, âgée de 43 ans, ménagère, entre le 4 novembre 1884, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, lit n° 13, dans le service du professeur G. Sée.

Père mort à 43 ans d'une fluxion de poitrine; mère morte en couches à 36 ans.

Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans, elle a eu la variole et en conserve quelques marques sur le visage. Elle prétend qu'elle est très fatiguée chaque hiver et que tous les ans, pendant cette saison, elle tousse un peu et perd ses forces. C'est tout ce qui m'est possible de noter en fait d'antécédents.

Au mois de juin 1884, elle commença à souffrir d'une oppression presque continuelle, avec accès d'étouffements et palpitations. A ce moment, elle remarqua que ses pieds étaient gonflés; puis, l'œdème gagna les jambes et, dans l'espace de huit jours, envahit la partie supérieure du corps, à l'exclusion de la face. Une fois cette anasarque constituée, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus uriner. Elle resta au lit quinze jours et fut traitée par le vin diurétique à la dose de deux cuillerées par jour, par le vin de quin-

©BIU Santé

quina et la tisane de salsepareille. Pendant ces quinze jours, il n'y eut ni céphalalgie, ni troubles de la vue, ni douleurs de reins. Les urines étaient rares et foncées, légèrement rougeâtres.

Après un mieux sensible, la malade recommença son travail, mais souffrit de crises d'étouffement, survenant surtout le soir et spontanément. Elle resta dans cet état pendant quatre mois environ, c'est-à-dire jusqu'au 20 octobre 1884, quinze jours avant son entrée à l'hôpital. A cette époque, elle fut de nouveau prise de la même façon : l'œdème débuta par les pieds, et ce n'est que huit jours après qu'il envahit le tronc et, cette fois, la face.

Le jour même de l'entrée de la malade dans le service, je constate l'œdème des jambes, de la face et de la région lombaire. Cet œdème est plus marqué du côté droit, mais cette prédominance s'explique par le décubitus droit qui est presque permanent. Le ventre est assez fortement développé, mais plutôt par de la tympanite intestinale que par de l'ascite. Celle-ci ne semble pas bien considérable. Le foie dépasse de un travers de doigt le rebord costal. Il est un peu augmenté de volume, sans battements appréciables.

On constate de la turgescence des veines jugulaires, mais sans pouls veineux visible. Lorsque la veine a été vidée de haut en bas par compression à l'aide de deux doigts, le segment intermédiaire se remplit dès que cesse la compression exercée par le doigt inférieur. C'est tout ce qu'il est possible d'observer.

Les artères radiales sont sinueuses, indurées.

Il existe un peu d'œdème aux deux bases pulmonaires.

Les *urines* sont rares, colorées, et contiennent de l'albumine en quantité considérable.

Du côté du *cœur*, rien à noter au point de vue de la palpation, sinon un affaiblissement des battements et une certaine difficulté à localiser la situation de la pointe. Il n'y a pas d'hypertrophie appréciable. — L'auscultation révèle, au niveau de la pointe, un bruit de galop distinct. Il n'existe aucun bruit morbide aortique ou mitral. Le cœur gauche paraît indemne de toute lésion valvulaire. Mais il n'en est pas de même du cœur droit : au niveau de l'appendice xyphoïde, je perçois de la façon la plus nette l'existence d'un souffle systolique d'une certaine intensité, mais sans rudesse. En raison de sa localisation précise et de la région où se fait entendre son maximum, je n'hésite pas à le rapporter à une insuffisance tricuspidienne.

Bien que je n'eusse aucun doute sur l'existence des signes physiques que j'avais entendus, et sur l'interprétation qu'il fallait leur donner, je ne pus réussir à faire accepter mon diagnostic que d'une façon dubitative et avec beaucoup de réserves, à titre de simple possibilité.

Cependant le diagnostic ne pouvait être longtemps douteux pour personne : l'état de la malade, quelques jours stationnaire, finit par s'aggraver.

Le 15 novembre, onze jours après son entrée, la dyspnée devient excessive : on note un état violacé des lèvres et des extrémités. L'œdème des membres inférieurs a augmenté. On supprime la digitale qui avait été prescrite depuis le séjour de la malade, à la dose de 0,15 centigrammes.

Le 16 novembre, dyspnée plus considérable. Frissons dans la nuit. On entend en arrière et de chaque côté les râles sous-crépitants.

Le 17 novembre, râles sous crépitants dans toute la hauteur du poumon droit, presque rien à gauche. Depuis la veille, la malade n'urine plus du tout. Expectoration aérée, sanglante. Mort à trois heures de l'après-midi.

Le diagnostic ne pouvait manquer, sauf peut-être pour le cœur, d'être vérifié par l'autopsie. L'asystolie, l'artério-sclérose, la néphrite congestive et scléreuse ne pouvaient pas être discutées. C'est donc du côté du cœur que les recherches devaient être dirigées avec le plus d'intérêt.

Voici, d'ailleurs, le compte rendu de l'autopsie pratiquée par le professeur Cornil, le surlendemain de la mort de la malade, à dix heures cinq minutes du matin :

Œdème de la paroi thoracique prédominant à droite, côté le plus déclive.

Les intestins ont un aspect lavé et il en est de même des autres organes abdominaux.

Le grand épiploon est un peu revenu sur lui-même, il est épais. L'utérus est normal, congestionné cependant dans le canal cervical.

La plèvre contient un peu de liquide sanguinolent et présente quelques adhérences. Les poumons sont congestionnés et emphysémateux.

Le cœur est arrondi, la pointe est formée par le ventricule droit presque uniquement. La paroi de ce dernier est très hypertrophiée. A l'ouverture des cavités gauches, on ne constate aucune altération. Les valvules et orifices sont sains. Du côté droit, au contraire, les altérations sont très prononcées. Il existe, sur les valves de la valvule tricuspide, de nombreuses végétations, et ces valves sont épaissies, hypertrophiées et très insuffisantes; elles ne peuvent arriver au contact et laissent une communication persistante entre le ventricule et l'oreillette. En un mot, il y a insuffisance tricuspidienne par endocardite végétante limitée à la valvule. Rien à l'artère pulmonaire.

Les reins, très atrophiés, présentent des hémorrhagies punctiformes à leur surface. La capsule se détache difficilement. Le parenchyme est de couleur brunâtre. Dans la substance corticale, on remarque de petits grains rouges correspondant aux glomérules, les uns modifiés par le lavage, les autres conservant leur couleur brunâtre et constitués par un épanchement dans la capsule de Bowmann. La substance corticale est opaque, avec stries jaunâtres et gris-brun. La substance médullaire est congestionnée. A la surface du rein gauche existent quelques kystes de petites dimensions.

Foie muscade avec dégénérescence graisseuse.

En résumé, le diagnostic de la lésion, basé sur l'étude clinique de la malade, était entièrement vérifié par l'autopsie.

L'observation précédente offre un grand intérêt à plusieurs points de vue :

D'abord au point de vue clinique : le seul diagnostic évident était celui d'asystolie chez une femme atteinte d'artério-sclérose et de néphrite interstitielle. La cause de l'asystolie restait à déterminer.

En faveur de l'asystolie d'origine rénale, on pouvait invoquer l'albuminurie et la sclérose du myocarde. Mais, contre cette hypothèse, il y avait l'absence de signes d'hypertrophie du ventricule gauche, la rapidité excessive des accidents et la prédominance trop nette du bruit tricuspidien sur tous les autres signes.

L'asystolie d'origine pulmonaire devait également être écartée : l'interrogatoire de la malade et l'examen de la poitrine démontraient, en effet, l'absence de toute affection aiguë ou chronique de l'appareil pulmonaire.

Restait donc seulement l'hypothèse d'asystolie par lésion du cœur gauche ayant retenti sur le cœur droit, hypothèse la plus naturelle, puisqu'elle est invariablement vérifiée. Cependant, l'examen du cœur ne permettait pas de l'accepter plus que les autres. En effet, il fallait admettre, pour la soutenir, une lésion cardiaque gauche sans souffle. Or, l'énergie des battements du cœur était encore suffisante pour qu'un souffle ancien fût encore perceptible. D'autre part, il n'était pas admissible que la systole cardiaque fût insuffisante à produire un souffle dans les cavités gauches et parfaitement apte à en produire un dans les cavités droites.

Ainsi donc, par éliminations successives, le diagnostic d'insuffisance tricuspidienne primitive restait le seul admissible. De plus, il était corroboré par les signes d'auscultation sur la netteté desquels je ne reviens pas, et par la marche spéciale des accidents.

Les phénomènes asystoliques se sont en effet manifestés d'emblée par une vive oppression et par un œdème rapidement envahissant, et, en deux accès, la malade a été emportée. La marche a donc été ici beaucoup plus aiguë que dans les cas ordinaires où l'évolution des accidents de stase pulmonaire et de stase veineuse générale est beaucoup plus lente.

©BIU Santé

J'insisterai, en terminant, sur l'absence de pouls veineux jugulaire, bien que le reflux du sang dans les veines du cou n'ait pas été douteux.

Relativement à l'étiologie de la lésion, il était difficile de se prononcer d'une façon absolue : l'examen cadavérique a montré une endocardite végétante de la valvule tricuspide. Faut-il la mettre sur le compte de la variole antérieure ou plutôt de la néphrite chronique, ou encore d'une influence inconnue ? C'est une question qu'il est impossible de résoudre.

Enfin, cette observation présente une certaine importance au point de vue de la rareté de l'endocardite du cœur droit chez l'adulte et du peu de fréquence avec laquelle l'insuffisance tricuspidienne qu'elle produit est diagnostiquée pendant la vie. A ce titre seul, il n'était pas sans intérêt de la faire connaître. Je n'en veux pour preuve que cette phrase des auteurs de l'article *Cœur* du Dictionnaire encyclopédique : « Chez les adultes, il n'existe pas, à ma connaissance, de fait bien avéré d'endocardite limitée à la valvule tricuspidienne. »

BIBLIOTHÈQUE

DU TRAITEMENT DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE PAR PULVÉRISATIONS D'ÉTHER ET DE CHLORURE DE MÉTHYLE, par A.-G. RAISON.

Ce mémoire inaugural a pour but de faire connaître les recherches sur les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle qui ont été entreprises par M. Joffroy dans son service de la Salpêtrière. En même temps, M. Raison y fait le procès de la morphine dans cette affection.

Ce traitement consiste dans la réfrigération et par conséquent dans l'application à l'ataxie locomotrice des procédés employés par MM. Debove, Rendu, Terneson et autres pour combattre les névralgies. Cependant l'auteur s'étend assez longuement sur les inconvénients, les dangers et les difficultés de l'emploi du chlorure de méthyle, pour établir la préférence que l'on doit accorder aux pulvérisations d'éther *loco dolenti*. Cette tâche est aisée d'ailleurs, car l'éthérisation sur place avait donné des résultats heureux entre les mains de divers observateurs qui l'appliquaient, soit sur la région vertébrale, soit sur la partie malade chez les individus atteints de myélite.

Dans le procédé que recommande M. Joffroy, on pratique d'abord l'éthérisation de la région douloureuse, puis on termine l'application en étendant les pulvérisations sur le trajet du nerf dans le sens centripète.

De plus, on peut compléter cette action en répétant l'éthérisation locale sur le foyer d'origine des douleurs, c'est-à-dire sur le point de la colonne vertébrale d'où elles proviennent vraisemblablement. Cette répétition peut être faite hebdomadairement, puis tous les cinq jours, et enfin tous les deux jours. En combinant les deux procédés, on obtient des résultats plus nets et on en assure la durée. En terminant, remarquons avec M. Raison que de ces pulvérisations échouent chez les tabétiques adonnés à la morphine.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine réflexe, par le docteur H. RENDU. (*Revue de médecine*, septembre 1886.) — La paralysie radiculaire du plexus brachial a été bien étudiée dans ces derniers temps par Mlle Klumpke et par M. Secrétan. Maladie rare, elle est la conséquence d'une névrite, soit de cause directe (traumatisme, tumeurs, impression du froid peut-être), soit de cause indirecte. Les deux faits que publie le docteur Rendu prouvent que la névrite peut

être réflexe et provenir d'une irritation du plexus nerveux gastro-hépatique. Le premier (observation personnelle) est celui d'un malade entré dans le service du docteur Rendu, à l'hôpital Necker, pour des vomissements, des crises de gastralgie et un certain degré de dilatation de l'estomac; deux jours après éclataient les premières douleurs de névrite. Dans le deuxième fait, communiqué au docteur Rendu par le docteur Chesnel (de Chartres), c'est à l'occasion d'une ponction de kyste hépatique et le jour même de la ponction qu'éclatent les douleurs.

Etudiées au point de vue clinique, les paralysies radiculaires peuvent être divisées en deux phases : l'une, que le docteur Rendu appelle phase musculaire, est celle que l'on connaît le mieux, elle est caractérisée par l'impotence fonctionnelle et l'atrophie; mais elle est précédée par une autre phase, la phase nerveuse, caractérisée par les troubles de la sensibilité, incomplètement étudiés jusqu'alors, et qui se montrent dès la période initiale de la névrite. Ces troubles de la sensibilité, qui sont passagers, et disparaissent au moment où commencent à s'accentuer les troubles moteurs paralytiques de l'épaule, sont cependant intéressants, « car la distribution de l'anesthésie cutanée correspond, à très peu de chose près, à celle de la paralysie motrice, ce qui prouve que les origines réelles des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs du plexus brachial émanent de la même région de la moelle. »

Quant au pronostic de ces paralysies radiculaires, il est relativement favorable, mais la guérison exige plusieurs mois de traitement. Ce dernier consiste en révulsifs répétés sur la région cervicale et le moignon de l'épaule (ventouses scarifiées et pointes de feu), plus tard dans l'application de courants continus et le massage. — E. Deschamps.

De la pleurésie dite a frigore, par le docteur L. Landouzy. (*Revue de médecine*, 1886.) — L'opinion du docteur L. Landouzy est : 1° Que la réalité de la pleurésie avec épanchement, franche, aiguë, primitive, décrite et acceptée partout comme pleurésie simple *a frigore* n'est nulle part démontrée; 2° que la pleurésie dite *a frigore* est non point une maladie au même titre que la pneumonie à côté de laquelle les nosographes persistent à la ranger, mais simplement un état morbide toujours symptomatique; 3° que la pleurésie à grand épanchement à début soudain, à allures vives et inflammatoires, aussi bien que les pleurites partielles, subaiguës ou chroniques, est *fonction* de maladie; 4° que sans nier absolument la pleurésie franche par coup de froid, il faut la croire absolument exceptionnelle, aussi rare qu'on persiste à la dire fréquente; 5° que le rôle du froid dans la pleurésie, comme dans l'érysipèle, la pneumonie, le zona, se réduit à un rôle purement occasionnel, l'élément étiologique vrai étant dans une cause demeurée latente jusqu'au jour où était intervenu le refroidissement; 6° que l'élément étiologique vrai, que la cause déterminante est la tuberculose, souvent méconnue, parce que sous l'épanchement pleural se cache une tuberculose localisée.

Ainsi donc, toutes les fois qu'on ne peut trouver la cause d'un épanchement ni dans une infection (scarlatine, puerpéralité, etc.), ni dans une dyscrasie (rhumatisme), ni dans un traumatisme (fracture de côte, infarctus pulmonaire), on doit considérer comme tuberculeux l'individu atteint de pleurésie, « fût-il vigoureux, jeune, gros et gras; se déclarât-il bien portant et indemne d'antécédents phymateux, héréditaires ou personnels. »

Telles sont les idées que le docteur Landouzy émettait en 1883, 1884, soit dans une série de conférences cliniques faites pendant les vacances à la Charité, soit dans les leçons d'un cours de pathologie à la Faculté, et qu'il étaye aujourd'hui de deux observations recueillies à la Charité et à l'hôpital Tenon. — E. Deschamps.

Sociétés médicales de l'étranger.

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE PENDANT L'ANNÉE 1886.

Après quarante-six années d'une existence bien remplie, cette Société, comme le remarquait dernièrement son distingué secrétaire général, ne cesse pas de prospérer. Ses

©BIU Santé

membres augmentent en nombre et ses travaux méritent de plus en plus l'attention sympathique du public médical.

L'année 1886 n'a pas été moins féconde; et parmi ses travaux le défaut d'espace m'oblige à n'en signaler que quelques-uns :

L'étude des *mesures de police sanitaire appliquées en Italie, en Alsace et dans l'Empire allemand* a permis à M. Firket de compléter un rapport antérieur sur la prophylaxie des maladies contagieuses. En Belgique, les autorités communales s'adressent volontiers aux Sociétés médicales pour se rendre compte des besoins de la santé publique. L'exemple est utile à signaler : il serait, ce semble, profitable de l'imiter ailleurs. C'est ainsi encore que l'Administration municipale de Liège consultait cette Société sur une question secondaire en apparence, et cependant bien importante au point de vue de l'hygiène : le *déplacement des vacances scolaires*. L'avis de nos confrères liégeois a été écouté.

La médecine pratique a fait l'objet de la plupart des communications. M. Plucker a étudié avec soin un cas de *mycosis fongoïde* datant de plusieurs années, et dont le début avait été celui d'un eczéma. M. Gillet a rapporté une observation d'*éruption stibiée* causée par l'emploi d'un tissu coloré à l'indigo pour la teinture duquel l'émétique avait servi de mordant. M. Francotte a lu une note sur la *rubéole*, dans laquelle il établit la valeur de l'exanthème comme signe morbide et de l'engorgement des ganglions cervicaux comme élément du diagnostic de cette maladie, si aisément confondue avec les scarlatines ou les rougeoles légères. De plus, il a relaté un cas rare de *chylurie non parasitaire* chez une femme de 40 ans.

Un observateur infatigable, M. Schiffers, a discuté la valeur clinique de l'*hémiatrophie de la langue* dans l'ataxie locomotrice, où il considère cette lésion comme presque pathognomonique, et un cas de *délire salicylique* chez un enfant atteint d'érythème noueux rhumatismal. M. Leplat a présenté une note sur un cas d'*embolie de l'artère centrale de la rétine*, et M. Henrijean un mémoire sur les *méthodes de Pasteur pour l'étude de la rage*. Les inoculations pratiquées par cet observateur confirment les conclusions du savant directeur de l'Ecole normale et répondent, par conséquent, aux critiques passionnées de ses adversaires.

En physiologie, il faut signaler les expériences de M. L. Fredericq sur la *nature de la systole ventriculaire*. Cet observateur croit avoir constaté que la systole ventriculaire du chien ne consiste pas dans une simple secousse musculaire, mais bien dans une sorte de tétanos causé par la fusion imparfaite de trois secousses musculaires successives.

Les travaux d'ordre chirurgical n'ont pas été moins importants. C'est d'abord le travail de M. Fraipont sur le *traitement palliatif du carcinome utérin par le raclage*, dans le succès duquel l'antisepsie joue un grand rôle; ce sont encore des présentations d'un *carcinome du sein* causé probablement par la pénétration de deux aiguilles dans le tissu mammaire; d'un *kyste ovarique;* de deux malades opérées de résection de l'articulation astragalo-scaphoïdienne et de résection tarsienne; d'une femme ayant subi l'*hystérotomie abdominale*, et d'une opérée d'*hystérectomie vaginale* pour un gros fibrome utérin.

M. Lebeau a relaté un cas de *kélotomie* pratiquée avec succès pour une hernie inguinale droite datant de plusieurs années, et étranglée, et M. Deschamps a montré une jeune fille heureusement opérée de *thyroïdectomie*. Enfin, je signalerai encore les réflexions de M. Jorisenne sur le *zona ophthalmique et son traitement*, et ses revues mensuelles sur la *pharmacie*, la *toxicologie* et la *chimie médicale*.

Cette Société n'est pas seulement prospère par son activité scientifique, elle l'est encore par le nombre croissant de ses membres qui, titulaires ou correspondants, s'élèvent actuellement à 259. Comment, après cela, ne pas remarquer avec M. Schiffers l'utilité de telles Sociétés qui permettent à la fois aux médecins de discuter les questions scientifiques, mais aussi de s'estimer et de se connaître. « Les découragés et les « pessimistes trouvent par là une trêve à leurs préoccupations et voient leurs idées « changer de cours. » — « Qui nous dit, ajoute notre confrère belge, que des faits mal « interprétés, mal rapportés surtout, amenant trop souvent des froissements d'amour-« propre..., ne tomberaient pas aussi souvent d'eux mêmes, parce que l'estime réci-

« proque serait venue se mettre de la partie? » Ce n'est pas à Liège seulement que ces paroles chaleureuses mériteraient d'être entendues. — Ch. Éloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier. — Présidence de M. Sappey.

M. le Secrétaire perpétuel rappelle la lettre dans laquelle le docteur prince Zagill annonçait que dix soldats russes mordus par un chien, et envoyés au laboratoire de M. Pasteur pour y subir les inoculations préventives, avaient, à leur retour, trouvé leur chien en parfaite santé. Or, il résulte d'un télégramme adressé à M. Pasteur, par le colonel du régiment auquel appartiennent ces soldats, que le chien a été tué le jour même où il les avait mordus, et qu'il a été reconnu enragé par le vétérinaire qui a pratiqué l'autopsie.

M. le Secrétaire perpétuel ajoute que le prince Zagill est l'auteur ou le propagateur d'un remède secret, spécifique contre la rage, auquel l'Académie a refusé récemment son approbation.

— Parmi les pièces de la correspondance manuscrite, M. le Secrétaire perpétuel signale ensuite une lettre de M. le professeur Grancher, dont il donne lecture.

Dans cette lettre, M. Grancher déclare que les registres du laboratoire de M. Pasteur contiennent les dossiers de Jansen, Soudini et Née, et il eût été facile à M. Peter d'en prendre connaissance. Ces individus figurent sur les tables de la mortalité.

On reproche à M. Pasteur de cacher ses insuccès; cependant, depuis le 1er mars, on a publié de trois en trois mois quatre statistiques. Désormais on publiera tous les mois, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, que M. Duclaux, professeur à la Faculté des sciences, va faire paraître une statistique détaillée. Le numéro de janvier donnera les résultats de la statistique générale; le numéro de février donnera la statistique du mois de janvier, et ainsi de suite.

Dès à présent, M. Grancher dépose sur le bureau de l'Académie une statistique générale détaillée divisée en trois tableaux contenant tous les faits depuis que le service de la vaccination a commencé.

Les tableaux A et B comprennent toutes les personnes mordues par des animaux reconnus enragés par preuve expérimentale ou observation vétérinaire.

Le tableau C contient toutes celles mordues par des animaux suspects. Dans ce tableau, de plus en plus réduit, figurent des morts qui ont succombé à la rage malgré le traitement.

M. Vulpian donnera le bilan de ces tableaux et apportera l'interprétation scientifique des cas de rage à type cérébro-médullaire ou bulbo-médullaire qui se sont rencontrés.

M. Grancher cite ensuite les noms des morts pour la France et l'Algérie. Ils sont au nombre de 16 ou de 18 en comptant 2 individus venus trop tard au laboratoire.

Le nombre des personnes vaccinées étant de 1,929, il s'ensuit une mortalité de 0,93 p. 100.

En terminant, M. Grancher fait appel à la bonne confraternité des médecins de Paris, de la province et de l'étranger, en les priant de vouloir bien communiquer, aussitôt que possible, les observations des malades qui ont traversé le laboratoire.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la rage.

M. Peter s'est rendu samedi au laboratoire de la rue Vauquelin, où il a reçu de MM. Grancher et Roux le meilleur accueil.

Il désirait savoir si un jeune lycéen, dont on lui annonçait la mort par le fait de la rage, malgré les inoculations antirabiques, avait été inoculé au laboratoire de la rue

©BIU Santé

Vauquelin. Ce n'était pas à ce laboratoire, mais probablement à un établissement russe qu'il a été inoculé.

M. Peter a constaté par la même occasion l'exactitude d'un cas de mort arrivé le 3 janvier, 33 jours après la morsure et 32 après les inoculations antirabiques, chez un jeune homme de Thoron (Oise). On n'avait reçu au laboratoire que le certificat du médecin de l'état civil avec le diagnostic : *Rage*.

Le rapport du médecin de Beaumont qui a soigné le malade n'était pas encore parvenu au laboratoire, mais M. Peter croit savoir, par des détails qui lui ont été adressés, que la forme a été surtout *paralytique*. S'il en était ainsi, ce serait un nouveau cas à ajouter à ceux dont il a entretenu l'Académie.

Enfin, M. Peter cite un nouveau cas de mort par rage paralytique survenue le 8 décembre chez un individu mordu le 3 novembre dernier et soumis, dans le laboratoire de M. Pasteur, du 7 au 21 novembre, aux inoculations intensives. Ce cas, emprunté à la *Gazette des hôpitaux*, a été adressé à ce journal par M. le docteur Pitoy, de Combeaufontaine (Haute-Saône).

Aux partisans de l'inoculation antirabique, M. Peter croit devoir dire :

1° La rage du chien est convulsive ; inoculée à l'homme, elle est *convulsivante*.

Par conséquent, lorsqu'un homme est mordu par un chien enragé, la rage qu'il peut contracter est convulsive.

On en conclut que c'est le chien enragé qui lui a donné cette maladie et, ici, l'on est logique.

2° La rage du lapin est paralytique ; l'induction légitime est que, inoculée, elle doit être *paralysante*.

Vous inoculez à un homme la moelle de ce lapin rabique paralytique. Il meurt quelque temps après avec des symptômes paralytiques. Et vous concluez que le lapin ne lui a pas donné cette maladie. Ici, vous cessez d'être logiques.

La rage paralytique est excessivement rare chez l'homme. Elle est devenue fréquente depuis les inoculations antirabiques. Et vous niez que cette plus grande fréquence soit due aux inoculations. Ici encore vous cessez d'être logiques.

Pourquoi ? C'est que vous avez la conviction sincère de l'efficacité, je dirai presque de l'infaillibilité de ces inoculations antirabiques.

M. Peter est ramené ainsi à la discussion des cas qu'il a déjà signalés, de ceux de Réveillac, Soudini, Rouyer, Née. Il montre que ces quatre observations ont entre elles d'incontestables traits de parenté : début de l'affection du trente-huitième au quarante-sixième jour ; durée de 5 à 7 jours ; enfin, nature nerveuse avec prédominance des phénomènes paralytiques.

Or, il est impossible de ne pas rappeler ici que c'est aux alentours du quarantième jour que se développe ordinairement la rage classique, qu'elle dure de trois à cinq jours ; que ses symptômes sont d'ordre nerveux, mais convulsifs et non paralytiques. Or, ce sont maintenant des accidents paralytiques que l'on observe après les inoculations intensives dans l'énorme proportion de quatre fois sur cinq cas, les accidents convulsifs de la rage classique n'ayant été observés qu'une fois sur cinq.

Passant ensuite des résultats pratiques de la méthode au contrôle de l'expérimentation, M. Peter rappelle les expériences de Von Frisch, contradictoires de celles de M. Pasteur ; les dix premières conclusions sont favorables aux doctrines de M. Pasteur, mais toutes les autres sont contradictoires. Donc, de quelque façon que l'on envisage la question, dit M. Peter, soit au point de vue l'observation clinique, soit à celui de l'expérimentation, on arrive à cette même conclusion, à savoir que la méthode intensive peut être périlleuse. Comment donc est-on ainsi arrivé à modifier la méthode préventive ? Comment, même M. Pasteur, a-t-il été amené à concevoir celle-ci ? M. Peter se livre à un rapide exposé des mémorables expériences de M. Pasteur, qui le conduisirent à la doctrine de l'atténuation des virus, et finalement, avec le concours de MM. Vulpian et Grancher, à l'application à l'homme du virus de la rage ayant passé par l'organisme d'une série de lapins et atténué par la dessiccation dans l'air dépouillé de tout germe.

Le premier fait d'inoculation (cas de Meister), suivi de succès, excita un grand enthousiasme, dont M. Vulpian se rendit l'interprète à l'Académie des sciences en s'écriant :

© BIU Santé

« La rage, cette maladie terrible, a enfin trouvé son remède ». Le corps médical fut entraîné par cet enthousiasme, et la prophylaxie de la rage après morsure fut essayée sur un grand nombre de mordus.

Malheureusement, il y eut un premier cas de mort, celui de la petite Pelletier, puis trois cas successifs chez des Russes qui émurent vivement M. Pasteur. Il fit alors une première modification à son traitement et inocula pour les morsures de loups enragés, qu'il jugea avec raison beaucoup plus virulentes que celles des chiens, jusqu'à trois inoculations par jour. Non satisfait encore des résultats, il modifia plus profondément encore sa méthode en augmentant le nombre des inoculations et en arrivant plus rapidement aux moelles virulentes : ce que M. Pasteur appelle la méthode *intensive*.

Une mortalité par la rage de plus en plus fréquente dans ces deux derniers mois, la forme singulière des accidents auxquels succombent les inoculés, ont conduit M. Peter à signaler à l'Académie ces faits sur lesquels il croit devoir appeler la plus sérieuse attention de l'Académie.

Ainsi, la médication antirabique subit un double échec : celui de l'expérience sur l'homme et celui de l'expérimentation sur les animaux. M. Peter conclut de la manière suivante :

« 1° La mortalité annuelle par la rage, en France, a-t-elle diminué en 1886 par la médication antirabique primitive? Non!

« 2° Cette mortalité tend-elle à augmenter avec la médication rabique intensive? Oui!

« Où donc est le bienfait ? »

« Ne pensez-vous pas, messieurs, qu'il faut que je sois mû par une conviction bien profonde, pour venir adresser ici aux doctrines médicales de M. Pasteur les critiques que je viens de formuler, après avoir ici même manifesté, pour ses travaux de physiologiste, une estime très respectueuse?

« Ne pensez-vous pas qu'il faut que je sois mû par une conviction bien profonde pour risquer ainsi de perdre ce qu'on appelle la popularité et de m'aliéner ainsi les sympathies auxquelles je tiens tant, de cette Académie?

« Mais j'ai cru qu'il y avait péril de se taire davantage et j'ai accompli ce que je crois être un devoir. Advienne que pourra!

« Enfin, avant de terminer, je crois de mon devoir d'adresser quelques paroles à M. Vulpian.

« Je lui dirai : Comment vous, Monsieur Vulpian, vous médecin, n'avez-vous pas vu que le cas du petit Meister ne prouvait rien, un seul cas étant de nulle signification en thérapeutique, et le petit Meister pouvant bénéficier d'ailleurs des cinq dixièmes de chance que nous avons de ne pas devenir enragé après morsure rabique?

« Comment avez-vous pu, vous médecin, conclure si vite et si facilement du laboratoire à la clinique, du chien à l'homme?

« Comment avez-vous pu pousser au lieu de retenir M. Pasteur dans cette voie inexplorée et pleine de périls où il allait résolûment s'engager?

« Comment avez-vous pu, vous médecin, proférer les paroles enflammées suivantes : « La rage, cette maladie terrible, contre laquelle toutes les tentatives thérapeutiques avaient échoué jusqu'ici, a enfin trouvé son remède. M. Pasteur a créé une méthode de traitement à l'aide de laquelle on peut empêcher, à coup sûr, le développement de la rage chez l'homme mordu récemment par un chien enragé. Je dis, à coup sûr, parce que, d'après ce que j'ai vu dans le laboratoire de M. Pasteur, je ne doute pas du succès *constant* de ce traitement, lorsqu'il sera mis en pratique *dans toute sa teneur*, peu de jours après la morsure rabique. »

« Comment avez-vous pu risquer, par ces paroles sans réserve, de compromettre à la fois l'Institut, M. Pasteur et vous-même? » (Applaudissements.)

M. Vulpian remercie sincèrement M. Peter des paroles qu'il a prononcées à son adresse en terminant sa communication, car il s'honore d'avoir dit au sujet de la méthode de M. Pasteur ce que M. Peter a rappelé, et il le maintient dans tous ses termes de la manière la plus complète et la plus absolue aujourd'hui comme il y a un an.

©BIU Santé

M. Vulpian regrette que M. Peter ait cru devoir profiter de l'éloignement de M. Pasteur, retenu loin d'ici par l'état de sa santé, pour soulever cette discussion.

En l'absence de son illustre collègue, M. Vulpian demande à examiner la valeur des attaques de M. Peter. Il examine successivement les deux propositions développées par M. Peter dans son argumentation : 1° La méthode préservatrice anti-rabique de M. Pasteur est périlleuse; elle peut donner la rage aux personnes qui s'y soumettent; 2° cette méthode est inefficace.

M. Vulpian s'attache longuement à montrer que les observations des individus cités par M. Peter comme ayant succombé à la *rage des laboratoires*, manquent des caractères qui pourraient permettre de leur donner cette signification. Il n'est pas permis de conclure de ces observations que la méthode de M. Pasteur a été la cause des accidents auxquels ces malades ont succombé.

Les documents publiés par M. Pasteur, ceux que M. Grancher nous a fait connaître en son nom, ceux présentés par M. Vulpian lui-même, conduisent tous à des conclusions qui, suivant lui, s'imposent à tous les esprits libres de toute prévention.

L'une de ces conclusions, c'est que le traitemeut préventif de la rage après morsure, par la méthode de M. Pasteur, ne présente aucun danger, même lorsqu'il est employé dans sa forme intensive.

L'accusation de M. Peter ne repose sur aucune base solide, ses arguments paraissent à M. Vulpian sans valeur sérieuse. Il faut que les personnes qui viennent réclamer les secours de cette méthode de traitement préventif le sachent bien : elles ne courent aucun risque, ce traitement ne produit pas d'accidents.

L'autre conclusion, c'est que le traitement préventif de la rage après morsure par la méthode de M. Pasteur, préserve de la rage presque toutes les personnes qui s'y soumettent. Les statistiques ne laissent aucun doute à cet égard. Assurément, la cautérisation est un moyen préventif excellent ; mais on sait qu'il n'est sûrement efficace qu'à la condition que la cautérisation soit bien faite et qu'elle soit pratiquée peu d'instants après la morsure. Or bien minime est le nombre de cas dans lesquels cette double condition est réalisée. La plupart des cautérisés ne sont pas mis à l'abri des atteintes de la rage. Le traitement de M. Pasteur empêche presque toujours le développement de la rage, même lorsque les inoculations sont pratiquées quelques jours après les morsures. C'est en somme, à l'heure actuelle, le vrai traitement préventif de la rage après morsure, c'est le seul qui puisse imposer une grande confiance, c'est celui auquel M. Vulpian se soumettrait lui-même, sans un moment d'hésitation s'il avait le malheur d'être mordu par un animal enragé.

M. Vulpian termine en adjurant M. Peter de cesser cette guerre sans excuse qu'il fait à l'une de nos plus grandes gloires nationales ; à l'auteur de l'une des plus grandes découvertes qui honorent la science et l'humanité ; il l'en adjure comme médecin, comme académicien, comme philanthrope et comme patriote. (Applaudissements.)

M. Peter croit devoir protester contre le reproche que lui a fait M. Vulpian, d'avoir profité de l'absence de M. Pasteur pour faire sa communication.

M. Peter s'était fait inscrire, il y a deux mois (M. Proust pourrait en témoigner), pour faire cette communication. C'est à ce moment même que M. Pasteur a quitté Paris; M. Peter a cru devoir alors différer sa communication ; c'est en voyant, dans ces derniers temps, les cas de mort se multiplier, après les inoculations par la méthode intensive de M. Pasteur, qu'il a cru de son devoir de saisir l'Académie de ces faits, sans attendre plus longtemps le retour de M. Pasteur.

M. Brouardel dit que les documents mis entre les mains des membres de l'Académie prouvent que le chiffre des insuccès de la méthode de M. Pasteur sont de 1 p. 100 environ. Voilà le chiffre qu'il faudra retenir.

Pour démontrer que la méthode des inoculations antirabiques a échoué, M. Peter dit : « La mortalité moyenne par la rage, en France, est de 30 p. 100, d'après l'article de M. Brouardel dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* or, précisément il y a eu depuis un an, en France, 30 cas de mort par la rage, dont 14 après inoculation et 16 chez des individus non inoculés. »

Cet argument ne vaut pas. Il suffit pour le réduire à sa juste valeur de reproduire es quatre ou cinq phrases qui précèdent celle que M. Peter a empruntée à M. Brouardel et celle qui la suit. Dans ces passages, M. Brouardel accuse la négligence des départements à fournir les documents à l'enquête générale prescrite sur les cas de rage en France. Un tiers des départements n'a jamais envoyé de rapport. D'où il résulte que le chiffre moyen des cas de rage en France, par année, ne peut pas être déterminé d'une manière précise. La proportion de 30 cas de mort par an, sur une statistique de 685 cas en vingt-trois ans, paraît à M. Brouardel beaucoup trop faible, mais on ignore de quelle quantité.

M. Peter n'est donc pas fondé à dire que M. Brouardel a présenté ce chiffre comme représentant la mortalité rabique, et que si, cette année, il y a eu 30 morts par la rage alors que, grâce au retentissement de la méthode proposée par M. Pasteur, chaque cas a été exceptionnellement noté et signalé, la mortalité est restée la même.

Une proportion exacte est impossible à établir. Voilà ce qui était vrai en 1874; M. Brouardel croit qu'il faudra attendre quelques années avant de pouvoir rien préciser. Mais ce qui ressort de nos enquêtes, de celles de nos successeurs et de nos prédécesseurs, c'est que l'on peut abaisser autant qu'on voudra le taux de la mortalité à la suite des morsures rabiques, on arrivera à 10 p. 100, on n'arrivera pas à 1 p. 100, chiffre fourni par le traitement de M. Pasteur.

Ce chiffre de 1 p. 100 de mortalité est-il définitif? Est-il irréductible? Non. La réponse est facile et montre que la méthode est encore perfectible.

Arrivant à la question de la rage *lapino-canine* soulevée par M. Peter, M. Brouardel cite des observations publiées de rage paralytique chez l'homme, sans inoculation quelconque antérieure. Donc les cas de rage paralytique chez l'homme ne sont pas aussi exceptionnels que M. Peter a bien voulu le dire.

« Si M. Peter, dit en terminant M. Brouardel, avait pris la peine d'aller au laboratoire de M. Pasteur, avant d'édifier ses critiques, ou simplement de lire ce qui a été écrit par M. Roux, il aurait compris facilement que la rage pouvait se traduire par des accidents paralytiques.

« Je ne veux pas prolonger cette discussion; j'ai voulu seulement prouver que les documents statistiques, sur lesquels s'était appuyé M. Peter, n'étaient pas susceptibles d'être interprétés comme il l'avait fait, et, en outre, rapporter un nouveau fait à l'appui de l'existence de la rage paralytique. »

— Personne ne demandant plus la parole, M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur la rage.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

GOUTTES CONTRE LES COLIQUES VENTEUSES. — Monin.

Teinture de Badiane. . . . . } àà 10 grammes.
Teinture de Baumé. . . . . }
Teinture thébaïque . . . . . }

Mêlez. — Huit gouttes, trois fois par jour, dans une tasse d'infusion de petite centaurée, pour combattre les coliques venteuses. — N. G.

COURRIER

Par arrêté préfectoral, en date du 6 janvier 1887, M. le docteur Bruneau est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du VIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. Héneux, démissionnaire.

©BIU Santé

— MM. Dache et Grimaux sont nommés vice-présidents de la Société de biologie pour 1887.

Concours. — Un concours, pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 14 février 1887, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 17 janvier jusqu'au lundi 31 janvier inclusivement, de onze heures à trois heures.

Recensement de la population de la France en 1886. — Le *Journal officiel* vient de publier les résultats du recensement de la population de la France fait le 30 mai 1886. Ce jour-là la population française était de 38,218,903 habitants. Comme elle était de 37,672,048 lors du dernier recensement opéré en décembre 1881, l'augmentation de la population pour cette période de quatre ans et cinq mois serait de 546,855 personnes.

A quelles causes est dû ce progrès ? Est-ce à une immigration d'étrangers, ou bien à une amélioration des naissances, ou encore à une diminution des décès. Ainsi que le remarque le *Temps*, le *Journal officiel* est muet sur ces divers points.

Si l'on se reporte aux derniers relevés de l'état-civil on voit que l'excédent des naissances sur les décès a atteint 97,027 en 1882, 96,803 en 1883, 78,974 en 1884 et 85,464 en 1885. Voilà un gain total de 358,268 habitants pour ces quatre années.

Du 1er janvier au 30 mai 1886, la population française a dû s'accroître de même approximativement de 37,320 âmes. On arriverait ainsi à une augmentation totale de 395,628 habitants. Le dénombrement du 30 mai accusant une augmentation totale de 546,855 personnes, il y aurait donc une immigration de 151,227 étrangers. En d'autres termes, l'appoint fourni par l'étranger entrerait pour deux septièmes environ dans le progrès de notre population. (*Lyon médical.*)

Usine de désinfection à Berlin. — La municipalité de Berlin a pris une mesure des plus utiles sur laquelle nous insistons à dessein. On a installé une *usine de désinfection* dont l'ouverture a été fixée au 1er novembre. On pourra y faire désinfecter des habits, du linge, des lits, des matelas, des sommiers, des couvertures, des tapis, des rideaux, des meubles, etc. La désinfection se fait à la vapeur chaude ; si l'on a affaire à des objets que détériore la vapeur, comme le cuir, par exemple, on emploiera des substances chimiques. Les objets à désinfecter sont pris à domicile par l'administration et rapportés une fois purifiés ; on évite soigneusement de mélanger les objets désinfectés de ceux qui ne le sont pas encore. Les frais, transport compris, sont fixés de la façon suivante : *a*) pour les objets à désinfecter à la vapeur chaude, 4 marcks (5 fr.) par mètre cube occupé dans l'appareil par les objets, avec un minimum de 4 marks. *b*) Les objets désinfectés chimiquement payent 80 pfennigs (1 fr. environ de notre monnaie) par heure de travail, les substances chimiques y comprises, avec un minimum de 80 pfennigs.

Nous sommes certains que cette institution est appelée à un grand avenir. Les avantages qu'elle offre aux hôpitaux et aux particuliers sont si grands qu'il est inutile d'insister davantage sur ce sujet. (*Lyon médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 22 janvier 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. de Beauvais : Rapport sur la candidature de M. le docteur Thiry (de Bruxelles). — 2. M. Deligny : Blennorrhée d'origine arthritique. — 3. M. Wickham : De la cure radiale du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. — 4. M. Larroque : De l'acétanilide dans l'ataxie locomotrice. — 5. Vote sur la candidature de M. le docteur Malibran.

On demande des Médecins et Pharmaciens pour le canal de Panama. — S'adresser, 15, rue Louis-le-Grand.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Auguste Ollivier : De la diffusion continue de la rougeole à Paris et des moyens d'y remédier. — II. Revue des Journaux : Traitement de la sténocardie par la cocaïne. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

De la diffusion continue de la rougeole à Paris et des moyens d'y remédier.

Par le docteur Auguste Ollivier,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et du lycée Saint-Louis.

La diffusion de la rougeole à Paris, depuis deux mois, est considérable. Les hôpitaux d'enfants regorgent de malades atteints de cette affection. Cela tient-il à l'action d'une influence épidémique et périodique encore mal connue et par suite au-dessus des ressources de l'hygiène? Cela tient-il, au contraire, à l'action exagérée des causes ordinaires que nous pouvons, sinon faire disparaître, du moins diminuer dans de notables proportions? il me semble que la seconde opinion est seule conforme aux faits ; c'est ce que je vais m'efforcer de montrer dans les quelques considérations suivante :

La rougeole est une maladie spécifique et contagieuse. Voilà qui est aujourd'hui hors de doute. Dans quels milieux se produit d'habitude la contagion? Il suffit au praticien, pour répondre, de jeter un regard autour de lui. La contagion se produit à l'hôpital et en ville, et, dans la seconde éventualité, soit à l'école, soit à l'intérieur même de la famille.

I

L'idée de la contagion, officiellement admise à l'administration de l'Assistance publique, a inspiré dans ces derniers temps une série de mesures qu'on ne saurait trop louer. Pour la rougeole, il y a maintenant, dans tous

FEUILLETON

CAUSERIE

Conseils à un débutant.

Mon cher ami,

Sur le point de vous établir comme médecin praticien, vous voulez bien me demander quelques conseils sur votre installation, sur la façon dont il faut vous loger, vous meubler, et vous pensez avec raison que rien n'est indifférent parmi ces détails matériels de l'existence d'un médecin; je vous renseignerai de mon mieux là-dessus, et m'estimerai heureux si je puis ainsi contribuer, pour ma faible part, à votre succès dans notre intéressante et laborieuse carrière.

Prenez votre temps, me dites-vous, réfléchissez tout à votre aise; vous avez plusieurs mois devant vous pour me formuler un programme ; je ne suis pas encore marié, et vous ne supposez pas que je songe à faire de la médecine étant garçon. Je vois, mon cher ami, que vous êtes sous l'influence de certaines idées encore assez répandues sur le célibat des médecins; vous vous êtes laissé persuader qu'un médecin devait absolument être marié, le mariage des médecins étant une loi sociale aussi rigoureuse que la loi canonique du célibat des prêtres. On ne peut prévoir ce qu'il adviendra du célibat des prêtres devant les prochains conciles; quant au mariage des médecins, les exigences

©BIU Santé

les hôpitaux d'enfants, des services d'isolement. C'est assurément quelque chose. Est-ce suffisant? Non, à coup sûr. Tout le monde est parfaitement d'accord aujourd'hui sur le caractère contagieux de la rougeole, non seulement pendant l'éruption, mais encore et surtout dès le début des prodromes, alors que la maladie n'est caractérisée que par un catarrhe oculo-nasal, de l'enrouement, de la toux. Or ces manifestations, nous ne devons pas l'oublier, sont souvent trompeuses.

J'ai insisté, il y a deux ans, dans un rapport lu au Conseil d'hygiène publique et de salubrité (1), sur les dangers créés par les consultations d'hôpital, spécialement celles des hôpitaux d'enfants fréquentées par des sujets à réceptivité plus grande.

« Voici, disais-je, comment les choses se passent : Un enfant est malade, on l'amène à la consultation sans savoir si on le laissera; souvent on n'en a pas l'intention; ce qu'on veut, c'est un conseil, une ordonnance. La salle est ouverte à tout le monde, sans distinction, sans différences d'aucune sorte. Le seul ordre suivi est l'ordre d'arrivée. Une simple céphalalgie, un embarras gastrique, un soupçon de malaise, donnent droit à l'entrée, au même titre que l'angine ou la fièvre éruptive la plus grave. Tous les petits malades sont assis l'un près de l'autre. Ce serait la plus extraordinaire des choses si, dans cette touchante communauté, il ne s'établissait point une vraie solidarité morbide, un échange non pas de bons procédés, mais d'affections le plus souvent dangereuses. De plus, les infirmiers vont et viennent. Ces rapports entre la consultation et les salles ont lieu à chaque instant. Qu'arrive-t-il? c'est que des enfants qui n'avaient ni rougeole ni diphthérie en arivant à la consultation, les y prennent. Ils entrent à l'hôpital pour une autre maladie : paralysie infantile, mal de Pott, etc. Quatorze ou quinze jours après, on voit apparaître l'éruption. On dit : c'est

(1) La rougeole à Paris, etc., Rapport adressé à M. le préfet de police, président du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine dans la séance du 6 juin 1884. (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1884, et *Etudes d'hygiène publique*, 1886, p. 46.)

du monde se sont beaucoup adoucies, et l'on accepte très bien aujourd'hui les médecins célibataires. Sans doute, le mariage est préférable; inutile de vous énumérer les garanties de respectabilité que ce sacrement apporte avec lui, et dont un médecin a besoin plus que personne; mais quelle est la pensée des gens qui veulent marier de force tous les médecins? Ils se figurent probablement que les médecins non mariés, par le seul fait de leur célibat, s'introduiraient dans les familles comme des séducteurs, ne rêveraient que plaies et bosses, et mèneraient une vie de polichinelle avec les femmes et les jeunes filles de leur clientèle; or, rien n'est plus faux, et l'expérience de tous les jours prouve que les médecins célibataires ont autant de souci de la dignité professionnelle que les autres. C'est un vieux cliché, et qui passera complètement de mode, que la soi-disant nécessité du mariage pour les médecins; il n'est pas plus indispensable aujourd'hui que la cravate blanche, les lunettes à branche d'or et la canne en jonc à pomme d'argent, qui furent aussi jadis nos attributs presque obligatoires.

Voulez-vous me dire d'ailleurs, puisque nous en sommes sur ce chapitre, ce que peut faire le mariage sur la moralité d'un médecin? S'il est honnête homme, il le sera dans le mariage comme dans le célibat; s'il ne l'est pas, ce qu'à Dieu ne plaise et pour raisonner seulement par hypothèse, est-ce le mariage qui lui donnera de la vertu toujours et quand même? Pour attribuer au mariage cette puissance, il faudrait que l'histoire nous montrât tous les hommes mariés sages et fidèles, et l'histoire ne dit pas précisément cela. Pour que le mariage fût vraiment utile aux médecins, comme on l'entend dans le public, il faudrait que le médecin fût accompagné de sa femme dans toutes ses

un cas autochtone, *interne*, et on accuse l'atmosphère nosocomiale. L'atmosphère de l'hôpital n'aurait probablement rien produit de pareil, si le petit malade n'avait point passé dans la salle de consultation en même temps qu'un ou plusieurs autres enfants en pleine période d'invasion ou même d'éruption de la rougeole. Je me place, bien entendu, dans l'hypothèse qu'il n'y en avait pas un autre cas dans la salle au moment de son entrée. »

Ces considérations s'appliquent plus rigoureusement peut-être à la rougeole que je ne pouvais le dire dans cet exposé général. Plusieurs jeunes sujets qui n'ont pas d'éruption aujourd'hui, mais qui en auront demain, sont placés à côté d'enfants de tout âge, le plus souvent aptes à recevoir la contagion. On les isolera dès qu'on verra la première tache caractéristique de l'exanthème; mais, avant qu'on ne soit arrivé à cette mesure, l'enfant a répandu la rougeole partout où il a passé : il l'a répandue dans la salle de consultation, il la répandra dans les salles de médecine et de chirurgie de l'hôpital même. On dirige les petits malades qui ont une éruption nette vers le pavillon des rubéoliques, mais les autres? Ceux qui ont les yeux rouges, larmoyants, sensibles à la lumière vont aux salles de chirurgie avec les enfants atteints de conjonctivite. Ceux qui toussent ou bien ont la voix rauque sont envoyés dans les salles de médecine. Les uns et les autres peuvent y rester deux, trois ou quatre jours sans que rien attire l'attention du côté de la peau. Mais un matin apparaît l'éruption qui explique le processus. Vite on enlève l'enfant; mais il est presque infaillible que treize, quatorze ou quinze jours plus tard il faudra en enlever d'autres. Cet enfant a marqué son passage dans la salle comme il l'avait marqué à la consultation.

Voilà le mal; mais le remède? il est à notre portée, nous l'avons sous la main pour ainsi dire. Il faut isoler les malade dès la période d'invasion; le tout est de la reconnaître, et c'est souvent possible. Dans les conditions actuelles, lorsque le médecin a près d'une centaine d'enfants à examiner à chaque consultation, la sélection initiale n'est pas toujours praticable; le

---

visites, à toutes ses consultations; hors de cette condition, difficile à remplir, quelle différence trouvez-vous entre un célibataire et un homme marié sans sa femme ? S'il y a des différences, n'en trouverait-on pas aisément plus d'une qui serait toute juste au désavantage de l'homme marié? Car le célibataire, par sa situation même, sera tenu à une réserve, à une attention, à une pruderie dont l'homme marié pourrait s'affranchir au besoin; à l'abri du soupçon, il pourrait s'enhardir, et se servir des arguments de Tartuffe auprès d'Elmyre :

..... Les gens comme nous brûlent d'un feu discret
Avec qui, pour toujours, on est sûr du secret.
Le soin que nous prenons de notre renommée
Répond de toute chose à la personne aimée.

Vous voyez combien se soutient peu, en principe, cette obligation du mariage qu'une partie du public voudrait encore imposer aux médecins; heureusement, comme je vous le disais en commençant, des idées plus larges et plus raisonnables tendent à prévaloir, et vous connaissez comme moi nombre de confrères non mariés qui n'en réussissent pas moins bien..... et ne s'en portent pas plus mal.

Comme conclusion, restez célibataire si vous voulez, mariez-vous si vous pouvez; le célibat est bon, le mariage est meilleur, soit dit sans la moindre allusion au proverbe : « Le mieux est l'ennemi du bien. »

Mais quand vous aurez pris femme, par où vous ne pouvez manquer de finir tôt ou

©BIU Santé

consultant doit, malgré tout, s'attacher au symptôme prédominant et s'en inspirer dans sa conduite à l'égard du petit malade. Vouloir qu'il fasse, dans une consultation aussi nombreuse, une analyse clinique approfondie de la toux ou du larmoiement, c'est vouloir l'impossible, étant donné le temps dont il dispose. Que peut-on donc dans ces conditions? Suivre l'exemple de l'autorité juridique; créer, par rapport à la contagiosité, les deux classes de prévenus et d'inculpés. Il existe un pavillon ou un service d'isolement, soit; mais on ne doit parvenir à cette enceinte ultime que par des degrés disposés de telle sorte que, lorsque l'enfant a une rougeole franche et reconnue telle, on puisse hardiment affirmer que, depuis l'instant où il a franchi le seuil de l'hôpital, il n'a contaminé personne.

Pour atteindre ce but, il faut un interne de consultation, comme je l'ai demandé il y a près de deux ans (1). Ce sera le magistrat chargé de la première instruction. Soupçonne-t-il une rougeole à la période d'invasion (car je ne parle aujourd'hui que de la rougeole)? il la signale immédiatement, et, si l'enfant est admis à l'hôpital, on ne devra l'envoyer ni dans une salle commune où il pourrait donner la maladie, ni dans le pavillon d'isolement où il pourrait la prendre s'il ne l'avait pas, mais dans des salles spéciales, isolées elles-mêmes et destinées exclusivement aux individus suspects de maladies contagieuses. Ainsi, il faut défendre la consultation publique du danger de la contamination venant du dehors; ne pas exposer l'enfant suspect à une contamination certaine, protéger enfin les petits malades des services de médecine et de chirurgie.

Un interne de consultation pour examiner les enfants dès leur arrivée et les classer, *des salles d'attente et d'observation* pour chaque variété de maladies contagieuses : voilà les éléments indispensables de la prophylaxie de ces maladies à l'hôpital.

Il suffira, j'en ai la conviction, de signaler ces désidérata à l'Administration pour qu'elle s'empresse de les faire disparaître. Le Conseil muni-

(1) Loc. cit. (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1884, et *Etudes d'hygiène publique*, 1886, p. 53).

tard, vous aurez à imposer à votre épouse certaine ligne de conduite, sur laquelle il faut que j'attire votre attention. Ce sont matières délicates, dont tout le monde ne s'avise pas, et, pour les traiter, je dois me surveiller afin qu'aucune parole n'excède ou ne trahisse ma pensée. Il est entendu, puisque c'est là le but de l'institution, que votre compagne tiendra votre ménage, soignera votre maison, vous gardera au chaud les repas pour lesquels vous serez toujours en retard, pour peu que vous soyez occupé; il est convenu aussi que la seule présence d'une épouse sous votre toit vous conférera le poids, la dignité, la considération qui vont avec l'état d'homme marié, de chef de famille. Cela est si bien le signe de toutes les vertus, qu'on n'aurait jamais compris un bon garde national qui ne fût en même temps bon époux et bon père.

Hors de ces attributions élémentaires de la femme, quel concours la vôtre pourra-t-elle vous apporter dans l'exercice même de votre profession? Aucun, mon cher ami, absolument aucun; votre femme ne devra jamais être votre collaborateur sous aucune forme, et pour cela vous devrez vous attacher à la laisser profondément ignorante de toutes les choses médicales. Vous ne sauriez croire combien est choquante cette ingérence dans la profession médicale que l'on rencontre parfois chez les femmes. Son premier effet est de faire naître le soupçon que le médecin n'observe pas toujours avec sa femme le secret médical dans toute sa rigueur; s'il en était ainsi, ce n'est plus au mariage que nous devrions être condamnés, mais bien au célibat, tout comme les prêtres et pour les mêmes motifs. A un autre point de vue, les citations techniques, les récits de maladies et de traitements ont quelque chose de disgracieux dans la bouche d'une

cipal, qui a montré tant de fois une sollicitude digne de tout éloge pour ce qui touche à l'hygiène de la Cité, fournira certainement les fonds nécessaires dès qu'on les lui demandera.

II

Nous avons suivi dans les salles d'hôpital les rubéoleux à la période d'invasion; mais ceux qui n'entrent pas, ceux qui ont été contaminés dans la salle de consultation et qui retournent dans leurs familles, tous ceux-là sont des propagateurs involontaires de la maladie. Je puis dire, sans crainte d'être contredit, qu'actuellement les salles de consultation des hôpitaux sont les origines certaines d'épidémies locales, à foyers souvent éloignés les uns des autres, et sans connexions apparentes. Nous venons de voir qu'il y a moyen de remédier à cet état de choses.

Mais il est d'autres milieux tout aussi favorables à la transmission des germes : les écoles. A ce point de vue, on pourrait dire, si l'on ne voulait faire un rapprochement fâcheux, que la diffusion de l'instruction populaire présente, à côté d'avantages sans nombre, l'inconvénient de favoriser dans une certaine mesure la propagation des microbes pathogènes parmi les masses. Il est consolant sans doute de voir les écoles se multiplier, leurs salles se remplir, mais il est fâcheux que ces écoles puissent servir à la propagation de la rougeole, il est fâcheux qu'un enfant qui a pris cette maladie de son voisin la donne à ses frères ou sœurs qui n'ont point encore dépassé l'âge auquel la mortalité est véritablement effrayante dans cet exanthème. Y a-t-il donc incompatibilité d'humeur entre l'enseignement primaire et la prophylaxie des maladies contagieuses? Se trouve-t-on en présence de ce dilemme fatal, ou de fermer les écoles publiques, ou d'attendre la rougeole avec un phlegme oriental, résignés d'avance à ce qu'elle prélève son tribut funèbre sur les jeunes enfants? Je ne crois pas que l'esprit le plus paradoxal et le plus chagrin puisse jamais émettre une pareille conception. On peut, à mon avis, diminuer le nombre des cas de rougeole contractée dans les écoles au point de les réduire à une quantité négli-

femme: cela frise, soit le pédantisme, soit le ridicule; en pareil cas, on se rappelle involontairement la servante du curé qui racontait : « Tous les matins, à six heures, nous disons la messe. » J'ai connu un très respectable confrère, qui exerçait la chirurgie en province, et qui ne cachait aucun détail de sa pratique à son épouse; si bien qu'un jour celle-ci alla triomphante par la ville, expliquant à ses connaissances que son mari venait de faire l'uréthrotomie interne par le procédé de Maisonneuve à un vieux capitaine en retraite, dont le rétrécissement devint ainsi le sujet de toutes les conversations. Gardez-vous d'une pareille mésaventure, et, pour ne pas vous y exposer, ne prenez pas votre femme comme chef de clinique.

Enfin, interdisez-lui non seulement les récits, les allusions, mais surtout les appréciations au travers desquelles se laisserait deviner facilement une intention de blâme à l'adresse des confrères; il est évident que votre femme vous considérera toujours comme le premier dans votre art, ce qui est fort naturel; mais qu'elle garde cette conviction pour son usage personnel et n'en laisse rien paraître; ces petites réclames conjugales, que l'on n'est pas toujours à même de réprimer, font un effet déplorable et vont directement contre leur but. Vous fermerez donc d'une barrière infranchissable, même pour vos proches les plus chers, le domaine de la profession, et vous vous souviendrez que, parmi les grâces infinies dont la nature a doté la plus belle moitié du genre humain, l'incompétence n'est pas une des moins appréciables.

Cette digression, toute théorique, car il s'agissait là de ce qui pourrait arriver et non pas de ce qui arrive, nous a entraînés bien loin de notre point de départ; vous me per-

SBIU Santé

geable. Que faut-il donc pour cela? Répandre chez les instituteurs la connaissance des notions élémentaires, aujourd'hui définitives, qui concernent la contagion, les amener à prendre l'avis du médecin dès qu'ils supposent qu'un enfant se trouve à la période d'invasion de la rougeole. Quel inconvénient y aura-t-il à inviter les parents à garder chez eux leur enfant pendant quelques jours? Aucun. Si les phénomènes qu'il a présentés ne se rattachent point à la rougeole, on pourra le soigner plus méthodiquement dans sa famille que s'il avait fréquenté l'école. Si, au contraire, il est atteint de cette affection, ne vaut-il pas mieux qu'il ait gardé la chambre pendant la période d'invasion que de s'être exposé dans des allées et venues à des refroidissements capables de produire des complications graves. Les mesures prophylactiques n'ont donc aucun inconvénient pour ceux qui en sont l'objet, elles protègent ceux que l'on veut protéger.

Reste la famille. Là, notre action est beaucoup moins efficace. Nous nous heurtons à l'ignorance, au parti pris, aux impossibilités matérielles. On ne sait pas que l'enfant a la rougeole avant d'être rouge, on ne sait pas qu'à ce moment il peut la donner à ses frères et sœurs; on ne sait pas que la rougeole, souvent insignifiante pour les enfants d'un certain âge, est une calamité pour les petits enfants; on ne le sait pas, et, malheureusement on est obligé de l'avouer, souvent on ne veut pas le savoir. Contre la mauvaise volonté, la défiance, la routine, nous n'avons qu'une ressource, l'éducation hygiénique; mais, il faut le reconnaître, celle-ci se fait toujours lentement. Contre l'ignorance, nous pouvons recourir aux instructions précises, simples, compréhensibles pour tous comme celle qu'a rédigée Delpech, il y a quelques années, au nom du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine (1).

Les instituteurs peuvent être les agents actifs de cette propagande parfaitement licite. Il n'y aurait qu'à mettre à leur disposition des exemplaires

(1) Rapport à M. le préfet de police sur les symptômes auxquels les instituteurs pourraient reconnaître le début ou l'existence de maladies contagieuses. Paris, 1879.

mettrez donc de remettre à une prochaine lettre les renseignements beaucoup plus terre-à-terre que vous attendez encore de moi, lettre que nous pourrons commencer, si vous le voulez bien, mon cher ami, par cette épigraphe : *Nunc paulò minora canamus.*

En attendant que j'assiste à votre noce, où il sera tout à fait inutile d'emporter ce feuilleton, je vous serre la main.

Votre bien dévoué. P. Dubray.

TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE FLATULENTE, — N. Gueneau de Mussy.

Prendre avant les repas un petit verre d'infusion de camomille ou de germandrée, ou d'un mélange de deux parties de Colombo et d'une partie d'écorces d'oranges amères. Ajouter à ces infusés 3 à 9 gouttes de teinture amère de Baumé. Prendre, en outre, une prise composée de : charbon de bois blanc, de 0 gr. 50 cent. à 1 gramme; magnésie, craie précipitée, bi-carbonate de soude, âà 0 gr. 35 à 0 gr. 50 cent. — Dans le cas de tendance à la diarrhée, on remplace la magnésie par le sous-nitrate de bismuth. — Enfin, on peut, au lieu d'ajouter la teinture de Beaumé à l'infusion, introduire dans chaque prise, 3 à 5 centigr. de poudre de noix vomique. — N. G.

imprimés en nombre suffisant pour qu'ils les distribuent aux enfants, aux familles avec lesquelles ils se trouvent en relation. On ne les lira pas toujours; que tout d'abord on n'en prenne connaissance qu'une fois seulement sur cent et qu'on en tienne compte; c'est un résultat qui n'est pas à dédaigner.

Le manque de ressources est un autre obstacle. Pour peu qu'on s'entretienne de ces questions avec les médecins des bureaux de bienfaisance, qui connaissent mieux que personne les classes laborieuses de la population parisienne, on entend presque toujours répéter les mêmes choses : « Un de vos enfants a la rougeole, dit le médecin, il faudrait éloigner les autres. — Mais où voulez-vous que je les mène? » — Telle est la réponse habituelle. J'ai, dans une autre publication (1), indiqué le remède. Il faudrait que l'initiative privée, si spontanée chez nous lorsqu'on lui signale une œuvre de charité à faire, que les Sociétés philanthropiques, que les administrations s'ingéniassent à créer des asiles dans lesquels les familles pauvres tenant à soigner à domicile un de leurs enfants atteint d'une maladie contagieuse pourraient placer les autres enfants jusqu'à ce que tout danger de contagion ait disparu.

Cette idée de création d'espèces d'hôpitaux pour des sujets bien portants semble paradoxale, mais elle n'est paradoxale que dans la forme. Je suis de ceux qui croient que les maladies contagieuses sont des éventualités accidentelles, dont on peut avoir raison à la longue avec des précautions rationnelles. Les améliorations instinctives, non raisonnées de l'hygiène publique ont fait disparaître les pandémies des siècles précédents : nous ne connaissons plus la miliaire anglaise du XVIe siècle; la peste est reléguée dans les tribus nomades du plateau de l'Iran. Ne pouvons-nous donc obtenir quelque chose d'analogue pour des maladies dont nous connaissons en grande partie, grâce aux recherches de la science moderne, les causes et le mode de propagation?

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la sténocardie par la cocaïne, par le professeur W. LASCHKEVITCH (de Kharkov). (*Revue de médecine*, août 1886.) — Dans ce mémoire, le professeur W. Laschkevitch publie quatre observations d'angor pectoris dans lesquelles il a administré la cocaïne par dose de un demi à un tiers de grain, c'est-à-dire de 0 gr. 025 à 0 gr. 016, à prendre trois à quatre fois par jour.

Les accès ne cessèrent pas immédiatement après avoir pris la cocaïne, mais ils cédèrent complètement à ce remède au bout de trois jours. En même temps que disparaît la douleur, le pouls se ralentit et devient plus plein, les urines augmentent de quantité.

Le professeur Laschkevitch a, de plus, remarqué que les inhalations d'oxygène pur abrègent sensiblement l'accès d'angor pectoris ; sous leur influence, le pouls se calme, se remplit, et la respiration devient plus facile.

Il s'ensuit, d'après cet auteur, que « si l'on combine le traitement de la sténocardie par l'inhalation d'oxygène avec l'emploi interne de la cocaïne, on remplit au mieux le problème thérapeutique de la cure de la sténocardie : supprimer l'accès et l'empêcher de réapparaître. » — É. DESCHAMPS.

(1) De la propagation de la diphthérie à Paris, etc. Rapport lu au Conseil d'hygiène publique et de salubrité dans la séance du 18 avril 1884. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1884, et *Études d'hygiène publique*, 1886, p. 37.)

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES.

Dans la séance solennelle du 27 décembre dernier, l'Académie a décerné le prix Francœur (section de géométrie) à M. Emile Barbier. Ce lauréat, dont la santé est depuis longtemps ébranlée, remercie l'Académie par une lettre datée de Charenton. Il dit que sur les 1,000 fr. qu'il a reçus, il a prélevé une somme de 25 francs pour s'offrir le luxe d'une montre en nickel, et qu'il s'est ingénié à transformer cette montre simple en montre à répétition. En d'autres termes, il a cherché le moyen de savoir l'heure la nuit avec une montre qui ne sonne pas. Il a réussi. S'étant réveillé en pleines ténèbres, il a consulté sa montre, et il a constaté qu'il était deux heures vingt et une minutes. La lumière d'une allumette lui a montré qu'il ne s'était pas trompé. Pour atteindre ce but, il a compté le nombre des crans du remontoir, et calculé combien de ces crans correspondent à chaque division du cadran. Cela fait, il remonte sa montre au moment de se coucher en notant l'heure exacte que marquent les aiguilles. Quand il se réveille, il remonte de nouveau sa montre, et la différence entre les tours du remontoir lui donne l'heure avec assez de précision pour qu'il puisse déterminer même les minutes. Il dit encore qu'il est arrivé au même résultat par le tact seul. Ce moyen est plus simple, et aucun aveugle ne le contestera.

M. Darreau adresse un nouveau mémoire *Sur la végétation avec les matières solides du tout à l'égout.*

M. le Secrétaire perpétuel signale parmi les pièces imprimées de la correspondance : 1° la 22e année du « Journal du ciel », publié par M. J. Vinot; 2° une notice biographique sur Paul Bert par M. Emile Thierry.

M. Marey écrit de Naples qu'il continue ses études sur la position des ailes de l'oiseau pendant le vol, et il annonce l'envoi d'une série de photographies instantanées prises au nombre de 40 par seconde.

M. G. Sée, par l'entremise de M. le Secrétaire perpétuel, fait hommage à l'Académie d'un volume sur le régime alimentaire, tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie.

M. Gaudry dépose sur le bureau une note de M. le docteur Lemoine, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, sur un mammifère fossile découvert dans les terrains tertiaires (éocène inférieur) des environs de Reims. Ce mammifère, le Plésiadapis, peut être rapproché des marsupiaux.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Sudre, une étude sur la commotion et la contusion du cerveau.

M. Janssen rend compte des obsèques de Paul Bert, auxquelles il a assisté comme délégué de l'Académie.

M. Milne-Edwards présente une note de M. Chalande sur le mécanisme de la respiration chez les myriapodes :

« La plupart des zoologistes admettent que le mécanime de la respiration chez les myriapodes est le même que chez les insectes.

« Les nombreuses recherches auxquelles je me suis livré prouvent que cette hypothèse est dépourvue de tout fondement et démontrent que chez les espèces possédant une enveloppe extrêmement dure (iulides), aussi bien que chez celles dont les téguments externes sont relativement mous (lithobides, scolopendrides, géophilides), il n'existe pas de mouvements externes destinés spécialement au renouvellement de l'air dans l'appareil respiratoire. Non seulement il n'y a pas chez ces animaux de mouvements généraux liés à la respiration, mais encore leurs stigmates, pourvus d'un péritrème corné, restent absolument immobiles.

« L'appareil respiratoire ne possède pas de mouvements qui lui soient propres, sus-

ceptibles de produire l'appel ou l'expulsion de l'air. Les poches sous-stigmatiques, chez les espèces qui en sont pourvues, peuvent bien, sous l'influence de causes extérieures, se contracter ; mais on ne peut regarder ces contractions comme des mouvements respiratoires. L'étude directe des causes qui les déterminent en fournit la preuve.

« Un myriapode étant placé dans une petite cage de verre, on y fait pénétrer un courant d'eau. Aussitôt l'animal contracte ses poches sous-stigmatiques, ou les appendices qui bordent les stigmates se rapprochent, et l'eau ne pénètre pas dans l'appareil respiratoire. Cette occlusion n'est pas complète cependant. Suffisante pour s'opposer à l'entrée de l'eau, elle ne peut empêcher la pénétration des gaz.

« Si l'appareil dans lequel est placé le myriapode est disposé de telle sorte que les expériences puissent avoir lieu sur la platine du microscope, de manière à en suivre toutes les phases, on peut constater : 1° dans les expériences d'asphyxie par submersion, le ralentissement, puis le renversement de la circulation, et enfin la cessation des contractions du vaisseau dorsal ; l'animal vit tant que l'air contenu dans ses trachées n'est pas complètement vicié ; 2° dans les expériences d'asphyxie par le gaz acide carbonique, l'arrêt immédiat de toutes les fonctions, dès que le gaz est introduit.

« Dans l'un et l'autre cas, si, sans prolonger trop longtemps l'expérience, on remet l'animal à l'air libre, on voit reparaître les contractions du vaisseau dorsal, qui, d'abord très faibles, ne tardent pas à atteindre la moyenne primitive.

« Si l'on observe avec soin l'ensemble des faits produits par les contractions du vaisseau dorsal, on remarque qu'à chaque mouvement le sang chassé dans les lacunes, rencontrant dans son parcours les trachées qui y sont baignées, accentue à chaque flux sanguin les courbes de ces trachées. Il en résulte pour chaque contraction alternativement une augmentation et une diminution dans la capacité totale de l'ensemble de l'appareil respiratoire.

« L'inspiration et l'expiration sont ainsi assurées par les mouvements rhythmiques du vaisseau dorsal. En outre, l'air pénètre par diffusion jusque dans les plus fines trachées. Pendant le repos, ces causes agissent seules.

« Pendant l'activité, certaines fonctions aident la respiration ; ce sont :

« 1° Pendant la marche, l'action des muscles moteurs des pattes sur les trachées ;

« 2° Pendant la digestion, les mouvements du canal digestif.

« Enfin l'abaissement de la température, outre le ralentissement qu'il exerce sur sur toutes les fonctions et, par conséquent, sur l'activité des combustions organiques, agit encore sur la respiration par la diminution du nombre des contractions du vaisseau dorsal. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1887. — Présidence de M. DE BEAUVAIS, ancien président, puis de M. FRAIGNIAUD, président.

La séance est ouverte sous la présidence de M. DE BEAUVAIS, ancien président, qui prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je ne pensais pas avoir la douloureuse mission de remplacer aujourd'hui notre regretté président, M. Gillebert-Dhercourt, car cet honneur revenait de droit à l'un de nos doyens d'âge, M. Delasiauve ou M. Perrin, qui ont bien voulu me charger du soin d'installer le bureau de 1887.

Qui de nous aurait pressenti que notre cher collègue M. Gillebert-Dhercourt, qui semblait se draper, calme et souriant, dans sa belle et verte vieillesse, nous quitterait si promptement, et laisserait vacant cette année le fauteuil, dont il venait de prendre possession à la satisfaction de tous? Qui aurait pensé qu'il suivrait d'aussi près dans la tombe notre dévoué secrétaire général, l'honnête Thorens, MM. Gillette et Forget, dont il avait déploré la perte, en termes émus, peu de jours avant? C'est la première fois que nous voyons un aussi cruel désastre affliger notre Société et désorganiser notre bureau en quelques mois. Je laisse d'ailleurs à M. Christian, notre nouveau et excellent

©BIU Santé

secrétaire général, la pénible mission de vous énumérer dans son fidèle compte rendu, que vous allez entendre avec un vif intérêt, tous les vides, tous les deuils qui ont attristé l'année 1886!

Heureusement, notre Société, pleine de vitalité, peut s'inspirer du noble sentiment du poète : *Uno avulso, non deficit alter.*

Au digne M. Gillebert-Dhercourt succède, selon les traditions habituelles, M. Fraigniaud, qui, depuis vingt ans, suit assidûment nos séances, qu'il charme et intéresse par ses communications variées. Praticien habile autant que modeste, confrère aussi affable qu'indulgent, assisté d'un écrivain distingué, membre de l'Académie de médecine, notre savant collègue M. de Ranse, il présidera notre chère Société avec une distinction égale à son zèle et à son dévouement. Je vous invite, affectionné confrère, à venir prendre place à ce fauteuil qui vous appartient si légitimement, et dont vous avez pris déjà l'habitude depuis plusieurs mois.

Après ce discours, vivement applaudi, M. DE BEAUVAIS appelle au bureau MM. Fraigniaud, président; de Ranse, vice-président; Coignard, secrétaire annuel.

M. FRAIGNIAUD, en prenant possession du fauteuil, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Un événement malheureux m'ayant fait prendre, dès les premiers mois de l'année dernière, la direction de vos séances, j'ai fait de mon mieux pour m'élever à la hauteur de la tâche qui m'était échue. Vous avez récompensé mes efforts bien au delà de mon mérite, en me nommant président de la Société de médecine de Paris. Veuillez recevoir tous mes remerciments pour ce nouveau témoignage de votre estime dont je connais tout le prix. Afin de justifier cette faveur, je vais m'employer davantage encore et faire en sorte que vous puissiez oublier que votre aimable bienveillance m'a perpétué dans ce fauteuil.

L'année 1886 aura été bien funeste à notre Société. Que de deuils en si peu de temps! Nous avons perdu deux membres titulaires : Gillebert-Dhercourt père, que vous veniez d'élever à la présidence, en comblant le plus cher de ses vœux et qui n'aura fait que toucher à la terre promise, et Thorens, ce laborieux, ce patriote, que sa jeunesse n'a pu préserver. Puis, coup sur coup, parmi nos membres honoraires : Dechambre, Gillette, Forget, Boinet, Foissac, noms honorés entre tous, maîtres qui eurent leurs jours de légitime célébrité et dont notre Compagnie se montrait justement fière.

Ces pertes nous laisseraient bien tristes si nous n'avions déjà les longs espoirs qui consolent. Deux jeunes collègues, dont vous avez pu apprécier les titres, MM. Wickham et Larroque, sont venus prendre place parmi nous; je salue leur arrivée. De nombreux membres correspondants nationaux et étrangers, MM. Lediberder (de Lorient), Armand Rey (de Grenoble), Pintaud-Désallées (de La Rochefoucauld), Janson Zuède (de Liège), ont recherché l'honneur de vous appartenir. Ainsi la vie naît de la mort, et cette Société, vieille de bientôt un siècle, est aussi jeune que jamais.

M. Christian, notre nouveau secrétaire général, que son zèle et ses brillantes qualités recommandaient si bien à votre choix, vous donnera tout à l'heure l'explication de cette vitalité en vous lisant le compte rendu de vos travaux. Vous verrez que l'année a été utilement remplie. Mais, Messieurs, ne nous reposons pas pour cela sur ces lauriers. Nous sommes à une époque de grande activité scientifique. Notre Société, qui a un si glorieux passé, sera pénétrée plus que jamais du sentiment de noble émulation qui règne autour de nous. Je ne sais quel général se plaignait qu'à la guerre on vit toujours les mêmes se faire tuer. Que ce reproche ne soit pas possible ici et que chacun donne à son tour, pour le plus grand honneur de notre chère Compagnie.

Messieurs, vous serez unanimes à voter des remerciments à tous les membres du bureau qui viennent de nous donner un si utile concours. Ceux dont les fonctions finissent emportent nos regrets : nos secrétaires annuels, MM. Dehenne et Pellier, notre archiviste, M. Rougon, qui s'est démis, à notre grand regret, d'une situation où il pourra être égalé, mais non surpassé; notre trésorier, M. Perrin, dont l'éloge n'est plus à faire, les membres de notre conseil d'administration.

Je suis heureux de voir prendre place à côté de moi M. de Ranse, dont la haute compétence m'aidera puissamment à conduire la Société vers d'heureuses destinées, ainsi que les nouveaux membres du bureau que vous m'avez adjoints et dont le choix est si plein de promesses.

Que cette année, Messieurs et chers collègues, vous soit bonne, qu'elle soit prospère pour notre Société. (Applaudissements répétés.)

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

A propos du procès-verbal, M. Larroque dit qu'il a vu récemment, dans un service d'hôpital, deux cas de méningite tuberculeuse, vérifiée à l'autopsie, être enrayés par le traitement mercuriel.

M. Duroziez : En nous présentant, dans la dernière séance, le livre de M. Dechaux sur la *Saignée*, M. de Beauvais exprimait le regret que la saignée fût abandonnée de nos jours. Je crois que, dans cette proscription de la saignée, il y a une évidente exagération, et, il y a quelques années, j'ai présenté sur ce sujet un long travail à l'Académie de médecine. Mais mon travail est venu dans un mauvais moment, et l'on n'y a prêté aucune attention.

M. Rougon : Que M. Duroziez se console : il y a encore des praticiens qui recourent à la saignée. Peut-être même en ferait-on plus souvent, si chaque médecin avait toujours une lancette sur lui. Pour moi, j'ai vu récemment une femme atteinte d'éclampsie, je n'ai pas hésité à ouvrir la veine, et la malade a guéri.

M. Larroque : Il y a encore des professeurs et des chefs de service dans nos hôpitaux qui emploient la saignée dans les cas où elle est indiquée.

Correspondance imprimée : Journaux et revues du mois.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, t. XXIV, 1884.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Siegfried, député, remerciant la Société de l'envoi de sa note sur la nécessité de réglementer l'hygiène publique, et déclarant que la commission parlementaire, qu'il préside, sera heureuse d'entendre les observations que la Société pourrait avoir à présenter.

La Société décide qu'une commission composée de MM. Perrin, Dubrisay et de Ranse, se tiendra à la disposition de la commission parlementaire.

M. Larroque offre un exemplaire de sa thèse inaugurale : *Des rémissions dans la paralysie générale*. Ce travail a été couronné par la Société médico-psychologique. (Prix Esquirol, 1886.)

M. le Président annonce que MM. Dehenne et Horteloup viennent de recevoir les palmes d'officier de l'instruction publique, et il leur présente les félicitations de la Société.

M. Duroziez lit un rapport sur le travail de M. Malibran : *Insuffisance tricuspidienne diagnostiquée pendant la vie*. (Sera publié.)

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées ; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

La Société décide que le rapport de M. Duroziez sera renvoyé au comité de publication.

M. Christian lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1886. (Sera publié.)

Cette lecture est accueillie par d'unanimes applaudissements.

Election. — M. Luc est nommé membre titulaire à l'unanimité des votants.

— Le banquet annuel est fixé au samedi 29 janvier. MM. Duroziez et Thevenot sont nommés commissaires.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

BIU Santé

COURRIER

Concours. — Le lundi 14 mars 1887, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1887 dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 1er février 1887, et fermé le lundi 28 février 1887, à trois heures.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Auguste Nonat, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, décédé le 18 janvier 1887, à l'âge de 82 ans.

Conférence. — M. le docteur George fera, le dimanche 23 janvier, à deux heures et demie très précises, au Conservatoire des arts et métiers, une conférence sur « La la lumière et la vie ».

— Un banquet offert à M. Farabeuf par ses élèves et amis, à l'occasion de sa nomination de professeur à la Faculté de médecine de Paris, aura lieu le vendredi 28 janvier 1887, à l'Hôtel Continental.

Le comité d'organisation prie les personnes qui voudraient y assister d'envoyer leurs adhésions à M. le docteur Poirier, 5, rue Monge. Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Prix des thèses a la Faculté de médecine de Nancy (1885-1886). — La Commission permanente des thèses, après avoir entendu la lecture du rapport de M. le professeur Hecht et en avoir délibéré, a accordé le *prix de thèse* à M. Hanshalter, pour sa thèse intitulée : « Recherches sur le cœur sénile ».

La Commission a, de plus, accordé des *mentions honorables* dans l'ordre suivant à :

M. Wenzinger pour sa thèse intitulée : « Des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques ».

M. Wendling, pour sa thèse intitulée : « Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. »

M. Ruotte, pour sa thèse intitulée : « Étude sur le traitement des fractures transversales de la rotule (suture osseuse, ponction de l'épanchement). »

M. Knœpfler, pour sa thèse intitulée : « Des ruptures bronchiques sans fractures de côtes ou indépendantes de ces fractures dans les traumatismes du thorax. » (*Revue médicale de l'Est*, p. 714).

Purification de l'eau par les agents chimiques. — Le professeur Dobrolsavine, de Saint-Pétersbourg, recommande le moyen suivant de purification de l'eau de boisson par les agents chimiques (thèse de Ziembicki, Saint-Pétersbourg, 1886) qui, en déterminant un précipité, entraînent toutes les impuretés en suspension. A un seau d'eau (environ 12 litres) on ajoute 50 centigrammes de perchlorure de fer et 70 centigrammes de carbonate de soude en cristaux ; au bout de 45 minutes, l'eau est parfaitement purifiée.

Société médico-pratique. — Séance du 24 janvier 1887. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de MM. Deniau, Cozaux, Schwartz et Huchard sur les candidatures de MM. Léonard, Feugier, Bar, Routier, Sales et Esquerdo, Robert et Tuset. — 2. M. Descroizilles : Observation de fièvre typhoïde ataxo-adynamique. — 3. M. Martin : Traitement des épistaxis. — 4. M. Biron : Note sur un cas de môle vésiculaire non embryonnée. — 5. M. Desnos : Taille vésico-vaginale pour une cystite ancienne.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. R. Longuet : Du calomel comme diurétique dans les maladies du cœur. — II. Statistique générale des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886. — III. Danion : Des cautères électro-chimiques bipolaires. — IV. Bibliothèque : Nouveaux éléments de la petite chirurgie. — V. Revue des Journaux : De la kératite neuro-paralytique du choléra. — Un cas d'abcès du pancréas. — Les lésions stomacales dans l'anémie pernicieuse. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VII. Courrier.

Du calomel comme diurétique dans les maladies de cœur (1).

I

C'est à Ernst Jendrassik qu'on doit la récente introduction du calomel dans la thérapeutique des hydropisies d'origine cardiaque; le hasard a été, comme d'ordinaire, le principal agent de cette découverte, qui n'a peut-être pas toute l'originalité qu'on serait tenté de lui attribuer.

L'assistant de la clinique du professeur Wagner, à Buda-Pesth, soignait un malade présentant une anasarque considérable sous la dépendance de troubles circulatoires d'une origine obscure. Comme la syphilis pouvait être soupçonnée, le malade reçut de petites doses de calomel et de jalap qui amenaient, en deux jours, une diurèse des plus abondantes et une rapide disparition de l'œdème. E. Jendrassik, encouragé par ce résultat, administrait systématiquement le calomel à une série de 7 malades dont l'histoire des plus démonstratives a servi de base à son travail publié dans le *Deutsches Archiv für klinische Medicin*. Il a, depuis, continué son expérimentation; ses succès ne se sont pas démentis, et, récemment, notre ami le docteur Lannois avait l'occasion de voir, à la clinique de Wagner, 3 nouveaux cas qui lui laissaient l'impression la plus favorable.

Le premier malade de Jendrassik était un mitral présentant de l'œdème des extrémités inférieures, le rhythme respiratoire de Cheyne-Stokes, avec un état général très grave. La digitale et la caféine, après avoir d'abord agi favorablement, restaient sans effet; les urines étaient tombées à 700 grammes par jour.

On administre le calomel et, dès le second jour, la diurèse se manifeste; les urines remontent progressivement au chiffre considérable de 9 kil. 500 par jour, puis descendent successivement à 8 kil. 250, 5 kil. 600, 3 kil. 400, 2 kil. 700, pour revenir à la normale au fur et à mesure que l'œdème et l'ascite disparaissent. Trois semaines plus tard, rechute avec dyspnée, phénomène de Cheyne-Stokes, œdème, urines à 7 ou 800 grammes; le calomel, administré de nouveau, est suivi des mêmes résultats. Ces alternatives se reproduisirent à diverses reprises pendant l'année entière passée par le malade à l'hôpital, dont il sortit en très bon état.

Cette histoire est d'ailleurs celle de tous les autres malades traités par la même méthode, et dont il est inutile de reproduire les observations. Le calomel est donné à la dose de 0 gr. 80 à 1 gramme par jour, par doses

(1) *Das Calomel als Diureticum*, par Ernst Jendrassick. (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1886, XXXVIII, 6e H.) — *Uber Calomel bei Herzkrankheiten*, par B. Stiller. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1886, 28.) — *Calomel als Diureticum bei Herzkrankheiten*, par Mendelsohn. — Berlin. (*Deutsche medicin. Wochen.*, 1886, 45.) — *De l'action diurétique du calomel*, par M. Lannois. (*Lyon médical*, 1886, III, 38.) — Voir une analyse du travail de Stiller dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1886, 12.)

SBIU Santé

fractionnées de 0 gr. 20 à 0 gr. 25, et suffisamment espacées. Son action est loin d'être celle d'un dérivatif ordinaire, attendu que ses effets thérapeutiques sont nuls s'il produit de la diarrhée; d'autre part, la diurèse, le phénomène capital, est toujours précédée de quelques symptômes signalant le passage du mercure dans la circulation générale, goût métallique, ptyalisme, stomatite, et s'accompagnant déjà d'un relèvement des forces et d'une amélioration de l'état général, qui font songer à une action spécifique sur le myocarde.

Jendrassik ne croit pas cependant que le calomel agisse comme un médicament cardiaque; les tracés sphygmographiques, en tout cas, n'indiquent que des modifications insensibles dans les caractères du pouls. Le calomel n'aurait pas non plus, d'après lui, d'action directe sur les reins, attendu qu'il n'est pas diurétique chez l'homme sain et qu'il n'a pas donné de résultat, administré dans un cas d'épanchement pleurétique. Jendrassik se rejette sur des modifications de la crase sanguine et se livre à des hypothèses dans lesquelles nous ne saurions le suivre. D'après Lannois, l'ascite de la cirrhose hépatique se serait montrée également justiciable du calomel, qui aurait échoué dans l'anasarque consécutive aux maladies rénales; il en conclut que l'intégrité du rein semble nécessaire pour qu'il puisse produire ses effets.

Enfin, il faut compter avec l'intolérance du médicament, que peuvent contre-indiquer la diarrhée et la stomatite.

II

B. Stiller a administré le calomel suivant la méthode de Jendrassik, à 14 cardiaques, avec d'aussi bons résultats; toutefois, il donne une dose quotidienne un peu moins élevée : 0 gr. 50 à 0 gr. 60. Il conclut de son expérience que c'est un hydragogue supérieur même à la digitale par la puissance et la rapidité de son action, qui s'exerce aussi bien sur l'exsudat des cavités que sur l'œdème intercellulaire, sans qu'on soit fondé à en faire un médicament cardiaque ou rénal direct. La diurèse se manifeste d'ordinaire du troisième au quatrième jour; il est bon d'interrompre l'administration pour la reprendre dès que l'effet diurétique a cessé de se produire.

Stiller, sans citer des chiffres aussi élevés que ceux de Jendrassik, obtient cependant, dans un cas, jusqu'à cinq litres d'urine en vingt-quatre heures. Si la diarrhée se produit, il ajoute de l'opium sans nuire aux effets thérapeutiques du médicament principal.

Mendelsohn confirme les résultats obtenus par les précédents observateurs; pour lui, le calomel agit efficacement non seulement dans les cas où les effets cumulatifs de la digitale obligent à en interrompre l'emploi, mais dans les cas mêmes où elle s'est montrée impuissante. Il administre 0 gr. 2 de calomel trois fois par jour, et, dans les quarante-huit heures, obtient une abondante diurèse. Pour lui, il n'est nullement nécessaire d'observer au préalable quelque symptôme d'absorption du mercure, comme croyait l'avoir remarqué Jendrassik; comme Stiller, il interrompt le médicament aussitôt que l'effet diurétique est produit et le reprend dès qu'il a cessé. Ce mode de faire prévient toute accumulation du médicament et tout danger d'intoxication, et, d'autre part, la diarrhée, presque constante, contrairement au dire de Jendrassik, ne tarderait pas à l'imposer. Les effets sont souvent très rapides; aucun cas, jusqu'à présent, ne s'est montré complètement réfractaire, bien qu'il y ait des degrés dans les résultats observés. C'est

©BIU Santé

lorsque le pouls a encore conservé une certaine tension que le calomel agit le plus efficacement, dans des cas même où la digitale et la scille se montrent impuissantes.

Quel est le mécanisme physiologique de l'action du calomel? Ce n'est pas, dit Mendelsohn, un diurétique au sens propre du mot, puisqu'il n'agit pas sur le cœur, et ne modifie ni la fréquence ni la tension du pouls. Peut-être pourrait-on voir dans la diurèse ainsi produite un effet retardé de l'administration de la digitale, par analogie avec ce qu'on obtient de la scille, dont l'action diurétique s'exalte, si on a donné antérieurement la digitale. L'hypothèse est peu admissible, attendu qu'on a vu le calomel donner des résultats en dehors de toute association à ce médicament.

Certaines expériences tendent cependant à ramener le calomel au rôle d'un diurétique indirect. Noël Paton constate récemment que, sur le chien en santé, bien nourri, le bichlorure de mercure augmente l'excrétion de l'acide urique et de l'urée par son action sur le foie, l'augmentation de l'urée entraînant consécutivement la diurèse; or, le calomel ne serait actif que par la petite quantité de bichlorure ou de bioxyde qu'il contient ou qui se forme dans le tube digestif.

D'autre part, le calomel a été administré avec succès dans le mal de Bright aigu; il vient d'être recommandé, entre autres par Sacharjin (1), qui l'a vu déterminer une chute notable de la température, faire cesser les douleurs rénales, pousser aux urines et en diminuer l'albumine.

III

Nous avons élevé des doutes sur les droits de Jendrassik à la priorité dans l'emploi du calomel s'adressant comme hydragogue à l'anasarque et aux épanchements cavitaires d'origine cardiaque. On jugera s'ils sont fondés.

Stokes, en effet, recommande le calomel dans les cas d'affaiblissement du cœur avec dilatation, s'accompagnant de congestion du foie, des poumons, d'asthme cardiaque, d'*anasarque*. Sous l'influence de ce médicament, l'anasarque disparaît, la tumeur hépatique se réduit, et le cœur reprend ses limites premières (2).

Quelquefois il faut provoquer le ptyalisme: ailleurs, un traitement doux est seul nécessaire, lequel, en dehors de la *diurèse*, ne donne lieu à aucun des effets spécifiques du mercure. Parfois on doit faire suivre le traitement mercuriel de l'emploi des diurétiques, et alors on voit survenir une hypersécrétion urinaire très abondante qui précède de peu la décroissance rapide de l'hydropisie et des troubles viscéraux.

Le succès de cette médicatiou paraît dépendre de l'administration préliminaire du mercure, ajoute Stokes. Souvent il a essayé de faire disparaître l'hydropisie par les diurétiques seuls chez des malades qui avaient pris du mercure en grande quantité, lors des paroxysmes précédents; toujours le résultat a été nul. Mais, dès que le mercure était administré pendant quelques jours, il se manifestait des effets diurétiques énergiques. Les malades supportent bien le médicament. *Il faut y revenir à plusieurs reprises.*

On voit qu'en somme aucun des effets physiologiques ou thérapeutiques

(1) *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, par William Stokes, trad. Senac, 1864, p. 359.

(2) Sacharjin : *Centralblatt f. die gesammte Therap.*, 1886, 1.

©BIU Santé

du calomel employé dans l'anasarque d'origine cardiaque n'a échappé au médecin anglais. Si nous avons insisté sur ce rapprochement, c'est bien moins pour rétablir un point de fait, parfaitement indifférent à la pratique, que pour fortifier les références d'une médication, dans laquelle les dernières tentatives de la thérapeutique se rencontrent si heureusement, et aussi — on n'en saurait douter — si fortuitement, avec les données de la tradition.

R. LONGUET.

Statistique générale des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886.

Personnes mordues et traitées, 2,682. — Morts, 31. — Mortalité, 1,15 p. 100.

1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B de la statistique). — Personnes mordues, 2,164. — Morts, 29. — Mortalité, 1,34 p. 100.

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C). — Personnes mordues, 518. — Morts, 2. — Mortalité, 0,38 p. 100.

Personnes françaises et algériennes traitées à l'Institut Pasteur.

Personnes mordues et traitées, 1,929 (1). — Morts, 18. — Mortalité, 0,93 p. 100.

1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par observations vétérinaires (tableau A et B). — Personnes mordues, 1,538. — Morts, 16. — Mortalité, 1,04 p. 100.

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C). — Personnes mordues, 391. — Morts, 2. — Mortalité, 0,51 p. 100.

Morsures à la tête et au visage.

Personnes françaises et étrangères mordues et traitées, 214. — Morts, 10. — Mortalité, 4,66 p. 100.

1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des observations vétérinaires (tableau A et B). — Personnes mordues, 186. — Morts, 9. — Mortalité, 4,83 p. 100.

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C). — Personnes mordues, 28. — Morts, 1. — Mortalité, 3,57 p. 100.

Comparaison des traitements simple et intensif. — Morsures à la tête ou au visage.

Personnes mordues par des animaux reconnus enragés expérimentalement ou par des observations vétérinaires (tableau A et B). — Personnes françaises et étrangères mordues et traitées, 186.

Traitement simple, 136. — Morts, 10. — Mortalité, 6,66 p. 100.

Traitement intensif, 50. — Morts, 0. — Mortalité, 0.

Personnes mordues par des loups enragés.

Personnes mordues, 48. — Morts, 7. — Mortalité, 14 p. 100.

Trois des personnes mortes ont été prises de rage pendant le traitement. Elles sont maintenues dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes mortes après avoir été traitées.

Français : Pelletier, Videau, Lagut, Bouvier, Clédière, Peytel, Leduc, Magneron, Astier, Moulis, Moërmann, Clergeot, Jansen, Grand, Sodini, Léteng, Née, Gérard.

Nota. — Pelletier et Moërmann sont venus se faire traiter plus de 35 jours après la morsure. Ils figurent dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

---

(1) L'écart entre ce nombre (1929) et le nombre 1956, donné par M. Grancher à la séance de l'Académie du 11 janvier 1887, s'explique par le retranchement du tableau définitif des personnes dont le traitement n'a pas été achevé.

©BIU Santé

Étrangers : Ivanowa (Russe), Gagou (Roumain), Zotoff (Russe), Mjasnikoff (Russe), Glutza (Roumain), Leendet (Hollandais), Nikiforoff (Russe), Guardia Ribés (Espagnol de Reus), Pita (Espagnole), Requejo (Espagnol), Berqui (Italien), Collinge (Anglais), Smith, dit Goffi (Anglais).

Nota. — Ivanowa a été prise de rage 6 jours après le traitement ; Gagou a été pris de rage le jour qui a suivi la fin du traitement ; Nikiforoff venu un mois après la morsure ; Requejo venu 34 jours après la morsure. Ils sont maintenus dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes traitées ayant succombé à des maladies diverses.

Français : Christin, méningite (docteur Genoud) ; Duresset, affection pulmonaire (docteur Yot ; Rouyer, urémie (rapport du docteur Brouardel et inoculation négative du bulbe) ; Réveillac, affection inconnue. — Goriot (Paul), mort de rage le 16 janvier 1887, mordu à l'index droit les premiers jours de décembre (date non précisée) par un chat. Traitement du 22 décembre au 1er janvier. N'a pas subi le traitement intensif, parce que la rage du chat n'était pas certifiée. A été pris de rage 14 jours après le traitement. N'est pas compté dans la statistique, figurera dans celle de 1887.

Étranger : Wilde (Arthur), affection pulmonaire (docteur Foote).

Des cautères électro-chimiques bipolaires.

A côté de la galvano-caustique thermique, qui se développe et se perfectionne chaque jour, se place un autre mode de cautérisation moins connu, mais destiné lui aussi (on peut le prédire hardiment) à prendre une grande extension.

Cette cautérisation est liée à un acte électrolytique, mais ne doit pas être confondue avec l'électrolyse qui très souvent n'est pas caustique, je veux parler de la galvano-caustique chimique ou cautérisation électro-chimique.

Le terme bipolaire, appliqué aux cautères électro-chimiques, indique que les deux pôles sont réunis côte à côte sur le même instrument. Ces cautères sont de création récente, mais paraissent destinés à occuper une place importante dans l'histoire de la galvano-caustique chimique, en raison des grands avantages qu'ils présentent. C'est pour ce motif que nous avons considéré comme utile de relater leur origine et les modifications que nous y avons apportées.

Les cautères bipolaires procèdent d'une plaque ronde, ayant 0m,07 de diamètre, à laquelle son inventeur, Boudet de Pâris, a donné son nom. C'est sur cet instrument que figure pour la première fois, à notre connaissance du moins, la réunion des deux pôles. Il se compose d'un disque central ayant 0m,05 de diamètre, isolé d'un ruban circulaire (fig. 1) ayant 0m,01 de large, par la distance d'un millimètre et demi environ.

Fig. 1.

Ces deux pièces, qui sont métalliques et nickelées, sont rivées à un ruban circulaire en ébonite. En raison de sa large surface, cet instrument est destiné à produire des effets révulsifs.

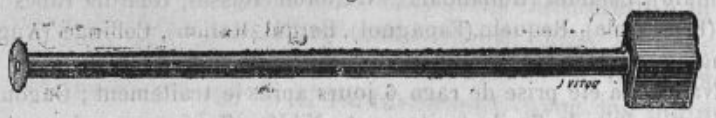
Notre confrère Apostoli, s'inspirant de la disposition de la plaque de Boudet, en a fait une réduction, tout en y apportant une modification intéressante, qui consiste dans la disproportion des surfaces affectées aux pôles. Le disque n'a plus que 8 à 9 millimètres de diamètre, avec un pôle central très petit. En outre, il est fixé à l'extrémité d'une tige ayant environ 0m,20 à 0m,22 de longueur (fig. 2).

Cet instrument peut être utilisé comme cautère, mais seulement dans un nombre de cas restreints, en raison d'abord de sa surface plane et, en second lieu, parce que cette surface est trop large.

C'est afin d'obvier à cette pénurie de moyens d'action, que nous avons fait construire chez M. Chardin une série de cautères destinés à répondre à toutes les indications, sauf quelques cas absolument spéciaux.

©BIU Santé

Fig. 2.



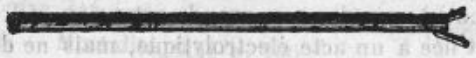
Nous avons d'abord, tout en maintenant le pôle minuscule central, remplacé le disque par une olive (fig. 3). Cette olive se démonte à volonté et peut être remplacée par un

Fig. 3.

index. Les anfractuosités d'une surface ulcérée, des cavités à orifice étroit, de larges fistules, peuvent être cautérisées sans difficultés avec ces nouveaux cautères.

Dans le but de répondre à des indications qui exigent un maniement plus délicat de l'instrument, nous avons ajouté à ceux qui précèdent un cautère ayant exactement la forme et la grosseur d'un crayon d'une longueur de 20 centimètres environ, et se maniant comme le porte-nitrate d'argent. Ce crayon est isolé dans toute sa longueur, il ne reste libre qu'une de ses extrémités, laquelle est légèrement bombée (fig. 4). De cette

Fig. 4.



manière, les parties latérales sont complètement à l'abri de l'action caustique qui ne peut s'exercer que par l'extrémité. En outre le pôle minuscule, au lieu d'être central comme dans les cautères précédents, *est excentrique*, ce qui permet, si on le désire, de ne faire usage que d'un segment de la surface infiniment petit.

Les parties de ces cautères destinées à être mises en contact avec les surfaces à cautériser sont platinées. Elles pourraient être en charbon.

Pour répondre à des besoins particuliers, mais fréquents, nous avons encore fait construire un cautère bipolaire destiné à la cautérisation de la cavité intra-utérine, et nous ajoutons en ce moment à la série un instrument de la forme et de la grosseur d'un stylet destiné à la cautérisation des trajets fistuleux étroits.

Fendez dans toute sa longueur une tige métallique légèrement incurvée à une de ses extrémités; isolez l'une de l'autre les deux moitiés par une lame d'ivoire très mince, ou de caoutchouc durci; rivez les unes aux autres ces trois pièces, et vous aurez un hystéromètre qui sera en même temps un hystéro-cautère.

Cet instrument s'isole des parois vaginales à l'aide d'une gaine en verre ou en caoutchouc dans laquelle on le fait glisser, et permet d'opérer l'action galvano-caustique en quelque sorte à l'insu de la femme.

Nous croyons que ce qui précède est suffisant pour montrer combien il est facile à l'instrumentation bipolaire, une fois entrée dans cette voie, de se modifier ou de s'étendre; cependant, nous avons pensé intéresser le lecteur en le mettant au courant d'une application des cautères bipolaires faite récemment en ophthalmologie.

A la suite d'un succès remarquable que nous avions obtenu à l'aide de quelques cautérisations bipolaires, dans un cas de conjonctivite ulcérée et fongueuse qui avait résisté pendant des mois à toutes les ressources de l'oculistique, nous avions conseillé à un de nos confrères, le docteur Hubert, de faire l'application de ce nouveau genre de cautérisation en lui indiquant les ressources qu'il nous paraissait possible d'en tirer. Il a appliqué la galvano-caustique chimique au traitement des taches de la cornée. Le résultat des essais qui ont été faits, essais pour lesquels notre confrère a bien voulu nous demander nos avis, a été relaté dans une note qu'il a communiquée au dernier Congrès d'ophthalmologie.

Avant de terminer, nous ajouterons que la galvano-caustique chimique bipolaire a pour elle, entre autres avantages, la simplification du manuel opératoire, et la locali-

©BIU Santé

sation parfaite de l'action caustique, sans avoir à se préoccuper des dangers des courants dérivés qui se produisent dans certaines régions. En outre, les cautères bipolaires peuvent, avec un très petit nombre d'éléments, exercer une action caustique très énergique. Avec vingt éléments Gaiffe ou Chardin sur une surface dénudée, elle est instantanée.

La galvano-caustique chimique peut s'appliquer partout où une cautérisation est nécessaire.

Elle sera l'objet d'une étude ultérieure dans laquelle nous nous efforcerons d'analyser son mode d'action, tout en faisant ressortir ses avantages.

Dr Danion.

BIBLIOTHÈQUE

Nouveaux éléments de petite chirurgie (Pansements, Bandages et Appareils), par P. Chavasse, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Avec 525 figures dans le texte. — Paris, O. Doin, 1887.

On est convenu d'appeler *Petite chirurgie* tout ce qui n'est pas l'opération elle-même, tout ce qui lui succède et la complète; ce sont les accessoires de la chirurgie qu'on désigne ainsi; mais, sous cette apparence de diminutif, les accessoires sont devenus le principal, et ont rénové la thérapeutique chirurgicale : les conquêtes listériennes sont là pour le prouver, conquêtes inébranlables parmi tant de victoires douteuses dont s'enorgueillit notre époque. Le livre de M. Chavasse nous fournit le relevé et la mise au net de tous ces progrès de la chirurgie; pansements, bandages et appareils y sont exposés avec leurs derniers perfectionnements, ainsi que les opérations secondaires qui rentrent aussi dans le cadre de la petite chirurgie.

L'ouvrage se divise en quatre parties, dont la plus importante est la première, qui traite des pansements. Faisant table rase des vieux modes de pansement, qui n'ont plus que de rares défenseurs (si tant est qu'ils en aient plus d'un seul), l'auteur ne s'est occupé que de l'antisepsie et des différents moyens de l'appliquer : pansements de Guérin, à l'acide phénique, au bichlorure, à l'iodoforme, à l'iodol, etc., Ce chapitre est traité surtout au point de vue pratique et, à propos de chaque mode de pansement, la préparation des matériaux, des solutions, etc., est l'objet d'indications précises. En effet, on doit savoir aujourd'hui fabriquer soi-même ses matériaux de pansement, suivant la méthode antiseptique; les médecins exerçant loin des grandes villes trouveront là de quoi s'organiser commodément, et, à peu de frais, l'arsenal chirurgical désormais indispensable.

Je signalerai encore, dans cette première partie, le chapitre consacré au couchage des blessés, aux lits mécaniques et aux appareils destinés à changer les grands blessés de lit, renseignements qu'il est précieux d'avoir rapidement sous la main dans certains cas urgents.

Dans la deuxième partie consacrée aux bandages, on remarque avec plaisir que les vieux bandages classiques, avec leurs élégantes complications, sont élagués au profit de la tarlatane, dont M. Chavasse préconise avec raison l'emploi le plus large. Suit un exposé des bandages herniaires, des bandages contentifs de l'utérus et des pessaires de toute sorte.

Les appareils occupent la troisième partie. L'auteur les a divisés en deux grandes classes : ceux destinés aux fractures simples et aux fractures compliquées; ceux convenant spécialement aux lésions articulaires et aux résections. Le choix de tous ces appareils a été attentivement discuté, et les plus récents y figurent en assez grand nombre pour satisfaire à toutes les éventualités. Les appareils plâtrés, l'extension continue dans les fractures sont décrits en entier, tandis qu'une place moindre est accordée aux appareils mécaniques compliqués, et d'un usage peu fréquent. Après une étude d'ensemble des appareils en général, des chapitres spéciaux envisagent les fractures de chaque os en particulier.

©BIU Santé

Dans la quatrième partie, réservée aux *opérations* de petite chirurgie, on trouve les instruments les plus nouveaux pour la cautérisation, l'aspiration, le lavage de l'estomac, le lavage de l'utérus, etc. Pour chaque opération, les soins antiseptiques à prendre sont indiqués. La vaccination humaine et animale, le massage, la chirurgie dentaire sont passés en revue, sobrement, mais avec une grande clarté, ainsi que les procédés de l'anesthésie locale ou générale, et les règles pour l'emploi du chloroforme et de l'éther, de la cocaïne, du chlorure de méthyle. L'auteur a même enrichi son livre de la représentation du grand appareil de Dubois pour l'anesthésie par les mélanges titrés, suivant la méthode de Paul Bert; je crois qu'en cela il a cédé au désir d'être complet plus qu'aux besoins de la pratique. Enfin, la technique de la respiration artificielle termine le volume.

Volume essentiellement utile, composé avec une parfaite connaissance du sujet, élaboré avec un judicieux discernement parmi des matériaux immenses : un livre, enfin, qu'on peut remercier M. Chavasse d'avoir écrit pour les services quotidiens qu'il va rendre. — LUBANSKI.

REVUE DES JOURNAUX

De la kératite neuro-paralytique du choléra, par AGUILAR BLANCH. — Les complications oculaires du choléra surviennent surtout dans la période comateuse et consistent habituellement dans une kératite neuro-paralytique des deux yeux. La cornée prend une coloration jaunâtre et sa dégénérescence s'étend en largeur plutôt qu'en profondeur. Le sphacèle aboutit à la perforation cornéenne, à des hernies iriennes, et, finalement, à un phlegmon de l'œil. Ces lésions débutent par le centre de la cornée et l'infiltration de ses éléments. Le traitement que recommande cet observateur consiste à soustraire l'œil au contact extérieur au moyen d'un bandage et à le panser avec l'ésérine et l'iodoforme. Le traitement tonique complète cette médication locale. (*Cronica Medica Valentia*, février 1886.) — C. L. D.

Un cas d'abcès du pancréas, par J.-H. MUSSER. — Le malade, un alcoolique invétéré, était atteint d'un amaigrisssement considérable du tronc et des membres et d'une augmentation énorme du volume de l'abdomen causé par une ascite. Il éprouvait de la douleur épigastrique. Après la ponction, l'ascite diminua, mais, vingt-quatre heures plus tard, elle était reproduite. La mort survint par épuisement, et l'autopsie fit reconnaître une tumeur volumineuse sous l'estomac. C'était une poche distendue par du pus et communiquant avec un abcès de la tête du pancréas. Un caillot obturait la veine porte, la veine splénique et la veine mésentérique inférieure. Cette observation confirme une fois de plus la difficulté de reconnaître les tumeurs du pancréas, et, en général, toutes les affections de cette glande. (*American Journal of the medical Sciences*, avril 1886. — C. L. D.

Les lésions stomacales dans l'anémie pernicieuse, par Henry OSLER. — Ce malade, un alcoolique, présentait les altérations du sang de l'anémie pernicieuses, diminution des globules blancs et déformation des hématies. L'autopsie fit constater l'amincissement de la muqueuse gastrique au niveau du grand cul-de-sac, la disparition de la couche épithéliale et des glandes en tube. Parmi ces dernières, quelques-unes avaient l'aspect de petites saillies et paraissaient moins altérées que celles du voisinage. En un mot, on pouvait comparer ces lésions avec celles des lobules hépatiques dans la cirrhose de cet organe. Faut-il considéror ces lésions stomacales comme des dystrophies liées à l'anémie pernicieuse, ou bien faut-il établir une relation de causalité entre la production de l'anémie et l'affection gastrique? (*The American Journal of med. Sc.*, avril 1886.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 janvier 1887. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Séance annuelle : Allocution de M. le président; — compte rendu des travaux par M. le secrétaire annuel. — Notice sur la vie et les travaux du professeur Bouisson (de Montpellier), membre correspondant. — Prix décernés en 1886. — Programme des prix à décerner en 1887.

La séance annuelle de la Société de chirurgie a eu lieu aujourd'hui avec le simple appareil d'une séance ordinaire. — M. le président Horteloup l'a ouverte par le discours d'usage. Il a eu un mot aimable pour tous ses collègues, pour M. Pozzi, l'organisateur du Congrès de chirurgie, dont la seconde session a été tenue au mois d'octobre dernier; pour M. Delens, secrétaire annuel, dont les comptes rendus, si appréciés par tous ses collègues, peuvent être cités comme des modèles; pour M. Berger, trésorier, qui a su réaliser un prodige jusqu'à ce jour considéré comme un *postulatum* financier : l'équilibre d'un budget; etc.

M. le Président ne pouvait manquer de payer un juste tribut de regrets à ceux des membres de la Société de chirurgie que la mort a frappés : à M. Gillette, « à qui la Fortune a bien rarement souri », et qui remplissait, avant M. Delens, les fonctions de secrétaire annuel; à MM. Amédée Forget et Boinet, membres titulaires; enfin, à plusieurs correspondants étrangers ou nationaux, parmi lesquels le professeur Courty (de Montpellier), dont le nom restera célèbre dans les annales de la gynécologie.

Enfin, M. le Président a souhaité la bienvenue à MM. Peyrot et Schwartz, récemment élus membres titulaires de la Société de chirurgie, et que leurs travaux avaient depuis longtemps déjà désignés aux suffrages de leurs collègues.

Après le discours de M. le Président, la parole a été donnée à M. Delens, secrétaire annuel, pour le compte rendu général des travaux accomplis pendant l'année 1886. Nous craindrions de diminuer la valeur des éloges si mérités adressés par M. le Président à M Delens, en y ajoutant quelque chose. Aussi nous bornerons-nous à dire que son compte rendu général pourrait être également cité comme modèle à tous les futurs secrétaires annuels, car, en outre des qualités habituelles dont brillaient ses comptes rendus hebdomadaires, et qui ont valu à M. Delens les témoignages non équivoques de la satisfaction de ses collègues, il a su donner à celui-ci un mérite rare, exceptionnel, celui de la brièveté; car l'orateur n'a certainement pas gardé la parole plus de dix minutes, et pendant ce court espace de temps, il a eu le talent de dire tout ce qu'il y avait réellement d'important à signaler parmi les travaux et les discussions de la Société de chirurgie pendant l'année 1886. Admirable exemple de sobriété oratoire!

M. Chauvel, secrétaire général, a lu ensuite une très intéressante Notice sur la vie et les travaux de M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Le succès de M. Chauvel a été incontestable, et cependant il avait choisi pour son discours un sujet qui, de prime abord, semblait peu capable d'émouvoir ou d'intéresser le public, un sujet approprié seulement aux facultés d'attention d'une partie de l'auditoire, celle des connaisseurs, j'entends de ceux qui connaissaient le chirurgien et les travaux dont M. Chauvel voulait rappeler le souvenir un peu effacé depuis l'origine du mouvement qui a entraîné la chirurgie dans des voies nouvelles. M. Chauvel a su se faire écouter non seulement des connaisseurs, mais encore du public, bien que l'étoile, de deuxième grandeur peut-être, dont il avait entrepris de nous faire admirer l'éclat, n'appartienne pas au ciel parisien.

Nous emprunterons à l'œuvre de M. Chauvel quelques détails qui permettront d'apprécier le caractère et le mérite de l'homme, du chirurgien et du professeur.

Né à Manguio, près de Montpellier, le 14 juin 1813, élevé à Bordeaux, où il se distingue de ses camarades par une intelligence supérieure, une grande facilité de travail,

©BIU Santé

une vive ardeur pour l'étude et des dispositions littéraires très prononcées, Bouisson vient, à 16 ans, s'asseoir sur les bancs de la Faculté de médecine de Montpellier.

Là, sous la direction de maîtres éminents, de Dubreuil, de Dugès, de Lallemand, de Delpech, il fait de rapides progrès. Chacune de ses années d'étude est marquée par un concours et chacun de ses concours par un succès.

Aide d'anatomie en 1831, chirurgien interne de l'Hopital général en 1832. de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloy en 1833, chef des travaux anatomiques de la Faculté en 1834, docteur le 16 mai 1835, il est nommé au concours professeur-agrégé de chirurgie; en 1836, professeur de physiologie; en 1837, à la Faculté de Strasbourg; puis, en 1839, professeur de pathologie externe à la Faculté de Montpellier. En 1845, il obtient la permutation de cette chaire contre celle de clinique chirurgicale, devenue vacante par la démission de Lallemand, nommé membre de l'Institut. Il avait alors 32 ans.

Entre temps, il publie, sur un grand nombre de questions de physiologie, de pathologie, de médecine opératoire et de clinique chirurgicale, des travaux dont les titres seuls seraient trop longs à énumérer.

En 1851, il se fait inscrire pour le concours de la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, concours qui se termine par la nomination de Nélaton, mais dans les épreuves duquel M. Bouisson déploie des qualités vraiment supérieures. Il retourne à Montpellier, grandi encore par cet échec, et continue la série incessante de ses travaux, dans lesquels il manifeste une sorte de prédilection pour les affections des voies urinaires.

Nommé correspondant de la Société de chirurgie, correspondant, puis associé national de l'Académie de médecine, M. Bouisson devient, en 1863, correspondant de l'Institut (Académie des sciences). En 1864, il est fait officier de la Légion d'honneur et devient doyen de la Faculté de médecine de Montpellier en 1868.

La guerre de 1870 l'appelle à l'administration des affaires publiques; le 8 février 1871, il est nommé représentant à l'Assemblée nationale par le département de l'Hérault. Après le 16 mai 1873, il fut nommé par le ministre Batbie membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, puis administrateur de l'Académie de Montpellier. Il conserva ces fonctions jusqu'en 1876, époque où il fut brusquement remplacé.

Malgré les déplacements continuels qu'entraînaient ses multiples fonctions, malgré les charges de la députation, le professeur de Montpellier, pendant ces cinq années, donnait au *Dictionnaire encyclopédique* plusieurs articles importants, véritables modèles du genre par la netteté des idées et l'élégance du style : Castration, Circoncision, Langue, Lèvres. Plus hardi dans les préceptes que dans la pratique, il conseille dans les cancroïdes des lèvres et de la langue les interventions extrêmes, la poursuite de tous les ganglions indurés, car, dit-il avec raison, on n'a rien fait, s'il reste encore quelque point suspect à enlever.

De ses premières études, M. Bouisson avait conservé pour l'histoire, les arts, la littérature, une prédilection marquée. Bibliophile délicat, causeur aimable, musicien et peintre à l'occasion, il consacrait à ses collections, à ses lectures, parfois à la poésie, des heures qu'il dérobait à ses travaux scientifiques. Son dévouement pour les malades, l'aménité de son caractère lui avaient attaché comme amis ses nombreux clients. Il avait pris pour devise : « Faire bien, s'estimer peu ». Il y sut rester fidèle. Dangereusement malade, il poussait encore à l'excès l'amour du travail et la passion de l'étude. Pour se rapprocher de ses livres, il s'était fait transporter à son domaine de Grammont. C'est là que les crises finales vinrent le terrasser; c'est là qu'il mourut le 20 mai 1884.

Bienfaiteur de la Faculté de Montpellier pendant sa longue carrière, il léguait à sa chère Ecole, en même temps qu'une bibliothèque de choix, une somme de 100,000 fr. pour la fondation de cinq prix annuels en faveur des élèves les plus méritants. Savant, mais philosophe aussi, il se disait sans doute que les travaux vieillissent plus encore que les hommes. Sa longue expérience lui montrait que les incessants progrès de la science jettent rapidement dans l'oubli les recherches les plus méritoires; que le présent et l'avenir n'ont guère souci du passé. Eloquence, érudition, savoir, ne comptent qu'un instant. Avec l'homme disparaît bien souvent l'autorité de ses écrits,

et de ceux qui conquièrent leur heure de gloire, parfois les œuvres de bienfaisance, les fondations généreuses conservent seules le souvenir. (Applaudissements.) »

— Après le discours de M. Chauvel, ont été proclamés par la bouche de M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, les noms des lauréats des prix pour 1886.

1° *Prix Duval.* — M. le docteur POUPINEL, pour sa thèse : *De la génération des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire.*

2° *Prix Laborie.* — La Société ne décerne pas de prix; elle accorde : 1° Un encouragement avec une somme de 300 fr. à M. le docteur VINCENT, chirurgien de l'hôpital civil et professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux;* — 2° un encouragement avec une somme de 300 fr. à M. le docteur MABBOUX, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Lille (Nord) pour son mémoire intitulé : *Traitement des abcès du foie par la méthode de Little.*

— M. le Secrétaire annuel a donné ensuite connaissance du programme des prix à décerner pour l'année 1887.

1° *Prix Duval* (300 fr. et livres). — Pour la meilleure thèse de chirurgie.

2° *Prix Laborie* (1,200 fr.). — A l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.

3° *Prix Gerdy* (2,000 fr.). — Sujet mis au concours : *Des hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.*

4° *Prix Demarquay* (800 fr.). — Sujet mis au concours : *Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie.*

Avis. — Des thèses et manuscrits envoyés pour les prix doivent être déposés au siège de la Société (3, rue de l'Abbaye) avant le 1er novembre 1887. — A. T.

COURRIER

Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les 312 candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

1. MM. Baudron, Mendel, Berdal, Terson, Faure-Miller (Harold), Cestan, Laguin, Rouquès, Rouget, Papillon, Lenoir, Marquezy, Pfender, Piole, Thibault, Cambours, Laffitte, Diaz, Phulpin, Leredde.

21. Jacob, Fort, Brocard, Boissier, Chatinière, Maurel, Oustaniol, Macon, Poulalion, Aldibert, Gauly, Leriche, Bouel, Bellanger, Parelle, Barnetche, Austric, Battle, Martinez, Maupati.

41. Brodier, Chabory, Cataliotti, Yersin, Lobstein, Damourette, Faure-Miller (Roland), Bouffe, Marx, Couder, Poivet, Thomas, Azoulay, Gallard, Genouville, Yahoubian, Cazenave, Chevreau, Jacquinet, Teissier.

61. Thérault, Portillo, Saprisa-y-vera, Schwob, Tournier, Houzé, Didier, Desforges, Chanteloube, Le Moniet, Dagron, de Grandmaison, Canniot, Macquart, Renault, Sauvineau, Cadéac, Damaye, Brodier, Bazin.

81. Pingat, Gorodichze, Jacques, Pescaret, Coudère, Couturier, Frustin, Fiquet, Lovy, Moisson, Thierry, Sebillotte, Sollier, Dufestel, Loppe, Pognon, Decamps, Wirbel, Corbin, Nugon.

101. Dominguez, Gotchaux, Deléage, Aublé, Deguéret, Barjon, Bonenfant, Barraud, Bernard, Nageotte, Martin (Michel-Victor), Renard, Jasinski, Grilhant des Fontaines, Ehrhardt, Colas, Charmoy, Bruant, Encausse, Evrain.

121. Salmeron, Tostivint, Maré, Paturet, Spilmann, Trognon, Hulot, Foulladosa, Didsbury, Miquel, Mascarel, Bonnet, Franche, Daudé, Courtet, Dumont, Goisque, Emerit, Sandras, Virchaux.

141. Reymond, Poillot, Roubinovitch, Floersheim, Giesler, Macaigne, Mary, Potel, Reblaud, Estrada, Iscovesco, Letienne, Touchard, Bernardbeig, Sallard, Diamantberger, Adamski, Catron, Duchesne, Franquet.

161. Maturié, Oskierko, Mollard, Gallet, Dulout, Ferrand, Toché, Delaunay, Lamotte, Donnet, Angerant, Bailly, Bitterlin, Foveau, Malaviale, Potel, Radiguet, Fraisse, Lamy, Malizard.

181. Vaille, Mlle Dobrouskine, MM. Vauthrin, Benoît (Auguste-Paul), Jelenskiewicz, Zack, Vincent, Billard, David, Haron, Himely, Kortz, Mignot, Dubut, Haran, Tuilant, Bagon, Boutard, Chatelot, Gripon.

201. Mermillod, Cornet, Jarca, Ratuld, Prieur, Legrand, Rieder, Soulié, Grenier, Henne, Fournier, Lombardi, Saguet, Cochery, Morau, Lartet, Théodore, Caron, Dupuy, Seialom.

221. Vezès, Ortholan, Quignard, Courtillier, Bartos, Bassin, Fourrey, Coquereau, Huguet, Mercier, Labat de Lambert, Boëteau, Hamaïde, Janin, Souillard, Chaffard, Dardel, Gagey, Cocquelet, Anghelovici.

241. Bellot, Prouvost, Lacaze, Lowenthal, Daude-Lagrave, Blanc-Champagnac, Benoit (Ovide), Bois, Martigny, Gapin, Dodieau, Delaborde, Roy, Joullié, Ganéa, Roux, Le Noc, Surer, Pailhas, Monmarson.

261. Caillet, Barré, Batbedat, Soullier, Gordon, Gaillard, Dumas, Georgescu-Caraptianu, Mlle Davidovitch, MM. Mahuteaux, Théodorides, Morisse, Destrez, De Castro, Bernard, Miette, Gieraert, Gasenel, Lenoble, Guérin.

281. Beretta, Bert, Crouzat, Planet, Vibert, Azéma, De la Niéa, Barthomeuf, Hellot, Audollent, Zysman, Maurat, Monsarrat, Murray, Monnier, Lemoult, Utudjian-Archagoni, Stef, Salmon, Godet.

301. Richter, Bridier, Vazelle, Cultru, Jay, De Marcheux, Désiré, Lefèvre, Douarre, Chaker, Léné, Dubreuil.

— Le jury du concours pour le prix Civiale, ouvert par l'administration de l'Assistance publique, a décerné ce prix à M. Clado, interne de quatrième année à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon.

— Les conférences scientifiques et littéraires de l'Association française pour l'avancement des sciences, fusionnée avec l'Association scientifique de France (fondée en 1864 par M. J. Le Verrier), ont lieu, comme depuis l'année 1878, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi, à huit heures et demie du soir. Elle commencent le 22 janvier et ont lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 22 janvier. — M. Rochard, président de l'Association, membre de l'Académie de médecine : La dépopulation de la France.

Samedi 29 janvier. — M. Alglave, professeur à la Faculté de droit : L'alcolisme et les moyens de le combattre.

Samedi 5 février. — M. le professeur Brouardel, membre de l'Académie de médecine : L'eau potable.

Samedi 12 février. — M. Moissan, professeur à l'École de pharmacie de Paris : Le fluor.

Samedi 19 février. — M. H. Dietz : Les humanités modernes.

Samedi 26 février. — M. Janssen, membre de l'Institut : L'âge des étoiles.

Samedi 5 mars. — M. Chauveau, membre de l'Institut : Le cœur et son mécanisme.

Samedi 12 mars. — M. Edmond Perrier, professeur au Muséum : Les coralliaires et les îles Madréporiques ;

Samedi 19 mars. — M. Dieulafoy, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées : Suse.

Samedi 26 mars. — M. Bureau, professeur-administrateur au Muséum : Les Orchidées.

Samedi 2 avril. — M. Dehérain, professeur au Muséum : La culture rémunératrice du blé.

Le Quinium Roy granulé, soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la poudre de quinquina Calisaya. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçt les parties inutiles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Duroziez : Rétrécissement mitral pur. — Étiologie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

La discussion sur la rage, qui avait pris fin le mardi 18 janvier, à la suite d'un duel oratoire entre MM. Peter et Vulpian, et d'une courte allocution de M. Brouardel, vient d'avoir un épilogue à l'Académie des sciences, où M. Vulpian a porté la statistique générale des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886 (1).

A l'Académie de médecine, le discours de M. Peter, savamment agencé et de forme courtoise, rendant justice aux études expérimentales et reconnaissant les résultats obtenus sur les animaux, repoussait énergiquement toute application à l'homme de cette merveilleuse méthode qui rend les chiens réfractaires à la rage. Le « traitement simple » est inefficace, la « méthode intensive » est dangereuse; telle est la thèse développée par M. Peter.

La réponse de M. Vulpian, pleine d'une passion généreuse, s'adressait à la fois au discours qu'on venait d'entendre et aux attaques des journées précédentes. Elle résumait les sentiments qu'avaient dû faire naître ces vives attaques chez des hommes qui n'ont pas hésité à seconder de leur autorité scientifique, de leur expérience médicale l'audacieuse tentative de M. Pasteur. MM. Vulpian, Brouardel et Grancher ne jouaient-ils pas une grosse partie en prenant leur part de responsabilité dans l'inauguration d'une méthode que tous devaient saluer par des cris d'espoir et d'enthou-

(1) V. *Union médicale* du 25 janvier.

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE.

Messieurs,

Dans cette première leçon, je veux vous faire juger les découvertes et les services rendus à la science médicale par les anatomistes anciens et par les contemporains de Harvey. Nous leur devons d'avoir substitué à des dogmes nés de l'imagination des vérités incontestables. Vrais réformateurs, ils ont préparé la découverte de la circulation du sang; ils ont démontré la fausseté de théories qui ont pesé si longtemps sur la médecine. Vous verrez que le XVIe siècle a été remarquable entre tous pour la connaissance de la structure du corps humain et pour le zèle avec lequel tant d'hommes illustres se sont voués à perfectionner l'anatomie.

I

NOTIONS D'ANATOMIE CHEZ LES ANCIENS MÉDECINS ET PHILOSOPHES.

J'ai souvent appelé votre attention sur l'époque relativement tardive des recherches d'anatomie normale et pathologique. Je vous ai dit que ni les Indous, ni les Chinois, ni

siasme, mais dont la chute, si jamais elle nous surprenait un jour, n'en serait que plus décevante pour tous ceux qui ont espéré, plus cruelle pour notre orgueil national?

A l'Institut, M. Vulpian a de nouveau raffermi les timides et rassuré notre patriotisme. Il a présenté et commenté des chiffres nombreux, recueillis avec un soin scrupuleux, analysés de telle façon que tous les cas incertains sont mis en lumière et viennent s'offrir à la critique. Or, la critique peut trouver que les inoculations préventives contre la rage ne sont pas infaillibles; mais le vaccin jennérien nous empêche-t-il toujours de succomber à la variole confluente?

Supprimons les détails, les fractions, les subtilités nécessaires d'une analyse qui va au devant des objections et sacrifie des cas presque favorables; il reste : que la mortalité par la rage, de 16 p. 100 dans les statistiques les moins mauvaises, tombe à 1 p. 100 par les inoculations préventives; qu'elle est, après les morsures de loups, de 14 p. 100 au lieu de 60, 70 ou 80; après les morsures à la tête ou à la face, de 5 p. 100 au lieu de 88. Ici 230 personnes, là 154 ont été sauvées par le traitement.

Deux points sont dignes d'une attention particulière. Les morsures graves (tête et face) ayant donné par les inoculations ordinaires une mortalité d'environ 7 p. 100, M. Pasteur imagine la « méthode intensive ». C'est elle qui paraît dangereuse, effrayante; quel résultat va-t-elle nous fournir? A Paris, 50 inoculés, mortalité 0; à Odessa, 140 Russes traités jusqu'au 23 novembre, et d'autres encore depuis cette époque, mortalité 0.

Voici le second point. Bon nombre d'animaux qui avaient mordu ont été reconnus enragés par le résultat de l'inoculation expérimentale du bulbe, ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus par eux à la même époque. Mais, chez un plus grand nombre, la seule preuve est tirée de l'autopsie faite par un vétérinaire ou des symptômes présentés par l'animal. Est-ce là un témoignage suffisant? Est-il bien sûr que les chiens étaient enragés? M. Pasteur n'a-t-il pas guéri des hommes qui n'étaient pas malades? A ces questions répondent les

---

les Hébreux, ni les anciens Grecs, n'ont eu de connaissances sérieuses du corps de l'homme. De consciencieux et récents travaux sur la médecine indienne, dans les groupes d'hymnes ou *Védas*, le *Rig* en particulier, dans l'*Ayurveda de Susruta*, permettent de signaler, d'après F. Hessler, des données anatomiques nombreuses, mais peu nettes et bien moins importantes qu'on ne l'a dit. Les quantités bizarres de 600 os, 210 articulations, 900 tendons, 500 muscles, 700 vaisseaux, qui sont au corps humain ce que sont les conduites d'eau pour les jardins, ou les canaux d'arrosement pour les champs, sont loin d'être établis sur une rigoureuse constatation. Que penser des 40 vaisseaux primaires dont 10 portent l'air, 10 la bile, 10 le phlegme, 10 le sang? et des autres vaisseaux non primaires au nombre de 170 pour le sang, autant pour la bile, autant pour le phlegme? Je ne puis trouver ces connaissances tout à fait extraordinaires.

L'étude approfondie des *Védas* amène à conclure que nos ancêtres indo-européens, les habitants des bords du Gange et les populations helléniques ont eu la plus étroite parenté. Dans les poèmes homériques, dans l'*Iliade* et l'*Odyssée*, on trouve environ cent cinquante mots relatifs à l'anatomie, et, chose remarquable dans les Hippocratiques plus explicites, la nomenclature des os est presque aussi indécise que dans Homère, mais les parties importantes du corps sont mieux décrites. Ceci nous indique, jusqu'à l'évidence, que les notions anatomiques se bornaient, chez les plus anciens Hellènes, à ce que les traumatismes, les plaies, laissaient apercevoir, à ce que l'enlèvement des parties consacrées chez les victimes pouvait faire remarquer. Il est sûr que les pre-

tableaux A et B de la statistique, dont voici le parallèle : dans le premier (preuve expérimentale), mortalité 1,71 p. 100, ou mieux, en supprimant un sujet traité quarante-trois jours après la blessure, 1,28; dans le second (observations vétérinaires), mortalité 1,28. La concordance parfaite des deux chiffres permet d'ajouter une égale confiance aux deux séries de faits.

La statistique présentée par M. Vulpian au nom du laboratoire de la rue d'Ulm, et les commentaires que notre savant maître y a joints, seront répandus par les soins et avec l'estampille de l'Institut de France.

— La leçon inaugurale de M. Dieulafoy a été telle que l'attendaient ses amis et les nombreux élèves qui de longue date sont attachés à son enseignement. Le talent d'exposition du jeune professeur n'est plus à démontrer; il a su donner une précision, une clarté pénétrante à ses considérations sur la *séméiologie* et sur les *causes*. Tous les détails d'un discours habilement ordonné, les noms de Villemin et de Pasteur salués au passage, l'hommage rendu au professeur qu'il remplace, M. Peter, ont été accueillis par les chaleureux applaudissements auxquels il devait s'attendre, et auxquels nous nous attendions tous. — L.-G. R.

Rétrécissement mitral pur. — Etiologie.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 novembre 1886,

Par P. Duroziez.

Le rétrécissement mitral pur, que nous rencontrons souvent chez la femme, n'est connu qu'à partir de 14 ou 15 ans. Les médecins d'enfants n'en parlent pas. Nous devons admettre qu'il n'existe pas avant cet âge, et cependant cet entonnoir si net, si pur, si profond, ne peut pas se former en quelques semaines; on sent là un travail long, lent, chronique par excellence, d'où l'état aigu du début, si jamais il a existé, a depuis long-

---

miers médecins de Cos et de Cnide n'ouvraient pas de cadavres humains dans un but scientifique.

Parmi les philosophes grecs, Alcmæon le Crotoniate (500 ans environ avant J.-C.), disciple de Pythagore, aurait fait de l'anatomie sur les animaux, d'après Chalcidius. Nous trouverons Alcmæon, réfuté par Aristote. D'autre part, Diogène d'Apollonie, Empédocle, Anaxagore, Démocrite et d'autres, ont donné des descriptions, soit des vaisseaux, soit des organes des sens, entremêlées de théories sur la respiration et les diverses fonctions, prouvant leur ignorance anatomique; ils ne pouvaient surmonter l'horreur que leur inspirait l'idée de chercher dans un cadavre humain des connaissances utiles. Homère et les Hippocratiques avaient observé la nature, les philosophes l'avaient expliquée à leur manière et le plus souvent les yeux fermés.

Aristote (384 ans avant J.-C.), arrivé au déclin d'Hippocrate II, né en 460 avant notre ère, n'a pas pratiqué l'anatomie humaine. Il admet le cœur avec trois ventricules, la division du foie en plusieurs lobes, l'utérus avec deux cornes, mais il avait disséqué un très grand nombre d'animaux. Cet homme, si remarquable, livré à l'étude de la nature dans le *Nymphæum* mis à sa disposition par Alexandre le Grand, examinait tous les quadrupèdes, oiseaux, serpents et poissons recueillis pour lui de toutes parts. Aristote a désigné par le mot ἀρτηρία la trachée-artère des mammifères; il a donné le premier le nom d'ἀορτὴ au plus gros vaisseau du corps, mais il ne l'a pas séparé des veines, c'est une φλὲψ, tronc commun de toutes les autres veines. Le cerveau est pour lui un corps humide, dépourvu de sang; les poumons sont formés d'un tissu semblable à

temps disparu; on croit voir une malformation congéniale que personne n'a constatée par l'auscultation ou par l'autopsie; nous pourrions citer un cas. Benizerd Smith cite un cas de persistance du canal artériel où la fosse ovale est fermée par une membrane solide et réticulée qui adhère fortement au bord de l'ouverture et forme une poche. L'orifice mitral est rétréci, le ventricule gauche atrophié, l'orifice aortique rétréci.

La lésion commence pendant l'enfance, plus ou moins tard. Mais comment le cœur du petit garçon y échappe-t-il, tandis que celui de la petite fille y est si prédisposé? On dit que l'orifice est plus étroit chez l'une que chez l'autre; cela n'explique pas l'entonnoir.

Dans le rétrécissement mitral pur, la lésion reste localisée à la valvule et à ses tendons, surtout à la partie fibreuse; c'est une sorte de traumatisme. Les tendons de la valvule ont un rôle important dans la constitution de l'entonnoir; ils se soudent entre eux et font corps avec la valvule qu'ils allongent. Il est probable que l'insuffisance précède le rétrécissement, puisque tous les auteurs notent le souffle du premier temps chez les enfants, jamais le rhythme connu du rétrécissement mitral; mais nous ne sommes pas certain qu'il en soit toujours ainsi. La question du rétrécissement mitral pur chez les jeunes enfants est à étudier.

Nous n'avançons que timidement sur ce terrain de l'organisation du rétrécissement mitral pur. Trouvons-nous au début une inflammation banale? Y a-t-il pour lui les mêmes causes que pour les autres rétrécissements : la scarlatine, la variole, la chorée, le rhumatisme articulaire aigu? Sans doute la grande maladie rhumatismale du cœur où péricarde, endocarde, myocarde, veines et artères sont atteints, ressemble bien peu au rétrécissement mitral pur, mais les lésions rhumatismales ont tous les degrés qui se ressemblent très peu, et nous ne pouvons pas être certain que le rhumatisme ne revêtira pas cette forme singulière.

Toutefois, on est frappé de ce fait qu'un cœur atteint de rétrécissement mitral pur peut essuyer le feu de trois, quatre et cinq rhumatismes articulaires aigus sans voir son état se compliquer ou empirer, comme si le

---

celui d'une éponge, ces organes servent à rafraîchir le cœur, auquel ils transmettent l'air ou l'esprit.

Aristote combat Alcmæon, qui avait prétendu que les chèvres respirent par les oreilles. Ce dernier connaissait-il le conduit allant de la caisse au pharynx et appelé plus tard : trompe d'Eustache? Avait-il trouvé le tympan perforé ou accidentellement détruit chez une chèvre pour avoir adopté une opinion aussi étrange?

Le philosophe de Stagyre disait « que les parties de l'homme sont inconnues, ou du moins qu'on ne peut en juger que par la ressemblance qu'elles doivent avoir avec les organes des animaux ». Il s'est illustré par une anatomie comparée des animaux entre eux et avec l'extérieur du corps de l'homme; il avait observé le développement du poulet; il a décrit les quatre estomacs des ruminants; il a ouvert un Caméléon vivant et précisé le mouvement des muscles intercostaux. Ce grand naturaliste avait joint des représentations d'objets à ses ouvrages, il renvoie à une figure montrant la sortie des œufs de la Seiche (*Sepia*); aucun de ces dessins n'est parvenu jusqu'à nous; son livre sur les plantes est également perdu. Aristote présente l'exemple unique d'un homme ayant rassemblé, seul, une masse aussi considérable d'observations, les ayant classées dans un ordre systématique en rapportant les idées de ses devanciers. Je ne résiste pas à vous dire que plusieurs maladies des animaux ont été vues par lui : la morve, μᾶλις, chez l'âne; la ladrerie du porc, χαλάζαι; l'hydrophobie canine que l'homme, croyait-il, ne contracte jamais; la fourbure des chevaux et d'autres maladies de l'éléphant et même des poissons.

rétrécissement n'était pas d'origine rhumatismale chez un individu qui, plus tard, aura quatre et cinq rhumatismes articulaires aigus, à moins d'admettre que le rhumatisme puisse se localiser sur une valvule et n'ait d'effet sur aucune autre partie du cœur. Il y a là des faits inexpliqués. Le péricarde n'est jamais touché; dans aucune des autopsies que nous rapportons, il n'est atteint. Le rhumatisme pourrait donc produire l'entonnoir mitral sans toucher au reste du cœur; tandis que, dans d'autres cas, il se produit une inflammation générale de l'organe. Nous avons vu un cœur atteint de rétrécissement mitral pur recevoir tous les assauts, faire entendre les bruits de toutes les complications possibles pendant une grossesse et sortir de cette lutte avec un simple rétrécissement mitral.

Le rétrécissement mitral pur reste pur. Les seules dilatations *a tergo* viennent le compliquer. Le rétrécissement mitral pur n'est pas d'origine rhumatismale.

A côté du rhumatisme articulaire, nous mettons la chorée; puis la scarlatine, puis la grossesse; l'intoxication saturnine est peut-être une cause très active, nous avons rapporté un certain nombre de cas. C'est surtout le rhumatisme articulaire aigu qui produit le rétrécissement mitral, mais non celui que nous étudions ici.

Le rétrécissement mitral pur que nous avons décrit est une maladie spéciale, essentiellement chronique, caractérisée par l'absence apparente de cause, par l'impossibilité d'en marquer le début, qui remonte à la première enfance; par la difficulté pour les enfants de se livrer aux jeux de leur âge; par l'essoufflement à la moindre course; par les épistaxis abondantes et fréquentes, remplacées plus tard par les hémoptysies, par la menstruation retardée, irrégulière et rare; par les fausses couches, l'accouchement à sept mois et la stérilité; par la fréquence des paralysies emboliques avec aphasie; enfin, par un rhythme spécial, la petitesse du cœur, la régularité du pouls et la formation d'un véritable entonnoir à paroi lisse et souple et à orifice circulaire très étroit. La maladie appartient surtout à la femme,

---

Dioclès de Caryste (354 ans avant J.-C.) paraît avoir écrit un ouvrage sur l'anatomie, peu regrettable au dire de Galien, qui lui reproche d'avoir eu des idées fort bornées à ce sujet. Dioclès ne connaissait pas les trompes utérines et admettait les cotylédons dans l'utérus de la femme.

Praxagoras de Cos (341 ans avant J.-C.) a été le maître d'Hérophile et il a poussé plus loin que ses devanciers les investigations cadavériques. Il détermine exactement la valeur du mot cotylédon, disant qu'il indique seulement les orifices des vaisseaux dans la matrice et que les cotylédons de la femme ne ressemblent en rien à ceux des animaux. Cette constatation fournit la preuve que Praxagoras, critiqué à tort par Galien, avait vu l'utérus humain que le médecin de Pergame n'a jamais connu. Praxagoras cherchait la cause des maladies dans les humeurs; il avait remarqué les pulsations artérielles inconnues d'Hippocrate. La distinction entre les artères et les veines lui appartient; il sépara des φλέβες, les vaisseaux d'un tissu dense, dilatés après la mort et qu'il regardait comme remplis par l'air (ἀὴρ τερεῖν, ἀρτηρία) plus ou moins visqueux.

Praxagoras avait une pratique chirurgicale très hardie, enlevant la luette dans les angines, ouvrant la cavité abdominale dans les cas de passion iliaque, afin de remettre les intestins dans leur état naturel. Pour agir de la sorte, il fallait posséder des données positives sur l'anatomie humaine que nous allons voir cultiver avec ardeur à l'Ecole d'Alexandrie.

(*A suivre.*)

Prof[r] LABOULBÈNE.

©BIU Santé

passe facilement inaperçue; on croit avoir affaire à une chlorose; parfois à de la tuberculisation.

En cas d'hémoptysie, la constatation des signes du rétrécissement mitral pur écarte l'idée de la tuberculisation. L'auscultation devient un moyen diagnostique de premier ordre; il est donc de toute importance de fixer le minimum des bruits nécessaire à l'admission du rétrécissement mitral; la fantaisie n'est pas permise.

Nous voulons séparer cette entité des autres rétrécissements mitraux en tête desquels se trouve naturellement le rétrécissement rhumatismal. On se tromperait si on croyait la tâche facile.

Le rétrécissement mitral rhumatismal se rencontre chez les individus, hommes ou femmes, ayant eu, ayant ou devant avoir plus tard un rhumatisme articulaire aigu; les accidents sont tardifs et n'apparaissent souvent qu'après la maladie articulaire; ils ne remontent pas à la première enfance. Les signes stéthoscopiques ne sont pas les mêmes que pour le rétrécissement mitral pur sans rhumatisme; les complications apparaissent vite; on est moins tenté d'en faire des chlorotiques. La valvule n'est plus en entonnoir; elle est inégale, incrustée; l'orifice est linéaire, en croissant; on sent l'endocardite aiguë. Le muscle est altéré; l'aorte est athéromateuse. La lésion existe chez l'homme comme chez la femme.

« La forme latente, disent Rilliet et Barthez, existe en général au-dessous de 6 ans. On trouve un souffle très intense et très étendu, accompagné d'impulsion, d'un peu de fréquence, de gêne à courir, de tendance au refroidissement des extrémités, mais point de suffocation, pas d'hydropisie, pas d'irrégularité, pas de facies caractéristique, rien qui, à l'extérieur, distingue ces enfants gravement atteints cependant. A l'hôpital des Enfants, chez aucun de nos 12 malades, le *rhumatisme* n'a été la cause de la lésion. L'endocardite, chez plusieurs, a débuté il y a un, deux, cinq et même six ans, et rien n'annonce qu'elle doive se terminer prochainement, car elle a encore la forme latente; nous sommes même portés à croire, d'après l'état tout à fait stationnaire de la lésion et quelques faits observés chez l'adulte, que ces enfants arriveront à la puberté et peut-être même à un âge assez avancé. Le nombre des endocardites latentes est proportionnellement plus considérable dans l'enfance que dans l'âge adulte. »

Ne semble-t-il pas que Rilliet et Barthez décrivent la première phase de notre rétrécissement mitral?

On ne sait malheureusement pas de quelle lésion ils parlent. S'agit-il toujours d'insuffisance mitrale? Il n'est question que d'endocardite, et certainement le rétrécissement n'existe pas encore.

H. Roger, dans son beau travail sur la chorée cardiaque, ne cite pas un seul cas de rétrécissement.

R. Blache rapporte plusieurs observations de lésion de la mitrale chez le fœtus, le nouveau-né et chez des enfants du premier âge. Il ne connaît pas le rétrécissement mitral isolé; nous ne trouvons aucune observation où l'auscultation ait permis de le diagnostiquer. Aujourd'hui même, il nous dit qu'il ne le connaît pas avant 14 ou quinze ans.

Cadet de Gassicourt ne nous donne pas de renseignements plus explicites; il s'occupera de la question et nous appellera si quelque cas se présente à l'hôpital Trousseau.

Avant de discuter l'origine du rétrécissement mitral, il faut établir son existence. Tous les médecins ne sont pas également sévères sur le dia-

gnostic de cette lésion; on admet facilement un bruit présystolique; on donne au dédoublement du deuxième claquement une valeur qu'il n'a pas surtout quand il n'est pas constant. L'éclat du premier claquement indique une valvule forte et souple comme est celle de l'entonnoir mitral. Le roulement diastolique et le coup de râpe présystolique sont nécessaires à un diagnostic certain. Il faut que le diagnostic ne soit douteux pour personne. On n'a jamais l'occasion de vérifier l'exactitude du diagnostic dans les cas litigieux; les malades ne meurent pas d'un rétrécissement douteux.

La constatation de l'essoufflement, dès la première enfance, est d'une grande valeur pour établir le début de la lésion; ajoutons les épistaxis fréquentes et abondantes, le retard de la menstruation C'est la règle; mais il faut admettre des atténuations. Chez des individus qui doivent avoir plus tard un rhumatisme articulaire aigu et une maladie du cœur, nous trouvons parfois, dès l'enfance, ces mêmes signes; il y a une faiblesse native du système vasculaire. Par contre, nous notons le rétrécissement mitral pur chez des individus qui n'ont éprouvé de gêne pour courir et pour monter que plus tard. Nous ne pouvons savoir ni comment ni quand cette lésion qui est certaine s'est organisée. Quoi qu'il en soit, il est bon qu'un enfant puisse courir.

Si la lésion est rhumatismale, elle aura de la tendance à progresser et nous aurons peut-être quelque action au moyen des alcalins et de la médication iodurée. Si, au contraire, il est reconnu que la lésion consiste uniquement dans cet entonnoir que rien ne pourrait changer, et dans cette porte étroite et intacte que nous connaissons, nons n'avons plus qu'à entretenir le sang dans le meilleur état possible, à combattre l'état chlorotique, à modifier la constitution générale.

La digitale ne sera d'aucune utilité; le pouls est régulier, normal. Elle ne pourra qu'être nuisible. Dans un cas où on ne nous indique pas le traitement, nous soupçonnons la digitale. Le pouls, égal et régulier, devient irrégulier, intermittent, géminé (2 battements, puis légère pause; 2 battements, etc.), puis le pouls est noté régulier. On ne nous dit pas la fréquence. Deux jours plus tard, la malade est en pleine perte de connaissance, la face est blême : cyanose générale, dyspnée extrême, quelques mouvements convulsifs; mort. On a accusé une fuite de gaz de sa mort. Nous regrettons que, dans des observations recueillies avec grand soin, on n'indique pas le traitement. Nous soupçonnons la digitale à cause du pouls géminé régulier auquel succèdent un pouls régulier, peut-être très lent, et les accidents indiqués suivis de mort rapide. Quoi qu'il en soit, nous ne conseillons pas la digitale dans ces cas.

Un des dangers du rétrécissement mitral pur réside dans la formation d'embolies, qui ne sont pas moins rares dans le rétrécissement rhumatismal; elles nous semblent même devoir y être plus fréquentes à cause des rugosités des surfaces qui n'existent pas dans le rétrécissement infantile; il y a, il est vrai, l'auricule qui en est bien souvent le siège.

Y-t-il un moyen d'empêcher la formation des embolies? Le bicarbonate de soude et les iodures seraient-ils de quelque utilité? Rien ne nous autorise à le penser.

En présence de l'état chlorotique si habituel à ces malades, on est entraîné à proposer les toniques.

On a employé le sulfate de spartéine; nous ne sommes pas certain que, dans tous les cas, on ait eu affaire à des rétrécissements mitraux. Dans

un cas, il est question d'un cœur où la pointe bat au-dessous du sixième espace intercostal; or, dans le retrécissement mitral, le cœur est petit.

Dans un deuxième cas, chez un rhumatisant, la digitaline détermine un ralentissement énorme du pouls et des intermittences toutes les trois ou quatre pulsations, on administre le sulfate de spartéine; dès le lendemain, le nombre des pulsations est normal. Il n'eût pas fallu employer la digitale.

Le sulfate de spartéine ne peut pas être très utile dans le rétrécissement mitral pur où le ventricule gauche est épais et puissant, où le pouls ne nous avertit pas de la lésion cardiaque, tant il paraît normal.

Un certain nombre échappe à toute médication cardiaque; la lésion n'a pas été soupçonnée.

Etant admises les réserves que nous imposons au diagnostic du rétrécissement mitral pur, les cas sont moins nombreux et les autopsies se comptent.

Stokes rapporte le cas suivant :

« Une jeune fille de 18 ans présente tous les signes de l'anémie et de la chlorose en même temps que d'une lésion organique de la mitrale; mais tenant compte de son âge et de son état général, je suspens mon diagnostic et cherche à améliorer cet état. Elle meurt dans la même année (1842) avec de la congestion du poumon et de l'anasarque, après deux ans de maladie.

A l'autopsie, la mitrale est en entonnoir et rétrécie à admettre à peine une plume d'oie. L'aorte et ses valvules sont saines. L'oreillette gauche est distendue et ses parois sont hypertrophiées. »

Il manque, à cette observation, un certain nombre de détails importants; nous pouvons l'accepter comme rétrécissement mitral pur. Y a-t-il eu du rhumatisme ou quelque maladie ayant provoqué l'endocardite? Stokes ne prévoyait pas nos regrets; nous sommes en avance sur lui.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant, qui demande à faire une communication sur la rage;

2° Une lettre de MM. Laborde et Magnan, qui croient devoir rectifier une assertion émise par M. Vallin dans son rapport *sur l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés dans les substances alimentaires*. Il s'agit d'expériences entreprises par eux avec le salicylate de méthyle, et non avec le salicylate d'*éthyle*, comme il est dit dans le rapport de M. Vallin;

3° Un travail manuscrit de M. le docteur Coiffier (du Puy) *sur la réorganisation de l'hygiène publique en France;*

4° Un pli cacheté de M. le docteur Debacker (de Roubaix) *au sujet des laboratoires antiseptiques créés à Roubaix sous sa direction;*

5° Une lettre de M. le docteur Eduardo Abren (de Lisbonne) accompagnant l'envoi d'un livre qu'il vient de publier sur la rage.

— M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Hallopeau, un exemplaire de la 2e édition de son *Traité élémentaire de pathologie générale*.

M. Henri Roger dépose sur le bureau le petit livre où sont consignées les instructions de la Société d'hygiène de l'enfance, relatives aux mesures hygiéniques à prendre chez les enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de 12 ans.

M. de Villiers présente : 1° de nouveaux documents au sujet de l'application de la loi Roussel; — 2° un *Eloge* du docteur Yvaren, par M. le docteur Pamard (d'Avignon).

— M. le docteur Montefusco, en son nom et au nom de M. le docteur Bifulco, comme lui médecin de l'hôpital Cotugno, à Naples, lit un travail intitulé : *Recherches sur la thermométrie locale dans la variole.*

M. le docteur Thomas Caraman donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur le miel eucalypté naturel sécrété par les abeilles noires sauvages de la Tasmanie* (Australasie) *dans des ruches construites par elles au sommet d'eucalyptus gigantesques.*

M. Thomas Caraman conclut de l'étude à laquelle il s'est livré sur cette substance, que le miel eucalypté naturel est appelé à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des affections laryngiennes, bronchiques, pulmonaires, cardiaques et scrofuleuses; dans les fièvres paludéennes et typhoïdes, dans la coqueluche ou névrose infectieuse des nerfs expirateurs, dans la grippe ou *influenza*, dans les affections rénales, vésicales et vaginales.

Enfin, comme aliment médicamenteux, il peut remplacer avantageusement, soit dans du lait, soit sur tartines de pain, l'huile de foie de morue.

La parole est à M. Vallin pour donner lecture des conclusions de son rapport sur le salicylage des vins :

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 doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

M. Constantin Paul dit qu'il ne saurait accepter ces conclusions, parce qu'elles lui paraissent établies sans preuves à l'appui. Le rapport de la commission ne donne que des impressions, des craintes, et non des faits démontrant l'influence nocive des préparations salicylées. Il y a dix ans que ces préparations sont employées soit en thérapeutique, soit pour la conservation des boissons et des aliments, et, à part quelques observations relatives à des cas exceptionnels d'idiosyncrasie, on ne trouve rien qui justifie la proscription du salicylage des vins, des bières, des sirops, des confitures, etc. On dit que les boissons salicylées sont nuisibles aux alcooliques dont les reins, fonctionnant mal, ne peuvent éliminer d'une manière suffisante l'acide salicylique ou ses sels; mais les alcooliques n'inspirent à M. C. Paul qu'un médiocre intérêt, et, même à leur égard, on manque d'observations prouvant cette action nuisible.

En résumé, suivant M. C. Paul, la commission s'est exagéré les dangers du salicylage, et ne devrait pas proscrire d'une manière aussi absolue une pratique dont les inconvénients ne sont pas démontrés.

M. Vallin répond qu'il est difficile d'arriver encore à la démonstration des effets nuisibles du salicylage, parce que l'attention des médecins n'avait pas, jusqu'à ces derniers temps, été appelée sur cette question, et qu'en conséquence les faits n'ont pas pu être recueillis en assez grand nombre. Mais la cause des accidents saturnins a été longtemps ignorée, jusqu'au jour où l'on s'est avisé qu'ils pouvaient être produits par le plomb.

Cependant, il n'est pas exact de dire que l'on manque absolument de faits prouvant l'action nuisible des préparations salicylées; elle a été observée chez un certain nombre de rhumatisants qui ne peuvent prendre les moindres doses d'acide salicylique sans

©BIU Santé

éprouver des accidents gastralgiques ou dyspeptiques sérieux. D'ailleurs, est-il si difficile de comprendre que l'acide salicylique puisse suspendre les phénomènes de la fermentation physiologique, qui caractérisent la fonction digestive, comme il suspend les phénomènes de la fermentation des boissons? N'a-t-on pas encore observé des cas d'avortements et d'hémorrhagies pendant la grossesse, à l'usage de l'acide salicylique à une dose inférieure à 1 gramme? Si, avec M. C. Paul, on admettait l'innocuité du salicylage modéré, on verrait le commerce verser de plus en plus dans cette pratique, et l'on n'aurait plus que des aliments et des boissons salicylés à l'excès, au grand préjudice des consommateurs.

N'y a-t-il pas, d'ailleurs, d'autres moyens plus inoffensifs que le salicylage et tout aussi efficaces pour la conservation des boissons? Ceux qui ont assisté au Congrès de Copenhague doivent se rappeler l'accueil enthousiaste fait à M. Pasteur par un brasseur de cette ville qui déclarait être redevable de sa fortune à l'emploi du procédé de M. Pasteur pour la conservation de la bière.

Enfin, dans un récent Congrès de brasseurs, de chimistes et d'hygiénistes, le salicylage de la bière a été proscrit à l'unanimité comme nuisible. L'Académie de médecine peut-elle ce montrer moins soucieuse de la santé publique que les membres de ce Congrès?

M. Brouardel fait remarquer que lorsqu'un médecin soigne des malades avec l'acide salicylique, il lui est facile, s'il survient des accidents, de les rapporter à leur véritable cause. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'acide salicylique consommé sous forme de boissons ou d'aliments. L'acide salicylique n'étant pas éliminé par les urines, il devint très difficile de découvrir la cause des accidents qui peuvent être mis sur le compte de troubles cérébraux ou gastro-intestinaux auxquels ils ressemblent.

Sur un nombre dé 300 autopsies d'individus frappés de mort subite, M. Brouardel a trouvé, dans la moitié des cas, des altérations des reins ou de l'artério-sclérose. Il n'est pas douteux que, chez ces individus, l'usage des boissons ou des aliments salicylés n'eût été suivi d'accidents fâcheux.

En résumé, M. Brouardel pense que l'ingestion journalière et clandestine d'une substance douée de propriétés énergiques, comme l'acide salicylique et ses dérivés, ne peut manquer d'avoir, surtout chez des individus dont les reins ou le système artériel sont sclérosés, une influence fâcheuse.

M. Féréol demande que l'on supprime de la première conclusion du rapport, les mots : « Il est établi par l'observation médicale ».

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité, moins deux, des votants.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Joannès Chatin sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le rapporteur présente les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Prunier; en deuxième, *ex æquo*, MM. Marty et Moisseau; en troisième, *ex æquo*, MM. Beauregard, Petit et Yvon.

Addition à la séance du 18 janvier.

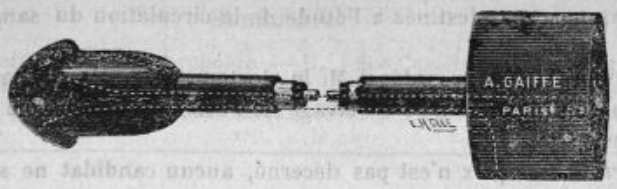
Dans la dernière séance, plusieurs présentations ont été faites que la discussion sur la rage nous a empêchés de mentionner. Nous les rétablissons dans leur ordre.

M. Gallard offre en hommage la *Leçon d'ouverture du cours de gynécologie* qu'il a fait à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

M. Germain Sée offre en hommage un volume qu'il vient de publier sur le *Régime alimentaire*.

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° de la part de M. le docteur Henri Huchard, diverses brochures.

2° De la part de M. le docteur Apostoli une note sur un *Nouvel excitateur bipolaire.*



Cet instrument se compose essentiellement :

1° D'une boule légèrement conique, en charbon de cornue à gaz (elle pourrait être également en platine), à laquelle aboutissent, à travers un long manche, les deux pôles séparés l'un de l'autre par une lame isolante de gutta-percha.

2° Les deux pôles ont une surface identique et ne sont séparés que par une distance de quelques millimètres.

Cet excitateur a pour but :

a) De permettre de limiter en un point donné de la peau ou d'une muqueuse l'action d'un courant (qu'il soit de pile ou faradique);

b) D'utiliser tout le courant qui circule à travers deux pôles de surface inattaquable;

c) De favoriser la vulgarisation (en modifiant au besoin l'étendue et la surface des pôles) de la pratique de la *galvano-caustique chimique, rapide et localisée*, appliquée soit au traitement des ulcères rebelles (utérins, cutanés ou autres), soit à produire des *dérivations* plus ou moins rapides (suivant le courant et l'intensité utilisés).

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES ULCÈRES. — Roberts.

Bi-chlorure de mercure.....	0 gr. 03 centigr.
Cérat	30 grammes.

Mêlez. — Deux fois le jour, on panse les ulcères des jambes avec cette pommade. En outre, tous les trois ou quatre jours, on dépose à la surface de la plaie une couche épaisse de chlorure de sodium pulvérisé. — Lorsque les ulcères sont chroniques et à bords calleux, on les guérit souvent plus rapidement, en les enlevant au moyen d'une incision elliptique, et en refermant la plaie à l'aide de sutures. — N. G.

COURRIER

ERRATUM. — Dans notre article sur les Cautères bipolaires (dernier numéro), il faut lire au milieu du 5e alinéa : « le disque n'a plus que 18 à 19 millimètres et non pas 8 à 9. »

— Une élection vient d'avoir lieu à l'Académie des sciences pour la nomination d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Robin, décédé.

Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : En première ligne : M. Dareste ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Filhol, Perrier et Ranvier ; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Fischer, Pouchet et Vaillant.

Le premier tour de scutin à nommé M. le docteur Ranvier, professeur au Collège de France.

Nous applaudissons au légitime succès du représentant le plus autorisé de l'école histologique française.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants :

1° *Prix Barbier.* — Un prix de 1,500 francs est décerné à M. Maurice de Thierry, préparateur de physique à la Faculté, pour ses appareils destinés à l'étude spectroscopique des quantités infinitésimales du sang dans un liquide quelconque.

©BIU Santé

Une récompense de 500 francs est accordée à M. le docteur Ozanam, pour ses sphygmographe et sphygmoscope, destinés à l'étude de la circulation du sang et de la respiration.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur François Raspail, auteur d'une sonde nouvelle en gomme, destinée au lavage de l'estomac par la voie nasale, chez les aliénés sitiophobes.

2° *Prix Corvisart.* — Ce prix n'est pas décerné, aucun candidat ne s'étant présenté.

La question mise au concours pour l'année 1887 est la suivante :

« Les premiers signes de la tuberculisalion pulmonaire. »

3° *Prix Chateauvillard.* — Ce prix, de la valeur de 2,000 francs, est partagé de la manière suivante :

a. Un prix de 1,200 francs est décerné à MM. les docteurs Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Bousquet, pour leur *Traité de pathologie externe.*

b. Un prix de 800 francs est décerné à M. le docteur Régis pour son *Manuel pratique de médecine mentale.*

4° Quant aux prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant la Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886, ils ont été décernés dans l'ordre suivant :

Médailles d'argent. — MM. Blanc, Brodeur, Chaput, Durand-Fardel, Feulard, Laguesse, Lermoyez, Louge, Malibran, Morel-Lavallée et Perrin.

Médailles de bronze. — MM. Assaky, Boisteux, Boursier, Broca, Brossard, Chatellier, Duchastelet, Duflocq, Gilbert, Gilles de la Tourette, Hirschfeld, Jardet, Kalt, Revilliod, Manrique, Perrin de la Touche, Poupinel, Queyrat, Ribbe et Villejean.

Mentions honorables. — MM. Azala, Barbulée, Barreau de Muratel, Bernard, Beurnier, Bourdel, Carron de la Carrière , Coudray de Pradel, Damalix, Dandieu, Dayot, Delporte Deschamps, Frémont, Gaudichier, Gandry, Gazala, Godart, Gomet, Hamonic, Lavergne, Legendre, Legrain, Legrand, Leval-Piquechef, Longnon, Malfilâtre, Marciguey, Morin, Nagaty, Naudin, Omont, Pottier, Poupon, Raspail, Ribail, Robelin, Roche, Sonbhy, Talat et Uribe.

Assistance publique. — L'art. 76 du règlement sur le service de santé a été revisé par arrêté préfectoral du 20 décembre 1886.

Par application de cet article revisé, la date de l'entrée en fonctions des élèves internes et externes en médecine a été fixée dorénavant au 1er février au lieu du 1er janvier.

Cette mesure devant recevoir son exécution dès cette année, MM. les internes et externes, nommés à la suite des concours qui viennent d'être clos, prendront le 1er février prochain, les services pour lesquels ils auront été désignés.

— MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1887.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

— Le banquet offert à M. le professeur Dieulafoy, pour fêter sa nomination, aura lieu le jeudi 3 février, à sept heures, à l'Hôtel Continental.

Adresser les adhésions à MM. Barbe, faubourg Saint-Honoré, 225; Giraudeau, boulevard Malesherbes, 58; Alf. Jean, rue Godot-de-Mauroi, 27; Legrand, interne à l'hôpital Saint-Antoine; Ribail, rue d'Amsterdam, 46.

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; tramways-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. H. Hallopeau : Agent infectieux thyphoïde. — II. Jules Christian : Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1886. — III. A. Dehenne : Traitement du chalazion. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Correspondance. — VI. Formulaire.

Agent infectieux typhoïde (1).

On commence à posséder des données précises sur la nature du miasme-contage *typhoïde* (2). On sait, depuis longtemps, que la fièvre typhoïde peut être contractée par contagion ou résulter d'une infection.

La contagion est prouvée par les faits nombreux dans lesquels on a vu la maladie se manifester dans une localité peu après l'arrivée d'un sujet qui en était atteint, et frapper en premier lieu les personnes qui l'entouraient. Le contage peut être transmis par l'air, par les vêtements, par les habitations, et surtout par l'eau alimentaire. Nombre de fois, la maladie a frappé exclusivement une localité, une partie de ville, une partie de village ou une maison dont les habitants faisaient usage d'une même eau souillée par des déjections typhoïdes.

M. le professeur Jaccoud (3) a montré que, sur 105 épidémies de fièvre typhoïde, l'influence des matières fécales a pu être établie 60 fois. La transmission directe d'un sujet malade à un sujet sain est cependant exceptionnelle; le nombre d'infirmiers et de malades atteints d'autres affections qui contractent la fièvre typhoïde à l'hôpital est relativement peu considérable; dans une période de quatorze ans, sur 2,506 cas de fièvre

(1) Extrait du *Traité élémentaire de pathologie générale*, 2e édition, de H. Hallopeau qui vient de paraître chez J.-B. Baillière.

(2) Bouchard, *Etiologie de la fièvre typhoïde (Congrès médical international de Genève*, 1877). — H. Gueneau de Mussy, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1877. — Murchison, *A treatise en continued fevers of Great Britain*, London, 1873.

(3) Jaccoud, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1877.

FEUILLETON

CORRESPONDANCE

A Monsieur Alexandre Dumas fils, de l'Académie française.

Monsieur,

Votre *Francillon*, en me laissant sous le charme, m'a laissé aussi un regret, que je vous demande la permission de vous exposer. Quelle est, dans votre pièce, la cause de l'indifférence de M. de Riverolles pour sa femme? Sans doute, le caractère du mari y est pour beaucoup : son âge, ses habitudes de viveur, son état d'homme blasé, le mettent dans une infériorité évidente au point de vue de la passion; on ne peut demander à un mari dans cette situation l'amour débordant, l'amour total, dont Francine fait pour son compte une définition si vibrante. Ces raisons étaient suffisantes, plus que suffisantes, pour expliquer la froideur du mari, opposée aux revendications jalouses de la femme; il en va ainsi dans beaucoup de ménages, sans autre motif qu'une inégalité de température entre les époux; ils ne sont pas dans la même saison, la femme est encore au printemps, le mari à l'automne; il est donc difficile, avec ces deux produits, de former un tout homogène. L'une dit : je t'adore! l'autre répond : tu me plais; l'une vit de révélation, l'autre de souvenirs. Donc, pas d'adéquatisme entre eux, par le seul

©BIU Santé

typhoïde, Murchison n'en a compté que 8 qui se soient développés à l'intérieur de l'hôpital. (G. Gueneau de Mussy.)

Pour expliquer ces faits, on a supposé que le contage n'est pas directement transmissible par les fèces fraîchement évacuées, et qu'il n'acquiert cette propriété qu'après avoir séjourné un certain temps dans ces matières putréfiées. M. Bouchard répond très justement aux partisans de cette théorie que, si les déjections fraîches transmettent rarement la maladie, c'est parce qu'elles ne peuvent être mêlées aux boissons ni se mélanger à l'air sous formes de poussières; il ajoute que les matières non fermentées se sont montrées contaminantes, soit sur les vêtements souillés, soit dans les eaux courantes.

Dans la grande majorité des cas, les matières fécales dont les émanations ou le mélange avec l'eau produit la fièvre typhoïde renferment elles-mêmes des fèces émanées de sujets atteints de la même maladie; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il y a des faits où l'infection semble bien avoir été produite par des matières alimentaires altérées, sans mélange de déjections typhiques; il semble donc que, dans certaines conditions non encore déterminées, le contage typhoïde puisse se développer dans les matières putréfiées.

Cela ne veut pas dire que la putréfaction donne par elle-même naissance au contage; on ne peut même attribuer à la matière fécale le pouvoir de l'engendrer en se putréfiant. « Il est d'immenses étendues du territoire habité par l'homme, dit le professeur Bouchard, où les déjections sont abandonnées au hasard, ou accumulées sans plus de souci de la propreté que de l'hygiène, et cependant la fièvre typhoïde n'y apparaît qu'à de rares intervalles. » Ces matières putréfiées constituent donc simplement un terrain favorable au développement du contage.

Quelle est la nature de ce contage? M. Bouchard, dès 1877 (1), a nettement formulé l'hypothèse qui en ferait un agent animé : « Supposez, dit-il,

(1) Bouchard, *loc. cit.*

---

fait de leurs personnalités respectives, par la force des choses, quand cette force ne trouve, pour la comprendre et la dominer, qu'un *simple serin*, comme votre héros.

Cependant, pour rendre plus compréhensible le désaccord du ménage, vous avez tenu à lui assigner une cause matérielle, et vous faites expliquer par M. de Riverolles qu'il s'est naturellement éloigné de sa femme depuis qu'elle a été nourrice. C'est là que je vois un danger; cet argument, formulé par vous, couvert par votre grande autorité, est capable de nuire gravement à la cause de l'allaitement maternel, d'empêcher beaucoup de femmes de nourrir leurs enfants. Les jeunes femmes qui verront votre pièce en retiendront à coup sûr cet avertissement : qu'elles s'exposent à être abandonnées par leurs maris si elles nourrissent leurs bébés. Elles verront cela, et rien que cela, dans la brouille du ménage de Riverolles; et comme beaucoup sont déjà portées à se soustraire aux devoirs de la maternité, vous aurez sans le vouloir favorisé leurs tendances. Il sera impossible de leur faire comprendre que M. de Riverolles a eu tort, qu'il est un mari médiocre; l'exemple même de M. Smith, le mari qui réveille sa femme, ne les touchera pas; dans la crainte de tomber sur un mari qui ne réveille pas, elles éviteront le prétexte à éloignement qu'elles auront appris par vous : elles ne nourriront pas. Et, en cela, elles vous béniront; vous leur aurez fourni une défense triomphante contre les encouragements à l'allaitement maternel. Dans leur idée fixe, fort arrêtée déjà chez beaucoup de jeunes filles, et confirmée par vous, elles resteront insensibles aux belles choses que vous dites sur les devoirs d'une mère : que la maternité est le patriotisme des mères; que les fils rendent en flots de sang sur les champs de bataille

que, dans ce monde aérien presque inexploré où s'agitent tant d'êtres inférieurs dont quelques espèces ont été à peine entrevues, il existe un germe capable de se développer et dans la matière animale morte et dans l'organisme vivant; ce germe tombant dans un foyer putride y peut pulluler, il pourra de là passer dans le corps de l'homme et provoquer la maladie par sa multiplication, il pourra d'un individu malade passer ensuite dans un organisme sain »; il produit ainsi une maladie à la fois infectieuse et contagieuse : infectieuse quand il provient d'un foyer putride, contagieuse quand il a traversé déjà un organisme vivant.

De nombreuses recherches ont été faites dans le but de découvrir, de cultiver et d'inoculer le microbe typhoïde. Dès 1871, V. Recklinghausen a signalé chez les typhiques la présence de micrococcus qui lui ont paru semblables à ceux de la pyohémie : en 1872, Eberth en trouvait dans un abcès du rein chez un typhique; en 1875, Klein voit ces corpuscules dans la muqueuse intestinale et particulièrement dans les follicules clos et les vaisseaux; Sokoloff et Fischel les observent dans la rate.

Klebs (1) affirme qu'il a constamment rencontré, dans la muqueuse intestinale, les ganglions mésentériques, le larynx et le poumon des typhiques, des bacilles dont la longueur peut dépasser 50 μ, tandis que leur largeur n'atteint que 0,6 μ; dans les périodes moins avancées de leur développement, ils se présentent sous la forme de courts bâtonnets renfermant des spores; le mycélium peut être si abondant que les cellules disparaissent; il est peu probable qu'il s'agisse là du véritable bacille typhoïde.

Les travaux plus récents de Eberth et de Gaffky méritent plus de confiance. Eberth (2) a trouvé 18 fois sur 40, dans les ganglions du mésentère, la rate, le rein, le poumon et le foie, de courts bâtonnets, arrondis à leurs extrémités, et présentant ainsi une forme ovoïde allongée; quelquefois ils

(1) Klebs, *Arch. f. exp. Path.*, 1879.

(2) Eberth, *Virchow's Archiv.*, B. 83.

le lait qu'ils ont reçu de leurs mères; tout cela passera inaperçu pour la femme qui tiendra à garder son mari, et qui enverra l'enfant avec une nourrice dans la chambre du fond.

La vérité était difficile à dire, j'en conviens, car elle est d'ordre absolument médical : la vérité, c'est que l'allaitement est la santé des mères dans l'avenir, pour toute leur vie, et leur santé précisément de la façon la plus nécessaire pour assurer à tout jamais la fidélité du mari; l'allaitement, c'est la condition première de l'aptitude conjugale toujours conservée chez la femme; c'est la seule garantie contre certains dérangements autrement nuisibles pour l'union des ménages que dix ou douze mois de nourriture; c'est, en résumé, comme la clef de l'intégrité sexuelle de la femme. Je crois me faire suffisamment comprendre sans insister ni éclaircir davantage.

Vous êtes de mon avis, Monsieur, je n'en doute pas; les bénédictions que vous faites pleuvoir sur le ménage Smith en sont la preuve; mais, je le répète, ce bonheur fera moins d'impression sur l'esprit des jeunes femmes que l'apathie de M. de Riverolles; et l'enseignement qu'elles voudront voir dans cette histoire leur paraîtra d'autant plus fort qu'il sera d'accord avec leur répugnance naturelle pour l'état de nourrice.

Pour seconder Mme Smith, qui ne pouvait entrer dans les détails, que ne s'est-il trouvé dans *Francillon* un médecin qui aurait élucidé la question, comme savent parler les médecins que vous mettez dans vos pièces? Celui-là aurait fait valoir la belle santé de Mme Smith, la bonne conduite de M. Smith, et aurait indiqué que l'allaitement répété avait une grande part dans ces résultats. Vous auriez trouvé les phrases qui auraient

14.

©BIU Santé

renfermaient des spores; ils étaient moins nombreux quand la maladie s'était prolongée et dans les cas primitivement bénins.

Gaffky (1) a constaté également, dans 26 cas sur 28, la présence de ces mêmes bacilles, groupés en petites colonies, dans les plaques de Peyer non encore ulcérées, les glandes mésentériques, le foie, la rate, et les reins; Pfeiffer (2), Frænkel et Simmonds (3) les ont plusieurs fois vus dans les selles typhoïdes; ces derniers auteurs les ont aussi rencontrés constamment dans les rates des typhiques et en ont obtenu des cultures présentant tous les caractères que leur a assignés Gaffky. D'après Cornil et Babès (4), si l'on examine les plaques de Peyer au début de leur tuméfaction, on y trouve ces bacilles dans les glandes en tubes et dans le tissu conjonctif qui les entoure.

Gaffky a observé plusieurs fois, dans les poumons congestionnés de typhiques, des bacilles dont certains ressemblaient aux précédents, mais ils étaient isolés et non groupés comme dans les autres organes, et il ne peut affirmer qu'il s'agît là de bacilles typhoïdes. Il peut se développer, en effet, parfois dans le courant de la maladie des affections secondaires, dans lesquelles on peut trouver des microbes qui lui sont étrangers, et particulièrement ceux de la gangrène et de la septicémie. Le bacille typhoïde a été vu quelquefois dans le sang (Cornil et Babès); on l'y a presque toujours cherché en vain. M. Bouchard l'a trouvé dans les urines et M. Hanot dans le liquide d'une éruption miliaire.

La plupart des expérimentateurs ont vu jusqu'ici échouer leurs essais de transmission de la maladie par les produits de culture, et il doit en être

(1) Gaffky, *Zur Aetiologie der abdominal Typhus. (Mitth. d. kaiserl. Gesundheitsamtes* Berlin, 1884).

(2) Pfeiffer, *Ueber dem Nachweiss der Typhusbacillen im Darminhalt und Stuhlgang (Deutsch. med. Wochensch.,* 1885).

(3) Frænkel und Simmonds, *Zur Aetiol. der abdom. Typh. (Central Bl. f. klin. Med.,* 1885).

(4) Cornil et Babès, *loc. cit.*

permis à ce médecin de soutenir sa thèse en termes intelligibles et acceptables. Cette thèse, c'est la vraie; elle s'appuie sur l'observation; des statistiques que l'on pourrait produire montrent la fréquence des maladies féminines chez les femmes qui n'ont pas nourri, leur rareté, au contraire, chez celles qui ont obéi à la nature en nourrissant. La nature, violentée dans son équilibre, se venge plus tard d'une façon cruelle : c'est par l'allaitement que doit se terminer la grande crise de la maternité; c'est la dépuration indispensable après la gestation; la source des maux cachés dont souffrent tant de femmes (vous connaissez, à ce propos, le mot de Michelet) est dans la suppression de cet exutoire. D'ailleurs, en bonne logique, est-il plus permis à une femme de se faire passer son lait que de se faire passer son enfant? Dans les deux cas, c'est de l'avortement.

Voila donc mon regret, Monsieur, au sujet de *Francillon*, le regret et la crainte que vous ne fassiez école pour empêcher les femmes de nourrir leurs enfants. Ce qui serait très fâcheux pour l'avenir des femmes, des ménages et de la société. Faute d'un médecin, qui ait expliqué cela dans *Francillon*, vous trouverez peut-être l'occasion, dans une autre pièce, de faire réparation à l'allaitement maternel, sinon dans une pièce, où ce serait délicat, au moins dans une préface. Dites bien aux jeunes femmes, pour lesquelles vos paroles ont un grand poids, qu'elles doivent nourrir leurs enfants, autant pour les enfants que pour elles-mêmes; dites aux maris qu'ils doivent exiger que leurs femmes nourrissent, parce que c'est le seul moyen pour eux de retrouver plus tard, en rentrant, une femme qu'ils auront envie de réveiller. Si femmes et maris jugent le

ainsi, puisque l'on ne connaît pas d'espèce animale chez laquelle on ait démontré l'existence de la fièvre typhoïde, et que même la maladie du cheval désignée sous ce nom ne peut lui être assimilée en toute certitude, malgré les arguments apportés par M. Servoles (1); cependant Klebs a vu, après leur implantation dans l'intestin du lapin, se développer de longs filaments qui ne peuvent être attribués à la putréfaction, car ils manquent dans les autopsies faites plus de deux jours après la mort; ils se colorent moins vivement que les bactéries de putréfaction par le violet de méthyle. Cultivés dans la gélatine, puis inoculés à un lapin, ils le tuent en deux jours, et l'on trouve, à l'autopsie, les plaques de Peyer gonflées et l'appendice vermiculaire ulcéré; l'intestin renferme une grande quantité de bacilles. Plus récemment, Frænkel et Simmonds auraient aussi obtenu des résultats positifs dans 15 cas sur 27, chez des lapins, en leur injectant le produit de culture dans les veines auriculaires; dans 14 cas sur 20, chez des souris, en l'introduisant dans la cavité péritonéale, et chez 1 cochon d'Inde, sur 3, par le même procédé. Les animaux infectés ont succombé dans un laps de temps qui a varié de quelques heures à trois jours : les symptômes dominants étaient une grande faiblesse, la perte de l'appétit et, le plus souvent, une diarrhée persistante. A l'autopsie, ces auteurs ont trouvé constamment une tuméfaction de la rate, des ganglions mésentériques qui parfois présentaient une coloration hémorrhagique, des glandes de l'aisselle et des plaques de Peyer; dans un cas, on voyait des eschares récentes à la surface des follicules tuméfiés de la paroi intestinale.

Ces faits sont nouveaux : les résultats d'inoculation avaient été jusqu'ici complètement négatifs; il faut attendre avant de ranger la fièvre typhoïde au nombre des maladies que l'on peut transmettre par l'inoculation d'un microbe spécial; néanmoins la présence à peu près constante dans les plaques de Peyer, dans les ganglions, dans la rate et la plupart des viscères chez les sujets atteints de cette maladie, et aussi dans les matières

(1) Servoles, *La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme*. Thèse de Paris, 1880.

temps de l'allaitement un bien mauvais moment à passer, les unes pour trop d'occupation, les autres pour trop de loisirs, affermissez-les dans la conviction que c'est pourtant de deux maux choisir le moindre, à beaucoup près et sans comparaison possible.

Dans la même préface, vous pourrez aussi dissiper l'incertitude que laisse dans l'esprit des spectateurs la fin de *Francillon*. Que va devenir le ménage de Riverolles? Le mari va-t-il se reprendre, se galvaniser après l'aventure du bal de l'Opéra? La femme sera-t-elle toujours aussi amoureuse et aussi jalouse? Aux voisins de théâtre qui se posaient ces questions, j'ai donné une solution de mon cru : c'est que le mari serait plus prudent, plus rangé; que la femme surtout serait moins amoureuse, moins jalouse; que tout s'arrangerait ainsi à la satisfaction des deux parties, et probablement du troisième larron. Si c'est aussi votre idée sur le ménage de Riverolles après le troisième acte, je serais infiniment flatté de m'être rencontré avec vous dans ce pronostic.

Je suis avec respect, Monsieur, votre humble admirateur. P. Dubray.

Pilules contre la tuberculose. — Huchard.

Créosote.....	
Iodoforme.....	àà 0 gr. 05 centig.
Benjoin pulv.....	
Baume de tolu pulv.....	

F. s. a. une pilule qui sera dragéifiée. — Deux à quatre par jour. — N. G.

©BIU Santé

fécales, de bacilles nettement caractérisés, permet d'admettre avec une grande vraisemblance qu'ils en sont les agents générateurs. On peut aller plus loin et soupçonner qu'une ptomaïne est la cause des accidents qu'ils produisent, car Brieger (1) a extrait de leur culture un de ces corps auquel il a reconnu des propriétés toxiques. Chez les cobayes, il détermine de la diarrhée avec de l'affaiblissement, de la dyspepsie et la mort après vingt-quatre heures.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1886

Par le docteur Jules Christian, secrétaire général.

Messieurs,

En venant pour la seconde fois vous rendre compte de nos travaux de l'année, je dois avant tout vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en me confirmant dans les fonctions de secrétaire général que vous m'aviez confiées à titre provisoire. J'y ai vu la récompense de mes efforts. Mais chaque jour je sens davantage les difficultés d'une tâche qu'ont remplie d'une façon si éminente ceux qui m'ont précédé. Le mieux que je pourrai faire sera de m'inspirer de leurs exemples, sûr que vous continuerez à m'aider de votre concours amical.

Les communications qui vous ont été faites ont été nombreuses; parmi elles un certain nombre ont trait aux questions à l'ordre du jour : tel par exemple le travail que M. Dubuc nous a lu sur l'*emploi de la cocaïne dans la lithotritie*. Déjà, en 1885, M. Dubuc nous avait entretenus de ce sujet. La cocaïne a continué à lui donner d'excellents résultats, et, dans certaines opérations de lithotritie, dans lesquelles l'emploi du chloroforme ne serait pas, suivant lui, sans inconvénients, il a obtenu, grâce à la cocaïne, une anesthésie de la muqueuse vésicale, lui ayant permis de pratiquer l'opération sans que le patient ressentît aucune douleur. M. Dubuc pense donc que la cocaïne peut rendre des services, et, dans certains cas déterminés, remplacer le chloroforme. Ce n'est pas l'avis de M. Reliquet, qui croit possible d'employer le chloroforme dans tous les cas, et qui ne voit aucun avantage à lui substituer un anesthésique local tel que la cocaïne. Quoi qu'il en soit de ces divergences d'opinion, il n'en reste pas moins ce résultat, que M. Dubuc a fait de la cocaïne un emploi très fréquent, sans jamais observer d'accidents. M. Dehenne, qui lui aussi se sert journellement de ce médicament, n'a jamais eu à s'en plaindre. Cependant, à l'étranger, les accidents ne sont pas rares, et les journaux allemands et américains en ont relaté un certain nombre; l'un d'eux a eu tout récemment un lamentable épilogue. Que conclure de ces différences? Est-ce la même cocaïne qui est employée? D'après ce que nous a dit M. Dehenne, il semble que les solutions de cocaïne s'altèrent rapidement, qu'il s'y développe un principe nouveau, toxique, l'*hygrine*, sur lequel notre collègue nous a promis de nous renseigner; nous pouvons compter qu'il tiendra sa promesse.

Depuis les travaux de Villemin, et, à une époque plus récente, depuis la découverte du bacille de Koch, l'étude de la *tuberculose* a complètement changé de face; la thérapeutique devait chercher à s'inspirer des vues nouvelles de l'anatomie pathologique. C'est ainsi que l'on a songé à appliquer au traitement de la phthisie les climats d'altitude, en se basant sur l'immunité phthisique qui leur est attribuée, le bacille ne vivant pas au delà d'une altitude de 1,800 mètres. M. Deligny a traité cette importante question dans un mémoire (*De l'antimicrobiose de l'air des altitudes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la phthisie bacillaire des poumons*) que vous avez écouté avec un vif intérêt; et il n'a pas eu de peine à vous démontrer que le problème est complexe, que les termes en sont multiples, et que, dans l'état actuel de nos connaissances, la

(1) Brieger, *Ueber Ptomaïne*. Berlin, 1885, traduction française par Roussy et Winter. Paris, 1886.

prise en considération de l'antimicrobiose n'est pas suffisante pour servir de base au traitement de la phthisie par les climats d'altitude. Comme par le passé, il faudra tenir un compte sérieux des autres modes d'action de l'air et du climat, ceux que nous connaissions avant la découverte du bacille. Dans les conditions d'observation où il est placé, M. Deligny est mieux à même que personne d'élucider cette importante question, et son zèle pour la science nous est un sûr garant qu'il ne la négligera pas.

L'un de nos membres correspondants, M. le docteur Gimbert (de Cannes), donnant en cela un exemple que nous serions heureux de voir imité par un plus grand nombre de nos collègues du dehors, nous a lu un mémoire sur les *Lazarets du Pian de Latte et de Nice pendant l'épidémie de choléra de 1884*. Placé sur les lieux mêmes de l'épidémie, investi de fonctions officielles, M. Gimbert a pu vérifier une fois de plus que « les lazarets terrestres plantés au travers de la civilisation sont inutiles et dangereux », et que les quarantaines par terre sont « impraticables, inutiles et dangereuses ». Cette opinion ne pouvait être contestée; mais la communication de M. Gimbert nous a montré aussi combien en France la réglementation de l'hygiène publique laisse à désirer, combien nous sommes désarmés quand il s'agit de prévenir ou de combattre les maladies en général, et en particulier les maladies dites transmissibles.

Notre vénéré collègue, M. Perrin, a fourni le corollaire naturel du travail de M. Gimbert, en formulant de nouveau un vœu qu'avaient déjà émis l'Académie de médecine, la Société de médecine publique, la Commission des logements insalubres, les Congrès internationaux d'hygiène de Paris, Genève, Turin, La Haye, etc., à savoir « 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 responsable, aussi « bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les grandes villes ».

Après une longue discussion, dans laquelle M. Dubrisay vous a fait connaître à quels résultats déplorables peut mener ce mépris absolu des lois de l'hygiène, vous avez unanimement adopté le vœu formulé par M. Perrin, et vous avez décidé de le faire parvenir aux autorités compétentes et en particulier à la Commission parlementaire chargée d'élaborer un règlement général de la santé publique. En agissant ainsi, la Société de médecine est restée fidèle à ses traditions (1), et quand bien même le résultat ne répondrait pas à ses efforts, elle aura rempli son devoir en signalant le danger et indiquant le remède.

L'influence de la syphilis sur la production des affections organiques des viscères est aussi une question d'actualité, sur laquelle depuis plusieurs années les recherches se multiplient. Le problème n'est pas résolu, et peut-être se laisse-t-on aller trop facilement à invoquer la syphilis comme facteur étiologique. Ce n'est que par des observations bien prises, sérieusement contrôlées, que l'on peut espérer d'arriver à des données précises : ces qualités, vous les avez trouvées dans les quatre observations que nous a lues notre nouveau collègue M. Wickham (*Note sur l'albuminurie survenant dans le cours d'accidents secondaires d'origine syphilitique*). Le travail de M. Wickham a été commenté par un substantiel rapport de M. Horteloup, notre ancien collègue, qui nous a montré ainsi, qu'il n'avait pas oublié le chemin de nos réunions. Quelles sont les conclusions de M. Horteloup et de son interne, M. Wickham? « Que, au début de la syphilis, il est « fréquentd'observer des troubles du côté des reins, troubles que fait disparaître le traitement spécifique, et dont la nature syphilitique ne paraît pas douteuse. » Mais, dix, vingt ans après, si, chez ce même malade, éclate une néphrite grave, est-ce encore la vérole qu'il faut incriminer? C'est là ce que de nouvelles recherches permettront seules de décider.

En dehors de ces questions d'actualité, nous avons les faits apportés à chacun de nous par les hasards de la pratique journalière, et qui portent avec eux leur enseignement et leur intérêt.

La *chirurgie oculaire* nous a valu un mémoire important *sur la névrite optique des*

(1) Elle l'a montré également en souscrivant pour 200 francs à l'Institut Pasteur.

BIU Santé

tumeurs cérébrales. — Par une série d'exemples choisis dans sa vaste pratique, M. Abadie nous a montré que la névrite optique d'origine cérébrale a pu être prise pour une rétinite albuminurique et, par contre, que la névrite optique peut ne présenter aucun des caractères des névrites par tumeurs cérébrales, alors pourtant qu'à l'autopsie on trouve une tumeur à la convexité du cerveau. Ces cas rares sont instructifs, car ils montrent combien est delicate l'exploration du fond de l'œil, puisqu'elle peut laisser dans le doute les praticiens les plus expérimentés.

Notre laborieux confrère M. Dehenne nous a entretenus à deux reprises du *sarcome de la choroïde*, et il a fait passer sous nos yeux d'intéressantes pièces anatomiques. Nous lui devons aussi une note sur l'*opération de la cataracte* et, dans une de nos dernières séances, un travail intéressant sur les *gommes multiples de l'iris*, à propos duquel a été soulevée la question du diagnostic différentiel des gommes et des tubercules de l'iris, que beaucoup d'auteurs regardent comme impossible, et que l'efficacité du traitement spécifique ne suffirait même pas à trancher.

Dans le domaine des voies génito-urinaires, M. Reliquet nous a lu une observation de *carcinome villeux diffus de la vessie*, observation curieuse dans laquelle une altération très grave et rapidement mortelle ne put cependant être diagnostiquée pendant la vie. L'autopsie révéla l'existence d'une lésion diffuse qu'aucun traitement chirurgical n'eût été à même de conjurer, et de nature telle (vous avez vu les pièces anatomiques) que, pendant la vie, elle avait dû fatalement échapper même au clinicien exercé appelé à la combattre.

M. Reliquet a également présenté à la Société les pièces anatomiques recueillies chez un de ses malades, consistant dans une anomalie très curieuse du rein droit, ayant amené l'hydronéphrose et la suppression des fonctions de ce rein, le rein gauche étant calculeux. A ce propos s'est élevée une discussion longue et intéressante sur les indications de la néphrectomie et de la néphrotomie.

M. Dubuc nous a fait part d'une observation de *cystite survenue au septième mois de la grossesse*, ayant persisté après l'accouchement, et guérie par les instillations au nitrate d'argent. Ce traitement, dont M. Dubuc avait déjà, l'an dernier, discuté l'opportunité à propos d'un cas de tuberculose de la vessie, lui a donné cette fois les meilleurs résultats.

Lorsque l'humérus est fracturé chez un adulte, la fracture guérit généralement sans complication, et le bras reprend rapidement ses fonctions. Il peut arriver cependant que, dans ces fractures, le nerf radial soit lésé, et à cela il y a des raisons anatomiques. La lésion peut aller jusqu'à la paralysie du nerf, lorsqu'il est comprimé par le cal. C'est une complication de ce genre que M. Polaillon a rencontrée chez un charretier, âgé de 51 ans, chez lequel, après une fracture de l'humérus gauche, survint une paralysie complète des extenseurs de l'avant-bras et de la main; M. Polaillon réséqua le cal, dégagea le nerf radial; un an après, l'opéré put reprendre son travail de charretier, et tenir son fouet; il fallut deux ans pour la guérison complète, qui vint récompenser l'intervention hardie de l'opérateur.

Une autre observation de M. Polaillon se rapporte à une affection rare et dont la cause prochaine est ignorée : l'*induration plastique du pénis*. Ce qui augmentait la singularité de ce cas, c'est qu'il se présentait chez un homme de 63 ans, qui avait également une rétraction de l'aponévrose palmaire, surtout prononcée à gauche. Or, dès 1874, M. Polaillon avait émis l'idée que la rétraction de l'aponévrose palmaire est une manifestation de la diathèse arthritique, opinion confirmée depuis par un grand nombre d'observations. L'induration plastique du pénis ne serait-elle pas, elle aussi, sous la dépendance de l'arthritisme? C'est une hypothèse plausible, dont l'avenir dira la valeur.

Enfin, nous devons encore à M. Polaillon un fait de *kyste dermoïde* de la région orbitaire interne chez une petite fille de 9 ans, opérée et guérie sans complication.

M. Horteloup nous a communiqué une observation de *plaie du testicule* par une aiguille

VIANDE C. FAVROT

L'application de la ***Poudre de Viande*** à la thérapeutique des maladies de consomption constitue un immense progrès. — La ***Poudre de Viande*** rend les services les plus incontestables dans la **Phthisie,** la **Chlorose,** la **Scrofulose,** le **Diabète,** la **Gastrite aiguë** ou **chronique,** et dans toutes les affections chirurgicales ou non, dans lesquelles l'économie n'est plus en état de réparer ses pertes.— Pour produire son effet maximum, la ***Poudre de Viande*** doit être **pure, sans odeur, sans saveur et inaltérable.** Ces conditions sont remplies par la ***Viande C. FAVROT*** qui ne contient que de la **Chair de Bœuf** dont elle représente **4** fois son poids. — LA ***Viande C. FAVROT*** EST ADMISE DANS LES HOPITAUX.

5f LA BOITE.—*PARIS, 102, r. Richelieu.*—**Pharmacie FAVROT.**—**J. FERRÉ,** *Gendre et Successeur.*

ÉPILEPSIE - HYSTÉRIE - NÉVROSES

Le **SIROP de HENRY MURE** au ***Bromure de Potassium*** (*exempt de chlorure et d'iodure*), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de **SIROP de HENRY MURE** *contient 2 grammes de bromure de potassium.*

Prix du Flacon : 5 francs.

Henry MURE, Phien à Pont-St-Esprit (Gard). — PARIS, Phie **LEBROU,** 16, rue Richelieu,

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES

ALIMENTATION AU GLUTEN

F. LAPORTE, neveu et successeur de F. DURAND

Fabricant de produits alimentaires au gluten : Biscottes, pain en tranches, chocolats, semoule de pain de gluten et pâtes diverses à l'usage des diabétiques et des personnes dont l'estomac débilité demande une nutrition spéciale.

Ces produits sont approuvés et recommandés par les Sociétés savantes, par le Corps médical, et particulièrement par l'Académie de médecine de Paris. — 10 médailles or et argent. — Diplôme d'honneur.

TOULOUSE, 41, rue des Amidonniers. — PARIS, 24, rue des Grands-Augustins.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES

A la CRÉOSOTE VRAIE

du goudron de hêtre **ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE**

Récompense unique à l'Exposit. Universelle de Paris 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris.

BOURGEAUD, ph. del re cl. fourn. des hôp. **20, r. de Rambuteau, Paris**

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créoso e, la Boite **4** fr.

Vin et **huile** créosotés conten. 0.20 de créosote p cuillerée, Bie **5**f.

La Toile Vésicante Le Perdriel

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. *Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire* (propriété de l'auteur) *ainsi que la signature.*

Le Perdriel

DIGESTIF COMPLET

ÉLIXIR EUPEPTIQUE TISY

A BASE DE PANCRÉATINE, DIASTASE ET PEPSINE

CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES

CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

MENTION HONORABLE

MÉDAILLE D'ARGENT.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies.

MÉDAILLE D'ARGENT.

La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 Cgr. « diastase, 10 centigr de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche.

Gros et Détail, Maison BAUDON, 12, rue Charles V (Bastille), Paris.

©BIU Santé

PHTHISIE
BRONCHITES, TOUX, CATARRHES
CAPSULES CRÉOSOTÉES
Du Docteur FOURNIER
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS (0.20 par cuill.)
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885

VIN MARIANI
à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Prix : 5 fr. la bouteille.
Maison de Vente MARIANI bd Haussman, 41
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

VIN TONI-STOMACHIQUE
DE
MAZZARA
PRÉPARÉ PAR
ROUSSEL, Pharmacien de 1re classe
Ex-interne des hôpitaux de Paris
PARIS : 10, rue Washington.
Stomachique et apéritif puissant par l'action du Quinquina, de la Gentiane, de l'Ecorce d'Oranges amères et du Quassia amara qui entrent dans sa composition, ce vin naturel convient essentiellement aux personnes débiles, faibles ou anémiques et à tous les individus atteints d'affections des voies digestives.

PASTILLES HOUDÉ
AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE
Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **pastilles de chlorhydrate de cocaïne** procurent le plus grand soulagement et calment les douleurs dans les **maladies** de la **gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, les **laryngites**, les **angines** et les **accès d'asthme**. Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements et sentiments d'irritation**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.
DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.
MODE D'EMPLOI. — De 6 à 8 par jour suivant l'âge ; les prendre au moins une heure avant le repas.

ÉLIXIR HOUDÉ
AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE
En raison de ses propriétés anesthésiques, l'**Elixir Houdé** constitue un puissant sédatif des **névroses stomacales.** — Recommandé pour combattre les **Gastrites, Gastralgies, Dyspepsies, vomissements;** il calme aussi les douleurs de l'estomac, résultant d'**ulcérations** et d'**affections cancéreuses.**
DOSAGE. — Notre Elixir renferme 10 milligrammes de principe actif par 20 grammes.
MODE D'EMPLOI. — Un petit verre à liqueur après le repas et au moment des crises.
DÉPOT : Ancne Phcie VÉE et DUQUESNEL, **A. HOUDÉ**, Succr, *42, r. du Faub.-St-Denis*, PARIS, et Phcies

VICHY
Grande-Grille, maladies du foie et de l'appareil biliaire ; — **Hôpital**, maladies de l'estomac ; — **Hauterive**, affections de l'estomac et de l'appareil urinaire ; — **Célestins**, gravelle, maladies de la vessie, etc, (*Bien désigner le nom de la source*). La caisse de 50 bouteilles, Paris, **35** fr. ; Vichy, **30** fr. (*emballage franco*). La bouteille à Paris, **75** c. L'eau de Vichy se boit au verre, **25** c.
PASTILLES DE VICHY, excellent digestif fabriqué à Vichy, avec les sels extrait de l'eau des sources. — La boîte de 500 grammes, **5** fr., boîtes de **2** et **1** fr.
VENTE de toutes les Eaux minérales. — REDUCTION DE PRIX
PARIS — 8, Boulevard MONTMARTRE et 28, rue des FRANCS-BOURGEOIS, — PARIS
SUCCURSALE : 187, RUE SAINT-HONORÉ

HYPNONE EN CAPSULINES
LIMOUSIN
Dosées à 0,10 centigr. ou 4 gouttes,
2 à 4 capsules de ce nouvel hypnotique, suffisent pour obtenir un sommeil calme et profond.
Le Flacon de 20 Capsulines, PRIX : 3 FRANCS (*Envoi par la poste*).
PHie LIMOUSIN ✱, PARIS, 2bis, rue Blanche, et principales Pharmcies.

Etablissement fondé à Terre-Neuve en 1849. — Phie **HOGG**, 2, r. Castiglione, Paris.

HUILE DE FOIES FRAIS de MORUE de **HOGG**

vierge, couleur paille, goût de sardine. — Les huiles brunes, à bas prix, proviennent de foies corrompus, c'est ce qui les colore et les rend répugnantes. / Rap. à l'Acad. de Méd. J. Fl. Triangulaire.

REMÈDE D'ABYSSINIE D'EXIBARD

PHARMACIEN PARIS

Charta fumifera perfectionné du Codex, effet calmant immédiat

Traitement de la dyspnée, coqueluche, grippe, **ASTHME**, bronchite, oppression, toux, névralgie, insomnie.

Boîte 3 fr. et 5 fr. — Médaille d'argent.

CIGARETTES D'ABYSSINIE, TRÈS EFFICACES. L'ÉTUI 1 FR., TOUTES PHARMACIES.

Médailles aux Expositions

GUÉRISON des MALADIES

DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE

DYSPEPSIE — CONSTIPATION — GASTRALGIE — GASTRITE, ETC.

EXIGER LA SIGNATURE

Guéries par la

MALTINE GERBAY

Dosée par le Dr **COUTARET**, Lauréat de l'Institut.

Approuvé par l'Académie de Médecine.

Exportation ***GERBAY, Roanne*** (Loire)

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

Médaille de bronze, Francfort 1881, — médaille d'argent, Bordeaux 1882.

LA BIENFAISANTE

DE

PONT DE NEYRAC

Affections du tube digestif,

Engorgements du foie et Calculs biliaires.

Chez **J. TAVERNIER**, Propre à **AUBENAS** (Ardèche)

et chez les pharmaciens et marchands d'eaux minles.

ROYAL KINA

Extrait de Quinquina à l'orange

d'un goût exquis

Plaît beaucoup aux femmes et aux enfants

2 fr. 50 la bouteille

Envoi d'échantillon à MM. les Médecins

Grains de Sedlitz

LAXATIF Une Cuillerée à café

PURGATIF Une Cuillerée à soupe

(SULFATE DE MAGNÉSIE GRANULÉ EFFERVESCENT)

Le matin à jeun dans de l'eau, du thé ou du café

Pharmacie DUFLOT, 30, r. Trévise Paris et toutes Pharmacies

BAINS D'EAUX MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50 c. *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Dépôts : A Paris, Pharmacie centrale de France, 7, rue de Jouy. ARNAULT, pharm., rue St-Lazare, 101. — Province : les principales pharmacies. A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

BAINS DE PENNES

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **Bains de mer**

ÉVITER CONTREFAÇONS EN EXIGEANT TIMBRE DE L'ÉTAT

DÉTAIL : *rue des Ecoles 49, Pharmacies, Bains.*

GROS : 2, rue Latran, PARIS

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre : *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

DOSE : 3 à 6 grains avant chaque repas. — Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac. — Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris, et PHARMACIES.

CASCARA MIDY

Pilules rigoureusement dosées à 0,07 d'extrait hydro-alcoolique et 0,07 de poudre de **CASCARA SAGRADA.**

La **CASCARA SAGRADA** a été expérimentée avec le plus grand succès dans les hôpitaux de Paris. On peut la considérer comme le **véritable spécifique** de la **CONSTIPATION HABITUELLE**. Elle accélère le travail digestif dans ses diverses phases. Son extrait bien préparé ne donne ni **nausées**, ni **coliques** ni **diarrhée**. — 50 Pilules Timbrées **CASCARA MIDY**, 2f50 Fbg St-Honoré, 143, Paris. — Envoi franco sur demande à MM. les Médecins.

Ampoules Boissy

Pour Inhalations — *Une Dose par Ampoule*

BREVETÉES S. G. D. G.

au **NITRITE D'AMYLE**

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

et **GUÉRISON des ANGINES DE POITRINE**

Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystéro-Epilepsie

LA BOITE, 4 FR. FRANCO PAR LA POSTE

PHARMACIE **BOISSY**, 2, Place Vendôme : PARIS

Ampoules Boissy

Pour Inhalations — *Une Dose par Ampoule*

BREVETÉES S. G. D. G.

à l'**IODURE D'ETHYLE**

POUR LE

TRAITEMENT de l'ASTHME

Par la **Méthode iodurée**

LA BOITE, 4 FR. FRANCO PAR LA POSTE

PHARMACIE **BOISSY**, 2, Place Vendôme, à PARIS

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

PASTILLES GÉRAUDEL — MARQUE DÉPOSÉE

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1f 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur

A. GÉRAUDEL

Pharmacien à *Ste-Ménehould* (Marne)

(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

qui avait pénétré accidentellement dans l'épaisseur de l'organe, et dont l'extraction ne put se faire qu'avec une certaine difficulté, à laquelle l'opérateur ne s'attendait pas.

M. Bovet nous a fait part d'un *rétrécissement de l'œsophage* observé chez un homme de 56 ans. Ce rétrécissement était de nature probablement cancéreuse et, à diverses reprises, il avait donné lieu à des hémorrhagies spontanées. Malgré cette contre-indication, notre confrère a employé le cathétérisme, qui a donné au malade une survie de sept semaines. Mais ce cathétérisme, en raison de l'hyperesthésie de la muqueuse pharyngée, n'a pu être pratiqué que grâce à l'emploi de la cocaïne; cette fois encore, elle s'est montrée anesthésique efficace et inoffensif.

Signalons aussi, parmi les faits chirurgicaux, l'observation curieuse d'un *calcul du rectum* observé par M. Duroziez chez une femme qu'il a pu rapidement guérir.

Mais n'allez pas croire que notre infatigable collègue soit devenu ainsi infidèle à cette pathologie du cœur qui, pour lui, n'a pas de secrets! Il nous a lu successivement une note sur le *double souffle anémique à forme péricardique* d'un haut intérêt pratique, car elle nous apprend avec quelle facilité le souffle et, en général, les bruits chloro-anémiques peuvent simuler les bruits véritablement cardiaques ou péricardiques, et nous comprenons pourquoi, faute d'y regarder de près, on gratifie souvent des malades de lésions organiques qui fort heureusement n'existent pas.

Un travail, encore inachevé, sur le *rétrécissement mitral pur* et le *rétrécissement rhumatismal;* enfin, et pour répondre au vœu que plusieurs d'entre nous avaient exprimé, M. Duroziez s'est empressé de nous parler de l'emploi de la digitale, complétant ainsi l'important mémoire qu'il avait lu à la Société il y a une dizaine d'années; — dans une autre séance, il nous a montré que l'iodure de potassium, dans les anévrysmes, avait été employé pour la première fois par son maître, Bouillaud, dès 1839, et que c'est à lui, et non aux Anglais, que revient l'honneur de l'avoir introduit dans la thérapeutique.

M. Dubrisay nous a raconté l'histoire émouvante d'un enfant de 12 ans, atteint d'*angine diphthéritique,* chez lequel, après la disparition des fausses membranes, persista une paralysie nettement localisée à la langue et au voile du palais. Ces accidents disparurent au bout de quelques jours; l'enfant paraissait guéri, avait repris ses jeux et sa gaieté, quand de formidables symptômes apparaissent soudain et l'emportent en quelques heures. Quelle était la cause de cette mort subite? M. Dubrisay, passant en revue les différentes hypothèses que l'on peut faire, n'admet ni une thrombose du cœur, ni une altération de ses parois musculaires, et croit qu'il faut invoquer une lésion des centres nerveux moteurs semblable à celles qui ont été décrites dans ces dernières années. Cette opinion a paru trop exclusive à quelques-uns de nos collègues, qui ont pensé qu'il n'était pas possible de faire complètement abstraction du cœur.

M. Ant. Martin a observé, chez un homme de 54 ans, ancien officier de marine ayant fait un long séjour aux colonies, une fièvre intermittente hépatique; ce diagnostic a soulevé des objections de la part de plusieurs d'entre vous, qui ont jugé que M. Martin faisait la part trop petite à l'élément paludéen, dont l'existence paraissait certaine. Cette observation nous en a valu une fort intéressante de M. Rougon, et les deux faits réunis ont apporté un élément sérieux au diagnostic différentiel d'affections encore obscures.

Plus récemment, M. Martin nous a lu une observation de *coliques hépatiques* survenant chez une femme à l'occasion de métrorrhagies liées elles-mêmes à un fibrome utérin. Les règles cessent par suite des progrès de l'âge et en même temps disparaissent les coliques hépatiques, preuve du rapport qui existe entre ces deux ordres de faits.

M. Coignard nous a parlé des *réflexes cardio-vasculaires dans la lithiase biliaire* et il termine par ces conclusions : « La colique hépatique, première manifestation évidente « de la lithiase biliaire, indique une nutrition déviée, retardante, dont le terme ultime « est souvent une affection du cœur, commençant par le ventricule droit et l'insuffi-

©BIU Santé

« sance tricuspidienne, dans laquelle les troubles fonctionnels précèdent les lésions. » Proposition qui a paru un peu excessive à notre maître en pathologie cardiaque.

M. Coignard a voulu aussi s'attirer un titre sérieux à la reconnaissance des diabétiques, en supprimant l'emploi du pain de gluten, qui devient si rapidement odieux aux malades, et en le remplaçant par un aliment agréable, les pommes de terre bouillies. A l'occasion de cette lecture, vous avez été amenés à discuter une fois de plus le traitement du diabète qui déjà vous avait occupés, quand M. Dehenne était venu vous signaler les bons effets des injections sous-cutanées d'ergotinine. M. Dehenne a souvent à pratiquer des opérations sur des malades diabétiques ; il leur fait des injections d'ergotinine dans le but d'éviter des accidents hémorrhagiques du côté de l'œil, et voilà que ces injections amènent la disparition temporaire et le plus souvent définitive des principaux symptômes du diabète : glycosurie, polydipsie, polyurie, etc.; en outre, ce traitement est d'une innocuité absolue. Assurément les résultats observés par notre laborieux confrère sont des plus encourageants; leur exactitude ne saurait faire doute. Mais, en matière de diabète, il y a eu déjà tant de remèdes efficaces, et il faut si peu de chose pour changer du jour au lendemain la quantité de sucre dans l'urine, qu'il est permis de douter que ce soit l'ergotinine seule qui a donné à M. Dehenne de si brillants résultats.

M. Apostoli a commencé la lecture de longues et laborieuses recherches sur la *galvanopuncture en gynécologie;* il nous a raconté les résultats auxquels il est arrivé, et il a fait passer sous vos yeux quelques-unes des malades qu'il a traitées. Notre confrère est enthousiaste de sa méthode; vous ne demanderez pas mieux que de vous laisser convaincre.

Une communication de M. de Beauvais sur les *dangers du massage utérin* appliqué mal à propos et par une personne inexpérimentée; — une note de M. Perrin sur l'*emploi de l'acide borique*, que M. Dubuc juge absolument inoffensif; — une courte note de M. Besnier sur les résultats que lui a donnés la *revaccination* chez les jeunes sujets et en particulier les collégiens; — et je n'aurai rien oublié de ce qui a alimenté nos séances, pourvu que j'y ajoute l'observation que je vous ai lue moi-même d'un dypsomaniaque qui cherchait son excitant dans l'éther; — les mémoires de candidature de M. Larroque, *De la variole chez les aliénés*; — de M. Luc, sur les *polypes muqueux des fosses nasales;* — de M. Malibran, sur l'*insuffisanee tricuspidienne*. Vous avez hautement apprécié les travaux de ces trois confrères, dont l'un est déjà admis parmi nous, dont les deux autres vont recevoir leur investiture sous peu.

Si ma tâche s'arrêtait là, Messieurs, elle serait relativement facile. Mais il me reste à vous parler de ceux qui nous ont quittés dans le courant de l'année; cette fois nos pertes ont été particulièrement nombreuses et cruelles. Je ne saurais prétendre à vous faire la biographie complète de ceux que nous avons perdus. En leur disant un dernier adieu, je dois vous parler du rôle qu'ils ont joué dans notre Société, des services qu'ils lui ont rendus, des titres qu'ils ont à notre reconnaissant souvenir.

Dans les premiers jours de janvier succombait, après une maladie de quelques jours, l'un de nos membres honoraires, M. Dechambre. Né à Sens en 1812, Dechambre était venu à Paris en 1829, à l'âge de 17 ans, et avait brillamment commencé ses études médicales. Dès 1833, il était nommé interne des hôpitaux; ce n'est cependant que huit ans plus tard qu'il se fit recevoir docteur, et, par une singularité dont ses biographes n'ont pas su donner l'explication, il alla soutenir sa thèse à Strasbourg. Revenu à Paris, Dechambre entra à la *Gazette médicale* (1838), et, depuis cette époque, il joua un rôle important dans le journalisme médical. En 1853, il créa lui-même un journal, la *Gazette hebdomadaire*, dont il sut faire rapidement un des organes les plus autorisés de la presse médicale. Mais l'œuvre capitale de sa vie, celle à laquelle depuis plus de vingt ans il consacrait toute son activité, toute sa vie, c'est le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui restera comme un monument immense, glorieux pour celui qui a su en concevoir le plan et en diriger l'exécution. Il eût bien mérité de le voir achevé, et tous ceux qui connaissaient Dechambre pouvaient l'espérer; car, à voir ce vieillard

alerte, à l'œil pétillant de malice, au sourire fin et légèrement ironique, prompt à stimuler le zèle de ses collaborateurs, on oubliait son âge, on ne voyait que son ardeur infatigable, que bien des jeunes gens pouvaient envier.

Dechambre appartenait à la Société de médecine depuis 1854; il avait fait acte de candidature par une lecture sur l'*authenticité de l'Hermès Alexandre, suivie de quelques remarques sur la figure de Zénon le Stoïcien*. Le choix du sujet avait inspiré à un critique médical de l'époque quelques réflexions que je vous demande la permission de reproduire : « On peut se demander à laquelle des nombreuses Compagnies existantes « on serait bien venu de faire acte de candidature avec une étude archéologique sur la « difformité d'un sterno-cléido-mastoïdien en marbre de Paros. Cependant, en lisant le « compte rendu de la Société de médecine de Paris, en voyant comment la parole de « son président, M. Brière de Boismont, s'exerce sur cette étude, on peut se convaincre « de l'attention que lui porte la Société. Il n'y avait peut-être que le docteur Dechambre « pour faire un pareil acte de candidature, mais il n'y avait certainement que la Société « de médecine de Paris pour l'agréer, et je ne parlerai pas des goûts littéraires et philosophiques qui distinguent cette vieille Societé. Tout cela ne dit pas encore la « douce familiarité et la grande simplicité qui sont comme la vie générale de la Société « de médecine de Paris, tout ce qui peut humaniser la médecine et faire aimer le mé« decin, la fraternité médicale avec les liens qui en rendent le joug facile et les obli« gations aisées, etc. »

Ce tableau de notre Société est de 1854; il pourrait être de 1886.

Dechambre ne paraît pas avoir été mêlé activement aux travaux de notre Société, et nous devons le regretter, car, outre sa grande érudition, il s'était acquis dans les questions de déontologie médicale une légitime autorité. Il y avait profit à le consulter et à suivre ses avis; on y trouvait un admirable bon sens et une indépendance absolue. Les profonds regrets qu'a laissés à tous ceux qui l'ont connue, cette physionomie médicale si originale et si sympathique, devaient recevoir ici aussi leur expression durable.

Le 11 avril, nous perdions un autre de nos membres honoraires, Amédée Forget. Lui aussi nous appartenait depuis 1854; à partir de ce moment jusqu'à l'époque, très rapprochée de nous (1883), où l'altération de sa santé lui fit demander l'honorariat, il a pris à nos travaux une part considérable. Je ne saurais vous énumérer tous les mémoires dont vous avez eu la primeur et dont vous avez été à même d'apprécier l'originalité et la valeur scientifique. Ce qui doit nous rendre particulièrement chère la mémoire de Forget, c'est l'intérêt tout spécial qu'il portait à notre Société; c'est la sollicitude, c'est le soin jaloux qu'il mettait à lui conserver son lustre et son éclat. Vous l'avez bien vu; dans les circonstances difficiles que la Société a traversées, et que beaucoup d'entre vous se rappellent, Forget a vaillamment donné de sa personne; il n'était pas l'homme des transactions; son âme droite et fière ne se serait pliée à aucun compromis. Et, après tout, n'était-il pas dans le vrai, et une Société n'a-t-elle pas, comme un individu quelconque, tout à gagner, en maintenant intact et hors de toute atteinte, ce qui constitue son patrimoine d'honneur et de dignité?

Souvent, en voyant Forget intervenir, avec sa verve toute juvénile, dans nos discussions, je me suis rappelé qu'il avait été le chef de clinique de Lisfranc, et je me demandais, si de son maître il n'avait pas hérité la passion véhémente, la fougue impétueuse. Mais, si loin que pût l'emporter son ardeur, jamais Forget ne cessait d'être courtois, et dans les joûtes même les plus passionnées, il savait garder pour l'adversaire les égards et la bienveillance qui était le fond de son caractère.

Une grande douleur vint assombrir les dernières années de Forget : un petit-fils, dont il voyait avec joie grandir l'intelligence, sur lequel il avait concentré tout son orgueil de grand-père, toutes ses espérances, lui fut enlevé en quelques jours. Ceux qui ont passé par ces affreux déchirements comprendront la douleur de notre collègue. Dès lors, sa santé déclina; il dut cesser de venir à nos séances; les soins les plus assidus ne purent conjurer le mal. Forget vit venir avec calme l'heure fatale : ses dernières volontés avaient défendu tout discours sur sa tombe; il ne voulait, avait-il écrit,

©BIU Santé

qu'un « simple adieu, adressé par un ami ». Cet ami s'est trouvé : M. Horteloup a su dire, en quelques paroles parties du cœur, la perte que nous venions de faire. Mais ici, dans cette enceinte, où tant de fois nous avons entendu la parole chaude et colorée de celui que vous entouriez de respect et d'affection, même quand vous n'étiez pas de son avis, ici je devais saluer une dernière fois celui qui fut notre président en 1865, et qui est resté jusqu'au dernier moment le membre le plus passionnément dévoué à nos intérêts.

Le président qui, dans notre séance du 24 avril, nous annonçait en termes émus la mort de Forget, était notre vénérable collègue, M. Gillebert d'Hercourt père; quelques jours après, il nous était enlevé lui-même d'une façon si soudaine, que nous apprenions presque en même temps sa maladie et sa mort. Gillebert d'Hercourt était correspondant de notre Société depuis 1863; il devint titulaire en 1871; avant de s'établir à Enghien, il avait longtemps résidé à Nancy, à Lyon, à Monaco; partout il avait mené une existence laborieuse, et de nombreux travaux sont là pour attester son activité. Il est l'un de ceux qui ont le plus fait pour introduire en France l'hydrothérapie scientifique; et, jusqu'à la fin de sa longue carrière, il n'a cessé de s'occuper de cette importante question. Vous vous rappelez certainement le rapport qu'il vous lisait sur la candidature d'un de nos membres correspondants, son ancien élève; il y défendait ardemment les principes pour lesquels il avait souvent combattu, et l'âge n'avait rien enlevé de l'énergie de ses convictions. Gillebert d'Hercourt s'était également occupé d'anthropologie; ses travaux lui avaient mérité en 1864 le prix Godard, et, en 1885, il publiait un rapport, souvent cité, sur l'anthropologie et l'ethnographie des populations de la Sardaigne.

Assidu à nos séances, Gillebert d'Hercourt prenait souvent part à nos discussions, et, en voyant cet esprit si alerte, cette intelligence si nette, nous oubliions son âge; il mettait de la coquetterie à nous le rappeler, et d'ailleurs les souvenirs de sa longue carrière, qu'il aimait à évoquer, suffisaient à nous dire qu'il avait été le contemporain et l'ami de maîtres depuis longtemps disparus. En lui conférant, presque malgré lui, car c'était un homme d'une rare modestie, les honneurs de la présidence, vous aviez voulu rendre hommage à une vie de travail et de dévouement professionnel, et tous nous espérions qu'il arriverait au terme de son mandat et que longtemps encore nous le verrions parmi nous. Il ne devait pas en être ainsi. Gillebert d'Hercourt est mort plein d'années; il a eu la joie de se voir revivre dans un fils qui sait dignement porter l'héritage paternel; ce fils, depuis longtemps notre collègue, voudra bien se souvenir qu'une part de cet héritage, c'est l'intérêt que son père portait à notre Société. Lui non plus ne transigeait pas quand il s'agissait de notre dignité; il nous l'a bien montré dans un rapport que vous n'avez pas oublié, où il avait mis toute son honnêteté, toute sa droiture professionnelle.

Au mois de septembre disparaissait un de nos membres les plus anciens : M. Boinet appartenait à notre Société depuis 1849; il l'avait présidée en 1859; en 1877, il avait reçu l'honorariat. Mais il n'avait pas abandonné nos séances, et, jusqu'en 1883, je trouve son nom dans nos procès-verbaux. Dans toute cette longue période, il a lu à notre Société un grand nombre de travaux portant sur les sujets les plus divers, et révélant tous le chirurgien expérimenté, le clinicien consommé. Encore, ces travaux ne forment-ils qu'une faible part de ce qu'a écrit notre collègue, dont l'existence n'a été qu'un incessant labeur. Le *Traité de l'iodothérapie* et celui des *maladies de l'ovaire*, tels sont les deux points culminants de l'œuvre de Boinet, et qui assureront à son nom une renommée durable. Dans ses recherches sur l'*iode* et ses composés, Boinet semble avoir pressenti les voies dans lesquelles la chirurgie contemporaine s'est engagée; on peut le considérer comme un de ceux qui, les premiers, ont deviné l'importance de l'antisepsie. Car c'est, en somme, de cette façon que l'iode et ses composés agissent sur les plaies; aujourd'hui que la science a marché, l'iode a dû céder le pas à d'autres substances plus actives : l'étude des microbes a donné l'explication de bien des faits dont Boinet avait eu l'intuition, mais qu'il n'avait pu expliquer. Il en est ainsi dans la science, qui ne vit

qu'en se renouvelant sans cesse; mais ce n'est pas un médiocre honneur que d'avoir été parmi les ouvriers de la première heure et d'avoir aidé à la fondation de l'édifice.

Le *Traité des maladies de l'ovaire* marque, lui aussi, une étape dans cette voie de progrès ininterrompu. Boinet eut la gloire, si je ne me trompe, de pratiquer le premier, à Paris, l'*ovariotomie*. Aujourd'hui, l'extirpation des ovaires a passé dans la pratique courante, et bien d'autres opérations, devant lesquelles nos pères auraient reculé, sont devenues presque banales : rien ne semble plus arrêter la hardiesse de nos chirurgiens. Mais reportez-vous à l'époque où Boinet osait pénétrer dans la cavité péritonéale, porter le couteau sur les tumeurs de l'ovaire jusque-là réputées inaccessibles, et songez à ce qu'il lui a fallu de courage, de science, de confiance en lui-même, de conviction profonde! Les contemporains ne s'y sont pas trompés : le *Traité de l'iodothérapie* et celui des *maladies de l'ovaire* ont été accueillis avec la plus grande faveur; deux éditions successives en attestent le succès; les récompenses de l'Institut et de l'Académie de médecine en avaient déjà reconnu la haute valeur scientifique.

Aussi bien l'œuvre de Boinet ne périra pas, et, dans la chirurgie de notre siècle, l'histoire équitable lui assignera une place importante. Mais ce n'est pas tout que d'avoir été un travailleur infatigable, un savant original, un chirurgien hardi : il y a quelque chose de mieux encore, ce sont les exquises qualités du cœur, cette bonté indulgente, cette charité qui donne sans compter, cette commisération humaine pour tout ce qui souffre : tout cela n'a pas manqué à Boinet, et ceux qui l'ont approché pourront en rendre témoignage. J'en attesterai au besoin notre cher collègue Motet; il vous dira s'il était possible de trouver un homme plus foncièrement bon. Un profond chagrin lui était réservé : il perdit, après une longue maladie, celle qui avait été la compagne dévouée de sa vie; l'âme profondément meurtrie, Boinet se replia sur lui-même; il ne sortit plus du cercle de sa famille; ses filles, ses gendres, ses petits-enfants entouraient l'aïeul souriant de leur tendresse. Boinet s'est éteint doucement au milieu d'eux.

Le docteur Foissac, qui est mort dans les derniers jours de décembre, à l'âge de 85 ans, avait été, en 1873, nommé membre honoraire de la Société de médecine; il ne lui a jamais appartenu à un autre titre. C'était un de ces médecins érudits et lettrés qui deviennent de plus en plus rares; il a publié un grand nombre d'ouvrages que l'on pourrait appeler de vulgarisation scientifique; ils se lisent avec plaisir et sont écrits dans un style correct et agréable. Foissac s'y montre franchement spiritualiste; il appartient à cette école dont faisaient partie Brière de Boismont et Amédée Latour, qui cherchait à concilier la foi avec la science. En 1838, il avait concouru pour la chaire d'hygiène qu'obtint Royer-Collard; il fut l'un des fondateurs et, pendant longtemps, l'un des principaux rédacteurs de l'*Union médicale*. Il avait eu une grande clientèle qu'il avait su s'attacher par la finesse de son esprit et l'aménité de son caractère. Notre Société avait été heureuse de s'adjoindre un confrère d'un mérite aussi réel et d'une honorabilité aussi parfaite.

Vous le voyez, Messieurs, voilà cinq membres, Dechambre, Forget, Gillebert-Dhercourt, Boinet et Foissac, qui ont disparu de notre Société, qu'ils honoraient à tant de titres. Mais, si cruelle que soit leur perte, nous sommes obligés de nous dire qu'ils étaient tous les cinq arrivés à un âge avancé; quelques-uns avaient atteint les limites de la longévité humaine, et bien peu, parmi nous, peuvent espérer de parcourir une aussi longue carrière. Ils ont eu le temps de terminer leur tâche, et, arrivés « à l'heure « où la fin doit sonner, ils ont fait comme le travailleur qui, à la tombée de la nuit, « abandonne son ouvrage et se repose ».

Mais, la mort, c'est chose banale à dire, ne connaît pas d'âge. Et c'est ainsi qu'elle nous a enlevé Gillette, dont la carrière paraissait loin d'être terminée. Reçu membre titulaire de notre Société en 1872, Gillette succédait en 1875 à Charrier comme secrétaire général, et il remplit ces fonctions jusqu'en 1878. Au commencement de cette année, il avait demandé l'honorariat, et vous veniez à peine de le lui accorder, quand nous avons appris la mort inopinée de notre confrère, après quelques jours de maladie. Comme Forget, comme Boinet, Gillette était chirurgien; comme eux, il faisait partie de

©BIU Santé

la Société de chirurgie. Il est mort trop tôt, pour avoir pu laisser la mesure exacte de sa valeur. Peut-être aussi les difficultés, auxquelles il s'est heurté dans la vie, ont-elles assombri son caractère, en lui enlevant la liberté d'esprit nécessaire pour faire une œuvre de longue haleine. Nous garderons un souvenir sympathique du confrère qui a servi avec zèle notre Société, et dont les travaux ont maintes fois alimenté nos séances.

Plus jeune encore que Gillette était Thorens, que la mort a fauché à 41 ans, après une longue maladie. Reçu parmi nous en 1880, Thorens avait en 1883 succédé dans les fonctions de secrétaire général à notre savant collègue M. de Beauvais, qui occupait ce poste depuis 1878, avec quelle distinction, vous le savez, et que le mauvais état de sa santé avait forcé de se retirer. Thorens se mit résolûment à la tâche, et vous avez pu apprécier ses efforts. Il était un de nos membres les plus zélés; il nous a fait de nombreuses communications; fréquemment, il intervenait dans nos discussions. Thorens avait commencé ses études à Strasbourg, et s'y était même fait recevoir licencié ès sciences; venu à Paris en 1867, il fut reçu interne des hôpitaux l'année suivante; ce n'est cependant qu'en 1873 qu'il soutint sa thèse sur le *Pied-bot varus congénital*. Il semble avoir gardé une prédilection pour l'orthopédie; plusieurs de ses travaux s'y rapportent, et, quand la maladie est venue le surprendre, il avait commencé la traduction de l'œuvrage de Sayre, *Orthopedic Surgery*. Cette œuvre ne restera pas inachevée; des mains pieuses ont veillé à ce qu'elle fût terminée, et dans quelques jours, je l'espère, je pourrai vous la présenter comme un dernier souvenir de notre collègue.

Thorens était né à Mulhouse; il y grandit et y fit ses études. Je me suis souvent demandé ce qu'il serait advenu si l'Alsace était restée française : Thorens serait probablement retourné dans sa ville natale; il y aurait pratiqué la médecine avec la distinction que l'on pouvait attendre de son savoir et des rares qualités de son cœur. Les événements de 1870 en décidèrent autrement; Thorens resta à Paris, et il conquit rapidement sa place. Mais il n'était pas de ceux qui oublient; il était alsacien dans l'âme, et pas un instant il ne voulut admettre que la séparation pût être définitive, que le droit dût céder à jamais à la force. Aussi, le voyons-nous à la tête de toutes les œuvres ayant pour but de venir en aide aux Alsaciens émigrés et de maintenir entre toutes les victimes de la même spoliation les liens d'une patriotique solidarité. Ici même, vous vous rappelez avec quelle vénération il parlait de ses anciens maîtres alsaciens, et sa dernière lecture a été le compte rendu des travaux de la Société de médecine de Strasbourg.

Thorens nous a été enlevé à l'heure où tout lui souriait, où il allait atteindre le fruit de ses efforts. Il est tombé sur la brèche, victime d'un labeur excessif; et nous devons déplorer, à bien des titres, la disparition de cette belle intelligence, de cette âme noble et loyale.

Messieurs, après avoir dit adieu à nos morts, permettez-moi de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues, MM. Wickham et Larroque, et d'espérer que leur exemple sera suivi, et que nos vides se combleront, au moins en partie, dans l'année qui commence. Les deux candidatures, qui vous sont actuellement soumises, me paraissent d'un heureux augure.

Depuis de longues années, nous nous étions fait une habitude de renouveler par acclamation les fonctions du trésorier et de l'archiviste. Cette année encore, le trésorier nous a permis cette manière de voter, qui nous a donné l'occasion de remercier M. Perrin du zèle avec lequel il gère nos finances. Mais M. Rougon, malgré toutes nos instances, n'a pas voulu que nous lui renouvelions ainsi son mandat d'archiviste. Nul plus que moi ne saurait le regretter, car plus souvent qu'aucun de vous, j'ai eu recours à son inépuisable obligeance. M. Rougon craint que les absences périodiques, qu'il est obligé de faire, ne nuisent aux intérêts de la Société; nous devons nous incliner devant ces honorables scrupules, alors même qu'ils nous paraissent exagérés. Nous n'oublierons pas les services qu'il nous a rendus; nous nous souviendrons qu'il a été l'historien fidèle de notre passé. S'il emporte la satisfaction du devoir accompli, nous aimons

à espérer qu'il restera un membre dévoué de notre Société, et nous demanderons à son successeur de s'inspirer du zèle dont M. Rougon ne s'est jamais départi.

Nos travaux reçoivent leur publicité régulière; il n'est que juste de remercier le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, notre aimable et sympathique collègue, du concours qu'il nous prête. C'est chez lui une tradition de famille : il ne nous fera pas défaut dans l'avenir, et je suis sûr que nos ordres du jour continueront à être bien remplis.

Traitement du chalazion,

Par le docteur A. Dehenne.

Le *chalazion* est une petite tumeur siégeant dans l'épaisseur de la paupière, supérieure ou inférieure, et faisant généralement une saillie plus considérable du côté de la face conjonctivale. Son contenu est liquide, ou le plus souvent fibrino-graisseux; le liquide est transparent ou purulent.

Quelquefois, le chalazion se résorbe spontanément ou se termine par suppuration. Presque toujours, l'intervention chirurgicale est nécessaire.

Le chalazion est unique ou multiple. J'en ai rencontré jusqu'à dix chez la même personne.

Le volume du chalazion est essentiellement variable, depuis la grosseur d'une tête d'épingle, jusqu'à celle d'une forte noisette. En général, il n'atteint de fortes dimensions qu'à la paupière inférieure. En moyenne, il a le volume et la forme d'un gros pois. Son mode de production est extrêmement simple.

Blépharites à répétitions; engorgement de l'orifice d'excrétion d'une ou plusieurs glandes de Meibomius; dilatation du tube glandulaire en deçà du point rétréci; irritation des tissus périphériques; prolifération fibro-cellulaire, etc. Constitution de la petite tumeur.

Quelques auteurs, et en particulier M. le professeur Poncet, y ont découvert un microbe. *Adhuc sub judice lis est*. Quoi qu'il en soit, le traitement que je préconise est d'accord avec la théorie soutenue par le savant professeur du Val-de-Grâce.

Manuel opératoire. — Il supprime l'incision cutanée, l'usage des pinces fenêtrées, dont l'emploi est douloureux, la dissection longue et minutieuse, fort pénible pour le patient, etc.; le procédé que je préconise met plus complètement qu'aucun autre à l'abri des récidives. Il est simple et très rapide comme exécution.

La paupière est retournée de façon à faire saillir la face conjonctivale du chalazion, que l'on tient vigoureusement entre le pouce et l'index de la main gauche. On incise d'un seul coup, et dans toute sa longueur, la conjonctive et l'enveloppe de la petite tumeur, et, au moment même où l'on termine l'incision, on serre vigoureusement les deux doigts, et l'on fait sortir tout le contenu du chalazion. Un coup d'éponge est donné, et, avec la pointe fine du thermo-cautère, on cautérise toute la face interne de la poche (1).

Cette petite opération est exécutée beaucoup plus vite qu'on ne le dit, et surtout qu'on ne l'écrit. C'est presque instantané. Le malade peut rentrer chez lui sans le moindre pansement. Le soir, on lui fait appliquer pendant 15 à 20 minutes, sur l'œil opéré, un cataplasme de fécule et un peu de vaseline boriquée. Tout est fini.

Le chalazion opéré et guéri, afin d'éviter les rechutes de blépharites, causes de tout le mal, je fais suivre le traitement suivant :

1° Tremper les yeux ouverts, matin et soir, dans une œillère remplie d'eau chaude. Ajouter au liquide de l'œillère *dix gouttes* de la solution suivante :

Sulfate de zinc..... } aà 0 gr. 10 centigr.
Acide borique..... }
Eau distillée..... 50 grammes.

2° Une fois par jour, appliquer sur le bord des paupières, le long de la région des cils, à l'aide d'un petit pinceau, un peu de la pommade suivante :

(1) A la rigueur toute l'opération peut être faite avec la pointe fine du thermo-cautère.

BIU Santé

a) Si le bord de la paupière est très irritée :

Acide borique	0 gr. 15 centigr.
Vaseline pure	15 grammes.

b) Si la paupière n'est pas enflammée :

Précipité jaune	0 gr. 05 centigr.
Vaseline pure	15 grammes.

COURRIER

Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les quatre-vingts candidats, dont les noms suivent, ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

Internes titulaires. — 1. MM. Dupré (Marc-Edmond), Bourges, Alcindor, De Lostalot-Bachoué, Sollier, Louis, Souques, Noguez, Calot, Mosny, Boulay, Mauny, Chopard, Bouffe, Hautecœur, Mlle Klumpke, MM. Morel, Parelle, Despaigne, Dupré (Ernest-Ferdinand).

21. Bellanger, Decressac, Gampert, Hamon, Vimont, Mordret, Vilpelle, Le Noir, Pallier, Pfender, Dagron, Cuvillier, Mauclaire, Courtois-Suffit, Mariage, Poulalion, Ardouin, Canniot, Adibert, Iscovesco.

41. Michaut, Roussan, Thibault (Arsène), Lefebvre, Vigneron, Wallich, Couder, Arnould, Nodot, Luzet, Faure et Mallet.

Internes provisoires. — 1. MM. Laffite, Lamotte, Marquézy, Laumet, Mahon, Willemin, Oustaniol, Gibotteau, Delaunay, Sardou, Reblaud, Bezançon, Bouel, Thibault (Hyacinthe-Marie), Méloir, Mlle Edwards, MM. Tuilant, Raoult, Macry, Cohen.

21. Dusseaud, Pilliet, Thomas, Dufestel, Civel, Audain, Buscarlet, Gauthier, Renault, Marty, Souplet, Viniant, Thérèse, Lelièvre, Gauly, Aubert, Sauvineau, Macquart, Enriquez, Malherbe.

41. Létienne, Léonardi, Gresset, De Grandmaison.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 janvier 1887, des médailles d'argent ont été accordées à MM. les docteurs Arnaud de la Jasse et Raizon de Saint-Gilles, pour leur dévouement exceptionnel au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

— Le prix de médecine navale, pour 1886, est décerné à M. Cassier, médecin principal de la marine, pour son rapport sur l'épidémie de fièvre jaune à la Guyane en 1885-1886.

Société médico-pratique. — *Prix.* — Le deuxième lundi de janvier 1888, la Société médico-pratique décernera un prix de *mille* francs à l'auteur du meilleur travail de médecine, chirurgie ou obstétrique qui lui aura été adressé. Pour être admis au concours, les mémoires doivent être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté portant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe placée en tête du mémoire, et être adressés, avant le 1er novembre 1887, au secrétaire général, docteur Cyr, 21, rue Cambacérès.

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur V. Audhoui reprendra ses conférences cliniques *sur les maladies de l'estomac*, le lundi 31 janvier, à neuf heures, et les continuera les lundis suivants à la même heures. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

La commune de Rosnay-l'Hôpital (Aube) demande un **MÉDECIN** pour remplacer celui qui vient de mourir. — S'adresser au bureau du Journal.

VENTE après le décès de M. le docteur Piévet, Hôtel des Ventes, salle 15, le jeudi 3 février 1887, à deux heures.

Bon mobilier en acajou, bronzes, livres de médecine et de littérature. Argenterie. — *Me Cailleux, commissaire-priseur, à Paris, rue Lafayette, 88.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. P. Duroziez : Rétrécissement mitral pur. — Étiologie. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Variétés : Conseil général des Facultés de Toulouse. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier.

Rétrécissement mitral pur. — Etiologie (1).

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 novembre 1886,

Par P. Duroziez.

Autopsie de rétrécissement mitral pur. (*Traité des maladies du cœur*, Bouillaud, p. 235, t. II.) — Bouillaud rapporte un cas de rétrécissement mitral pur, avec autopsie, datant de 1839. Il ne savait pas ce qu'il avait devant lui; il était surpris par un triple bruit dont le rhythme imitait celui du battement de rappel; les bruits étaient secs, parcheminés; on n'entendait pas de bruit de soufflet ou de râpe. Il semble qu'un seul examen ait été fait pendant le séjour de la malade. Aucun diagnostic n'a été porté. Bouillaud ne connaissait pas le rétrécissement mitral pur dont il avait sous l'oreille et devant les yeux un exemple :

Ledyer, 40 ans, délicate, lymphatique, est admise à la clinique le 17 juin 1839. Elle rend un compte peu satisfaisant des antécédents de sa santé.

Il y a dix-huit mois, à la sortie d'un bain, elle perd tout à coup connaissance, ne la reprend qu'au bout de vingt-quatre heures et reste frappée d'une hémiplégie *gauche* avec difficulté de parler. Au bout de trois mois, la parole se rétablit et la paralysie des membres diminue (elle n'a jamais recouvré l'usage de ceux-ci). Nous sommes surpris d'entendre un triple bruit, etc...

L'étendue de la matité de la région précordiale était normale. Point de dyspnée, d'œdème, de palpitations, du moins au repos.

La malade ne se plaignait d'aucun des accidents généraux qu'on rapporte à une affection organique du cœur.

Cette femme était dans nos salles comme infirme plutôt que comme malade, lorsque, le 8 août, elle se plaignit d'une douleur dans le côté gauche. Pouls 78; ventouses scarifiées, deux palettes.

Le 9 août. — Vingt sangsues. Guérison complète.

Le 12 décembre. — Perte subite de connaissance avec raideur des membres (sangsues). A quatre heures, la perte de connaissance est complète; visage rouge, animé; respiration stertoreuse; un peu d'écume; paralysie du sentiment et du mouvement des membres droits en résolution; raideur du membre supérieur gauche avec conservation du sentiment.

Le 13 décembre. — Mort.

Autopsie. — Péricarde intact. Cavités droites distendues par des concrétions sanguines récentes d'un noir foncé; aucune lésion grave; valvules tricuspide et pulmonaires bien conformées; la première seulement un peu épaissie et opaline.

Teinte pâle de la membrane interne de l'aorte et de ses valvules. L'eau ne reflue pas de l'aorte dans le ventricule gauche.

La cavité de celui-ci admet à peine le doigt indicateur.

La mitrale est très épaissie, fibro-cartilagineuse, formant un *entonnoir* dont l'orifice reçoit à peine l'extrémité du *petit doigt*.

L'oreillette gauche est dilatée et hypertrophiée. L'oreillette droite est moins dilatée et plus mince.

Considéré dans ses ventricules, le cœur est petit plutôt que gros; cette petitesse dépend du peu de calibre des cavités; la substance musculaire des ventricules offre une consistance ordinaire. L'aorte est tout à fait saine.

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 janvier 1887.

©BIU Santé

A gauche, au centre même du corps strié, on rencontre un état de ramollissement pultacé formant un foyer capable de contenir une olive. Le corps strié droit est fibreux.

REMARQUES. — Il est certain que le rhumatisme articulaire aigu n'était pas dans les antécédents, Bouillaud n'eût pas manqué de le signaler. Nous trouvons l'intégrité du péricarde, la petitesse du cœur et de nombreuses embolies. Le fait nous a paru digne d'être rapporté. Il nous manque l'étiologie. Nous notons l'absence du rhumatisme articulaire.

Nous avons suivi, dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, la nommée Vincent, entrée à 19 ans, le 4 novembre 1876, et morte en janvier 1878. Landouzy a noté, à l'autopsie, un rétrécissement mitral pur; l'examen de notre distingué ami suffit aux plus difficiles. Cette jeune fille a eu, comme seule maladie antécédente, une *fluxion de poitrine* à 4 ans 1/2. Hémoptysie abondante à 14 ans, dans le service de M. Bouchut, qui a parlé d'insuffisance mitrale. Elle n'a pas été réglée. Pas d'épistaxis; outre les bruits du rétrécissement mitral, on a constaté un souffle en jet de vapeur appartenant à la tricuspide.

Nous avons assisté, dans le service de M. le professeur Hardy, à l'autopsie d'une femme de 47 ans; elle n'est restée que quelques jours dans le service; les renseignements ont manqué. La mitrale est en entonnoir, lisse, sans aucune trace d'inflammation; *la valvule d'Eustachi est comme une dentelle*. Nous ne pouvons pas affirmer que ce cas soit bien des nôtres; les antécédents nous manquent. L'autopsie est typique. Notons l'état de la valvule d'Eustachi.

Nous avons suivi pendant quatre ans, dans le service de M. le professeur Hardy, la femme Colas, âgée de 44 ans. Jamais elle n'a eu de rhumatisme articulaire aigu. Elle a fait sa première maladie à 36 ans; auparavant, elle courait et se portait bien. Elle a fait dix fausses couches. Il manque donc, comme signe de rétrécissement mitral pur, l'essoufflement pendant l'enfance.

M. A. Siredey nous a remis une note, d'où nous détachons ce qui a trait au cœur :

Un peu de liquide dans le péricarde. Le cœur est plus globuleux qu'à l'état normal, légèrement développé en travers, à surface lisse, sans aucune adhérence. L'augmentation porte sur la partie droite et sur la base. Les deux oreillettes distendues forment une masse aussi volumineuse que les ventricules. Le ventricule droit est amoindri et notablement plus gros que le ventricule gauche; il est rempli de caillots mous, noirâtres.

L'orifice de la tricuspide est dilaté; la valvule est saine.

L'oreillette droite est remplie de caillots.

Les orifices veineux sont normaux.

La cavité du ventricule gauche est à peu près vide de sang, peu développée. Les parois ne sont pas plus épaisses que celles du ventricule droit. La fibre musculaire est rouge et assez consistante.

La valvule mitrale se présente comme un cône tronqué, comparable au museau de tanche à fente transversale en forme de boutonnière, dans laquelle on ne peut même pas faire pénétrer l'extrémité du petit doigt de bas en haut. L'orifice n'admettrait qu'un crayon ordinaire. Les valves n'ont pas la forme d'une mitre; elles ne sont pas échancrées sur les côtés, se réunissent directement par leurs extrémités et limitent un *canal* que termine en bas la boutonnière limitée par un bourrelet plus résistant que les faces libres, sans aspérité ni végétation. L'orifice se ferme facilement; il n'y a pas d'insuffisance. La mitrale se présente sous la forme d'un *entonnoir* allongé, se rétrécissant à mesure qu'on se rapproche de l'orifice, de la longueur de la phalangine du petit doigt. On ne sent à la face supérieure de la valvule aucune aspérité.

L'oreillette gauche est remplie de sang, très notablement augmentée de volume, déborde e ventricule en dehors. Ses parois sont épaissies et dures. L'hypertrophie est manifeste jusque sur les fibres musculaires de l'auricule. Le sang est surtout formé de caillots mous noirâtres; on trouve dans l'auricule de petits caillots plus pâles et plus durs, incrustés dans les anfractuosités.

Les sigmoïdes aortiques sont intactes.

En résumé, la lésion la plus remarquable consiste dans un rétrécissement canaliforme de l'orifice mitral sans trace d'insuffisance.

Quand a débuté la lésion mitrale? Il n'y a pas eu de rhumatisme articulaire aigu; c'est tout ce que nous pouvons dire; c'est peu. Il y a dix fausses couches dont nous n'avons malheureusement pas noté les époques.

Léon d'Astros (*Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques*, 1881) rapporte le fait suivant :

Obs. XXIII (Personnelle). — *Rétrécissement mitral.* — Anne Bernard, 27 ans, est, depuis quatre ou cinq ans, à l'hôpital de la Conception (Marseille). Lorsque nous la voyons (1er juillet 1879), elle est couchée salle Sainte-Clotilde, 15.

Cette femme a des palpitations depuis son enfance. Pas de rhumatisme articulaire aigu. Fréquentes épistaxis étant enfant. Facies un peu pâle, non cyanosé.

A la pointe, souffle intense, tantôt au deuxième temps, tantôt présystolique. Premier claquement éclatant, deuxième claquement dédoublé. A la base, claquements nets; dédoublement moins marqué. Pouls égal et régulier.

De temps en temps, un peu de douleur précordiale. Quelques palpitations. Pas d'œdème. Un peu de congestion pulmonaire.

Le 14 juillet, — Pas de souffle. Irrégularités. Deux battements, pause; deux battements, pause. Dyspnée.

Le 17. — Pouls régulier. Dédoublement du deuxième claquement; pas de souffle présystolique.

Le 19. — Vers trois heures du soir, perte de connaissance. Face blême; cyanose générale. Respiration précipitée, angoissante. Quelques mouvements convulsifs. La mort survient deux heures après.

Autopsie. — La pointe correspond presque au bord droit du sternum? Oreillette gauche un peu dilatée, à parois hypertrophiées. Anneau fibreux mitral sain. Les deux valves sont soudées par leur bord; à leur sommet, les cordages tendineux sont adhérents entre eux. La mitrale forme ainsi un *entonnoir* très allongé qui plonge dans le ventricule et dont l'ouverture inférieure ne permet pas le passage du petit doigt; la valvule est deux ou trois fois plus épaisse qu'à l'état normal, la souplesse n'en est cependant pas modifiée et permettait l'oblitération de l'orifice pendant la systole.

Adhérence généralisée du poumon gauche. Congestion modérée des deux poumons en arrière et à la base.

Depuis longtemps à la salle des infirmes, elle présentait certains caractères de la danse de Saint-Guy; elle marchait toujours en sautant et en dansant; ses membres supérieurs étaient agités de mouvements continus. Ces symptômes avaient disparu. Tous les deux ou trois mois, elle avait comme des attaques d'épilepsie pendant lesquelles elle écumait et se débattait, mais très longues. Il n'est pas difficile de reconnaître la grande hystérie avec chorée probablement hystérique.

Cette femme était tantôt taciturne, tantôt coléreuse. Quelques jours avant sa mort, elle s'était donné une indigestion de charcuterie? Le 19, au matin, elle paraissait bien. On pense à un suicide au moyen du gaz d'éclairage.

Il nous a paru utile de fixer l'attention sur la forme particulière de la valvule, sur la petitesse du ventricule et la dilatation des oreillettes. Cet entonnoir mérite d'être décrit; ce n'est pas un simple infundibulum, une

©BIU Santé

dépression de la valvule. Dans les autopsies, il sera bon d'être fixé sur ce point; pour appeler la controverse, nous dirions presque qu'on ne trouvera cette forme pure que dans le rétrécissement mitral pur non rhumatismal.

A l'entonnoir, on peut juger le rétrécissement. Les bruits seront d'autant plus purs que l'entonnoir le sera davantage; c'est un instrument spécial qui rend des bruits spéciaux. La fente rhumatismale peut ne pas vibrer comme ce long canal qui prolonge l'oreillette jusque dans le milieu du ventricule. Cette grande voile doit claquer autrement et plus fort que la valvule désorganisée du rhumatisme.

L'étiologie doit donc être recherchée avec un soin minutieux; nous ne prétendons pas qu'on réussira toujours. Interrogé à deux jours d'intervalle, un malade ne répond pas toujours de même; interrogé par deux médecins, il répond différemment. Ce sont là les surprises de la clinique qui exerce la patience. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Delaurier adresse une lettre relative au projet qu'avait Paul Bert d'éclairer Hanoï à la lumière électrique, en mettant à profit la force du fleuve qui traverse la ville. M. Delaurier croit qu'il serait fâcheux qu'Hanoï fût éclairé de cette manière avant Paris. « Qui vous dit, écrit-il, que les habitants d'Hanoï ne préfèrent pas l'obscurité à la lumière ? » Personne ne nous l'a dit. Il est probable, qu'à Paris même, bon nombre de gens préfèreraient aussi que la ville ne fût pas éclairée du tout.

M. le Secrétaire perpétuel offre à l'Académie, de la part de M. le professeur Hardy, un volume traitant des maladies de la peau; et, de la part de M. le docteur Hallopeau, un « Traité de pathologie générale ». « C'est, dit M. le Secrétaire perpétuel, un ouvrage remarquable à tous les points de vue, très au courant de la science et qui est appelé à rendre, non seulement aux élèves, mais aux médecins, les plus grands services. » Ces deux volumes sont renvoyés à la Commission des prix Montyon.

M. Vulpian prend la parole au nom de M. Pasteur, absent, pour appuyer les résultats obtenus par la méthode des inoculations contre la rage. L'honorable secrétaire perpétuel met sous les yeux de ses confrères le tableau statistique qui a été distribué à l'Académie de médecine dans la séance du 18 janvier. Ce tableau montre que du 26 octobre 1885 au 31 décembre 1886, sur 2,682 personnes mordues et traitées par les inoculations, 31 sont mortes; soit 1,15 p. 100 de mortalité; et que sur 50 personnes mordues à la tête et au visage, et qui ont été soumises au traitement dit intensif, aucune n'a succombé.

En comparant ces résultats avec la mortalité moyenne avant la découverte de la méthode Pasteur, M. Vulpian estime que 230 personnes ont été préservées; elles doivent leur vie à M. Pasteur.

Les applaudissements accueillent cette communication.

M. Jos. Bertrand dit que le rapport de M. Vulpian sera inséré aux Comptes rendus; que, de plus, il sera tiré à un grand nombre d'exemplaires et distribué dans toutes les communes de France; qu'enfin, pour marquer l'approbation et l'appui que lui donne l'Académie, chaque exemplaire portera, en tête, ces mots : « Institut de France ».

Au nom de M. le professeur Renaud (de Lyon), M. Chauveau dépose sur le bureau un travail concernant la structure du corps muqueux de Malpighi.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Ch. Robin. La section, par l'organe de M. de Quatrefages, présentait la liste suivante :

En première ligne : M. Dareste; en deuxième ligne, *ex æquo :* MM. Filhol, Edm. Perrier, Ranvier; en troisième ligne : MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

Sur 57 votants, majorité 29, M. Ranvier obtient 29 suffrages; M. Dareste, 14; M. Perrier, 13. Il y a un bulletin blanc. En conséquence, M. Ranvier est élu.

— M. Pourquier adresse une note intitulée : *Dégénescence du vaccin; preuve expérimentale; moyen d'empêcher l'atténuation de ce virus.*

« Depuis longtemps, on a observé chez l'homme l'évolution simultanée et parallèle, sur le même individu, du virus varioleux et du virus vaccinal : les deux virus conservent chacun leur allure propre, chacun évolue comme s'il était seul, chacun garde ses propriétés au point que, l'un étant inoculé, il se reproduit sans que l'autre intervienne d'aucune façon.

« Cette évolution parallèle et indépendante des deux virus prouve leur individualité. Or, ce qui est vrai pour la vaccine et la variole chez l'homme est également vrai pour les diverses atténuations du virus vaccinal; mais seulement lorsque ces atténuations ont pris un caractère de fixité par leur passage seccessif sur différents sujets. Un sujet (humain, bovin, équin) qui possède le summum de l'aptitude vaccinogène, inoculé en même temps, avec des virus possédant chacun un degré d'atténuation, donne des pustules dont l'ampleur et la durée seront en rapport avec l'énergie de chaque virus employé. Ce n'est pas tout, les pustules obtenues marcheront côte à côte, sans se confondre avec leurs caractères particuliers, et le virus inoculé à d'autres sujets produira une vaccine atténuée ou légitime, suivant la pustule dans laquelle on aura puisé le virus.

« Ainsi, sur un même terrain, un virus atténué et le virus type évoluent parallèlement, gardant leurs caractères propres. Pour nous, il nous paraît que dans ce fait réside la preuve que le virus atténué l'est bien réellement, et que l'atténuation observée a pris une individualité propre.

« Il importe donc, dans ces recherches, d'annuler la question de terrain. Pour cela, on doit prendre un sujet bon vaccinifère; celui-ci se reconnaît à ce qu'il reproduit, intégralement, de belles pustules typiques inoculées. Ce sujet étant trouvé, si l'on inocule du virus type et un virus atténué, les deux virus évoluent séparément et l'examen comparatif des deux ordres de pustules permet d'apprécier le degré d'atténuation du second virus. Au contraire, si l'atténuation n'est qu'apparente, n'a pas de fixité, ce second virus porté sur le sujet bon vaccinifère reproduit des pustules types. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Installation du bureau pour l'année 1887. — Plaies pénétrantes de l'abdomen par balle de revolver. — Rapport sur une observation d'amputation de deux avant-bras pour un écrasement des mains; appareil prothétique. — Rapport sur une observation de staphylorrhaphie par un procédé simplifié. — Abcès sublingual consécutif à l'éruption difficile de la dent de sagesse et ayant nécessité la trachéotomie. — Communication : Traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie; hystérectomie vaginale. — Présentation de pièce pathologique : Calculs du rein. — Présentation de malade : Frottement sous-scapulaire.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. le président Hortelour se lève et, après avoir de nouveau remercié ses collègues, il invite M. Lannelongue, président pour l'année 1887, à prendre place au fauteuil. M. Lannelongue prononce une allocution très applaudie. A sa gauche s'assied M. Terrillon, secrétaire annuel, et le nouveau bureau se trouvant ainsi constitué et installé sans plus de cérémonie, la séance commence.

M. Kirmisson, à propos de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver, signale cinq observations nouvelles dont il a trouvé la relation dans un journal médical américain, et dans lesquelles les chirurgiens ont eu recours à l'intervention immédiate. Dans trois de ces faits, la plaie abdominale était compliquée de plaie intestinale. L'un deux offre un très grand intérêt à cause de la gravité et des

complications de la blessure qui avait déterminé une hémorrhagie extrêmement abondante. Le chirurgien dut aller à la recherche des artères blessées dont il fit la ligature. Il lui fallut ensuite dérouler en quelque sorte tout le paquet intestinal sur lequel il découvrit successivement sept perforations qui nécessitèrent la résection des portions d'intestin qui en étaient le siège, et l'application de nombreux points de suture. Finalement le blessé a été complètement guéri à la suite de cette opération laborieuse et compliquée. C'est là, dit M. Kirmisson, un fait très encourageant qui plaide en faveur de l'intervention immédiate soutenue par M. Trélat dans cette discussion.

— M. Chauvel donne lecture d'un rapport sur une observation de M. le docteur Léon Dufour, relative à un cas d'amputation des deux avant-bras sur un enfant qui avait eu les deux mains écrasées sous une roue de charrette. L'application d'un appareil prothétique permettait à l'enfant de se servir de ses deux membres pour la plupart des usages auxquels ils sont destinés.

— M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. le docteur Dudon relative à un cas de staphylorrhaphie qu'il a pratiquée avec succès sans instrumentation spéciale, après un simple avivement des bords de la perforation avec le bistouri et l'affrontement des parties avivées par l'intermédiaire d'un ruban passé entre les deux moitiés de la division et nouées au-dessous. M. Dudon pense ainsi avoir beaucoup simplifié l'opération de la staphylorrhaphie.

M. Trélat ne pense pas que le procédé simplifié de M. Dudon puisse convenir à la généralité des cas; il a fallu que ce chirurgien, pour réussir, tombât sur un sujet doué d'une plasticité toute spéciale. La plupart des cas nécessitent un avivement et un affrontement très soignés que l'on ne peux guère obtenir avec le ruban et qui exige une suture très exactement faite avec l'aiguille de M. Reverdin (de Genève).

M. Le Dentu ne trouve aucun avantage au procédé de M. Dudon. La simplification est une bonne chose, mais il y aura toujours des opérations qui demanderont pour être pratiquées, une instrumentation particulière. La véritable difficulté de l'opération dont il s'agit est d'arriver à bien détacher les lambeaux et à les mobiliser convenablement ; il importe également d'appliquer de bonnes sutures qui permettent une guérison rapide. Le procédé de M. Trélat répond à toutes ces indications, et, grâce à lui, la simplification du procédé est telle que M. Le Dentu ne voit pas ce que l'on pourrait gagner au procédé de M. Dudon.

— M. Weiss (de Nancy), membre correspondant, communique une observation d'abcès sublingual consécutif à l'éruption difficile de la dent de sagesse et ayant nécessité la trachéotomie. Il fallut, en outre, pratiquer une incision allant de l'os hyoïde au menton pour ouvrir un abcès situé entre les deux muscles génio-glosses. Le malade a guéri.

M. Desprès a de la peine à croire que l'abcès ait été véritablement la cause des accidents signalés par M. Weiss. Il a eu l'occasion d'observer deux malades dont le cas représente trait pour trait celui du malade de M. Weiss. Le premier était entré dans le service de Nélaton pour un phlegmon du cou consécutif à l'éruption difficile de la dent de sagesse; il y avait des menaces de suffocation qui déterminèrent ce chirurgien à pratiquer la trachéotomie; mais le malade mourut le lendemain de l'opération.

Plus tard, M. Desprès vit entrer dans son service un jeune homme qui, ayant pris un refroidissement pendant la période d'éruption de la dent de sagesse, avait un phlegmon du cou avec menaces de suffocation. Instruit par l'expérience, M. Desprès sans se préoccuper, comme Nélaton, du gonflement du cou, mais uniquement de l'abcès, pratiqua une incision qui donna issue au pus collecté sous le périoste de la branche montante du maxillaire inférieur et fit cesser avec le gonflement du cou les menaces de suffocation.

M. Desprès pense que là est la cause des accidents; si on allait droit au but, c'est-à-dire si l'on pratiquait d'abord l'ouverture de l'abcès sous-périosté de la branche montante du maxillaire inférieur, on verrait le gonflement sous-maxillaire disparaître avec les accès de suffocation, sans être obligé de recourir à la trachéotomie.

M. Magitot est d'avis qu'il est possible d'éviter l'opération dans les cas de ce genre. Il suffirait de faire la chloroformisation, d'écarter les mâchoires et d'extraire la dent de sagesse à l'aide d'un instrument spécial dont l'origine remonte à Ambroise Paré.

— M. Trélat communique deux observations. L'une est relative à un kyste hydatique du foie très volumineux traité par la laparotomie. Le malade était, à la suite de l'opération, dans un état des plus satisfaisants, lorsque, quarante-cinq jours après, il s'exposa par imprudence à un refroidissement qui fut l'origine d'une pleurésie purulente à laquelle il succomba trois mois après l'opération. L'autopsie montra que la poche kystique était réduite de telle sorte qu'elle avait à peine la contenance d'un verre à malaga. Le kyste s'était donc parfaitement rétracté après l'évacuation du pus.

Un détail intéressant de cette observation fait voir que la laparotomie ne l'emporte sur les autres méthodes que parce qu'elle permet de pratiquer de larges ouvertures grâce auxquelles on peut évacuer rapidement au dehors la masse du pus et des hydatides. En effet, chez ce malade, l'évacuation de la poche ayant été insuffisante et le pus étant retenu dans le kyste, l'état ne s'améliorait pas; l'amélioration ne devint franche qu'à la suite d'une large ouverture spontanée qui donna issue à une grande quantité de liquide.

La seconde observation communiquée par M. Trélat est relative à une opération d'hystérectomie vaginale. Elle porte à trois le chiffre des opérations de ce genre que ce chirurgien a pratiquées dans ces deux dernières années.

Sa première malade, opérée il y a vingt mois, se trouve encore aujourd'hui dans un excellent état de santé; il en est de même de sa seconde malade opérée quelque temps après la première, et au sujet de laquelle M. Trélat croit devoir donner quelques détails à la fin de sa communication.

Quant à la troisième opération, elle a été pratiquée sur une femme de 60 ans dont l'état général était si peu satisfaisant que MM. Tillaux et Bouilly avaient opposé, à la demande d'opération qui leur avait été faite, un refus catégorique.

M. Trélat, consulté à son tour, ne crut pas devoir résister aux instances de la malade, qui n'ignorait pas, d'ailleurs, les dangers auxquels elle s'exposait. Elle a succombé, le matin du cinquième jour après l'opération, à des accidents difficiles à préciser, la température n'ayant jamais dépassé le chiffre de 38 et la malade n'ayant eu ni douleur, ni gonflement du ventre, ni aucun autre symptôme pouvant faire croire à l'existence d'une péritonite. Elle est morte sans agitation et plutôt dans un état comateux.

La deuxième malade, dont il a été question un peu plus haut, est une femme de 47 ans, qui présentait des signes de cancer utérin depuis trois mois au moment où M. Trélat fut appelé à la voir pour la première fois. L'examen révéla, en effet, l'existence d'un épithélioma du col de l'utérus dans d'excellentes conditions opératoires.

L'opération fut pratiquée le 23 mai dernier. Elle se compliqua, dès le début, d'un accident grave, résultat d'une méprise des plus fâcheuses. M. Trélat était convaincu que la vessie avait été préalablement vidée comme il en avait donné l'ordre. En explorant les culs-de-sac vaginaux, il sentit une tumeur mollasse de nature insolite et qu'il prit pour une saillie du cul-de-sac péritonéal contenant un liquide. Pendant les manœuvres de cette exploration, il s'échappa tout à coup de cette saillie un liquide dont M. Trélat ne put d'abord reconnaître la nature, si bien qu'introduisant le doigt dans l'ouverture, il se mit à l'agrandir de son mieux. Mais l'odeur de plus en plus pénétrante du liquide ne tarda pas à lui faire comprendre qu'il s'agissait de la vessie dans laquelle il venait de pratiquer par mégarde une large déchirure.

M. Trélat n'en termina pas moins l'opération sans autre incident; il fallut naturellement ajouter aux autres détails de l'opération quatorze points de suture pour fermer cette vaste déchirure vésicale. A la suite de cette opération et de cette complication inattendue, la température ne s'éleva pas au-dessus de la normale; la malade guérit parfaitement, malgré une large eschare qui se détacha de la paroi vésicale, du douzième au quatorzième jour, et qui dut être comblée par une opération spéciale au mois de novembre suivant. La malade a été revue depuis peu par M. Trélat; la guérison

s'est admirablement maintenue; la suture est d'une solidité parfaite et la capacité du réservoir vésical est telle que la malade peut rester trois heures sans uriner.

— M. Le Dentu présente une pièce pathologique provenant d'une jeune femme qui avait à la région rénale une fistule par laquelle s'échappait du pus en plus ou moins grande abondance. Une large incision mettant à nu la glande rénale permit de retirer plusieurs calculs dont quelques-uns étaient réduits en fragments. Le plus gros de ces calculs était inclus dans le tissu rénal qu'il fallut inciser pour l'extraire. Aujourd'hui la malade est parfaitement guérie.

Un deuxième cas de néphrotomie s'est terminé par la mort. Il s'agit d'une femme de 60 ans, épuisée par une septicémie due à une suppuration pyélo-néphrétique ancienne. La néphrotomie a permis à M. Le Dentu d'extraire un calcul à l'état de fragments contenus dans le bassinet et le calice. La malade a succombé à des accidents de collapsus algide.

— M. Terrillon met sous les yeux de ses collègues une jeune femme qui présente le phénomène de *frottement sous-scapulaire*. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1887. — Présidence de M. Féréol.

A propos du procès-verbal, M. Richard lit une note de son frère, le docteur Th. Richard, relative à une guérison de cirrhose alcoolique.

— M. Desnos lit d'autres observations de M. Leprévost (du Havre) : « Nouveaux exemples de guérison de cirrhoses alcooliques. »

— M. Cadet de Gassicourt, à propos de la récente communication de M. Sevestre, rappelle qu'un tiers environ des broncho-pneumonies ne peut être considéré comme secondaire. Ce stock a déjà été réduit en partie par M. Landouzy, qui en considère un nombre important comme imputable à la tuberculose. Les recherches de M. Sevestre, relatives aux broncho-pneumonies secondaires à des entérites infectieuses, donnent naissance à un nouveau groupe nosologique, d'un intérêt non seulement théorique, mais pratique considérable. Mais sur quoi se base M. Sevestre pour considérer ces broncho-pneumonies comme infectieuses? Il n'est même pas prouvé que les entérites en question soient d'origine infectieuse; elles naissent sous l'influence de causes banales.

M. Sevestre reconnaît les lacunes de sa communication. La fétidité de la diarrhée attestait les putréfactions intestinales; les altérations très marquées des ganglions mésentériques sont encore un argument en faveur de la nature infectieuse de l'entérite. S'il s'est hâté de signaler ces faits, c'est afin d'en provoquer une étude plus approfondie. La probabilité de la relation entre l'entérite et la broncho-pneumonie découle encore de l'amélioration de l'état pneumonique après la guérison de l'entérite.

— M. Lépine (de Lyon) écrit qu'il croit la présence de l'acide chlorhydrique, dans le suc gastrique des malades atteints de cancer de l'estomac, plus fréquente que ne l'a dit M. Debove. Le vert malachite et le vert brillant sont préférables au violet de gentiane et à l'orangé poirier pour ces recherches. Par ces réactifs, il a décelé très nettement l'existence de l'acide chlorhydrique dans un cas de carcinome indéniable.

M. Debove sait très bien que l'absence d'acide chlorhydrique n'est pas constante dans le cancer de l'estomac; par contre, lui-même a trouvé récemment l'acide chlorhydrique absent du suc gastrique dans un cas de cancer du foie sans cancer de l'estomac. Il s'agit seulement de savoir si ce signe est assez fréquent pour être d'une certaine utilité clinique. M. Debove critique l'emploi des réactifs nouveaux proposés par M. Lépine.

— M. Renaut : *De l'emploi des lavements d'acide carbonique contre l'emphysème pulmonaire compliqué de catarrhe.* — Contre la tuberculose, M. Renaut a obtenu des résultats variables par l'emploi des lavements sulfo-carbonés. En revanche, les lavements d'acide carbonique paraissent diminuer la dyspnée et la toux chez les emphysémateux

avec catarrhe. On employait depuis trente-cinq ans les inhalations d'acide carbonique dans le traitement de l'emphysème. M. Renaut a modifié le mode d'introduction de l'agent médicamenteux. Les observations sont au nombre de quatre. Les indications thérapeutiques, dans l'emphysème, étant de remédier à l'insuffisance respiratoire, que traduit la dyspnée, et à la toux, comme l'acide carbonique a, d'après les physiologistes, les propriétés de favoriser l'hématose, de faire contracter les fibres musculaires des parois alvéolaires, et d'anesthésier les extrémités nerveuses intra-pulmonaires, il se trouve indiqué à tous ces points de vue. La dose d'acide carbonique injectée a été d'un litre à chaque séance et l'injection a duré cinq minutes au plus; aucun incident ne s'est manifesté pendant l'administration de ces lavements gazeux.

M. Ballet demande si c'est l'acide carbonique pur que M. Renaut a employé.

M. Renaut répond affirmativement.

M. Ballet a fait usage, chez les tuberculeux et les emphysémateux, de l'acide carbonique combiné aux vapeurs de sulfure de carbone. Il croit que l'influence de celles-ci n'est pas négligeable Car, lorsqu'il a injecté de l'acide carbonique pur, le soulagement a été moindre que quand il a injecté des vapeurs sulfureuses pures. M. Ballet a d'ailleurs trouvé que, presque toujours, les premières séances produisent un certain soulagement, dû peut-être à une sorte de suggestion. Un nombre de faits plus considérable serait nécessaire avant de conclure.

M. Renaut ne sait si le soulagement sera durable, mais il a toujours été immédiat.

P. L. G.

VARIÉTÉS

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS DE TOULOUSE.

Voici le texte du vœu relatif au service militaire présenté au Conseil dans la séance du 17 décembre 1886 par M. Bonfils, doyen de la Faculté de droit :

« Le Conseil général des Facultés, investi de la surveillance et de la protection des intérêts de l'Enseignement supérieur dans l'Académie de Toulouse, ne saurait se dispenser d'examiner les effets que produirait le service militaire de trois ans à l'égard des études effectuées dans les Facultés et Écoles d'enseignement supérieur.

« Le Conseil pense que la loi d'égalité exige que tous les étudiants reçoivent l'instruction militaire, que tous soient compris dans les contingents et prennent place sous les drapeaux en temps de guerre. Il repousse toute idée de privilège. Il est d'autant moins enclin à réclamer pour les étudiants des diverses Facultés ou Écoles une exemption du service militaire que les jeunes gens qui bénéficient des bienfaits de la haute culture intellectuelle lui paraissent tout particulièrement obligés envers le pays.

« Mais, si au jour du danger tous les fils de la France, utilement encadrés dans les rangs de l'armée, doivent payer leur tribut à la patrie, il est aussi indispensable pour la prospérité de la nation que les œuvres de la paix ne soient pas irrémédiablement compromises par les exigences du service militaire. Le respect du principe d'égalité ne conduit pas nécessairement à l'identité absolue des services rendus au pays. Ce principe est sauvegardé et satisfait par leur équivalence.

« Le service de l'État ne doit pas être assuré seulement dans l'armée et au point de vue de la défense du territoire. Il doit l'être aussi dans toutes les branches des administrations publiques et des professions d'intérêt public et au point de vue des besoins moraux et matériels du pays. En dehors même de tout service public, les études supérieures, facilitant l'éclosion de savants dans tous les ordres de connaisances, sont de nécessité nationale. Elles seules permettent les travaux en l'absence desquels un peuple ne saurait ni fortifier ses qualités natives, ni accroître ses ressources, ni se mettre en mesure de lutter contre l'active concurrence des autres nations. Par suite, toute mesure qui compromettrait les hautes études placerait nécessairement la France dans un état

d'infériorité à l'égard des autres peuples qui ont su harmoniser les exigences du service militaire avec les nécessités de la culture intellectuelle.

« En s'imposant de grands sacrifices pour instituer et doter les Facultés, l'État a voulu tout à la fois préparer le recrutement de services indispensables au public et assurer les progrès de la science, progrès nécessaires pour la prospérité, la sécurité et la gloire de la France.

« Or, dans aucun des divers ordres d'études faites dans les Facultés ou Écoles d'enseignement supérieur la durée de la scolarité complète ne peut être inférieure à cinq années : elle est même supérieure pour les jeunes gens qui se présentent aux concours de l'internat et des diverses agrégations. Si trois années de service militaire s'ajoutent aux années d'études, l'accès des Facultés sera en fait interdit aux jeunes gens qui n'auront pas les ressources nécessaires pour poursuivre jusqu'à la vingt-huitième ou la trentième année des études dispendieuses. Seront ainsi par la force inéluctable des choses éloignés des Écoles d'enseignement supérieur les jeunes gens les moins favorisés de la fortune, ceux qui justement ont le plus besoin de se créer une position dès leur jeunesse : les études supérieures seront l'apanage de la richesse. Elles seront bientôt désertées et avec elles les professions dont elles donnent l'accès.

« Il importe donc de concilier les besoins de la défense nationale avec ceux non moins importants et essentiels de la haute culture intellectuelle, de donner satisfaction à tous les intérêts du pays en assurant également tous les services ou professions d'intérêt public et le service militaire.

« Par ces motifs, le Conseil général des Facultés de Toulouse émet le vœu suivant :

« 1° Les étudiants immatriculés, lors de l'appel de leur classe, dans une Faculté ou École d'enseignement supérieur seront admis, après une année de service militaire, à reprendre leurs études, s'ils ont satisfait aux garanties d'instruction militaire exigées par le ministre de la guerre ;

« 2° Cette libération anticipée ne sera pas définitive, mais *conditionnelle*, en ce sens que les jeunes gens qui en bénéficieront seront astreints à présenter à l'autorité militaire : — à l'issue de chaque année d'études un certificat constatant qu'ils ont suivi régulièrement l'enseignement d'une Faculté ou École, — et à l'expiration de la cinquième année au plus tard à dater de cette libération, un diplôme ou un certificat d'examen dont un décret délibéré en Conseil supérieur d'instruction publique ou en Conseil d'État déterminera les conditions d'obtention suivant les diverses Facultés ou Écoles supérieures, ou un certificat constatant qu'ils ont acquis le titre et remplissent les fonctions d'interne dans les hôpitaux ;

« 3° Les étudiants, qui n'auront pas satisfait aux conditions ci-dessus indiquées, seront reversés dans l'armée active pour y parfaire leur temps de service ;

« 4° Pour assurer leur éducation militaire et afin qu'ils ne perdent pas de vue leurs devoirs de soldats, les étudiants des Facultés ou Écoles pourront être astreints à des manœuvres militaires ou à des périodes d'instruction pendant les vacances universitaires. »

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 17 AU 31 JANVIER 1887.

Lundi 17. — M. Weil : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanylide. (Président, M. Béclard.) — M. Bonnet : De la métrite des syphilitiques. (Président, M. Fournier.)

Mardi 18. — Pas de thèses.

Mercredi 19. — M. Le Clerc : L'angine de poitrine hystérique. (Président, M. Damaschino.) — M. Vincent : Traumatisme et diathèses ; quelques faits relatifs à leur influence réciproque. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 20. — M. de Biron : Contribution à l'étude des grands kystes de l'épididyme. (Président, M. Cornil.) — M. Bévérini : De l'enclavement de l'iris et de la cristalloïde

après l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire combinée à l'iridectomie. (Président, M. Brouardel.) — M. Schachmann : Contribution à l'étude d'une forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. (Président, M. Bouchard.)

Du 21 au 25. — Pas de thèses.

Mercredi 26. — M. Chaslin : Du rôle du rêve dans l'évolution du délire. (Président, M. Potain.) — M. Buchin : De la pelade nature, traitement, prophylaxie. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 27. — M. Pinel-Maisonneuve : Indications de l'iridectomie. (Président, M. Le Fort.) — M. Angelby : Contribution à l'étude de l'ascite chez le fœtus. (Président, M. Tarnier.) — M. Guillot : Contribution à l'étude de l'étiologie de la pneumonie chez les jeunes recrues. (Président, M. Proust.) — M. Pirodon : Rhumatisme ; étude pathogénique. (Président, M. Proust.)

Vendredi 28. — Pas de thèses.

Samedi 29. — M. Ménestrier : Grippe et pneumonie. (Président, M. Jaccoud.) — M. Pasque : Contribution à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne. (Président, M. Panas.) — M. Favardin : De l'hygroma prérotulien et de son traitement par les injections de chlorure de calcium. (Président, M. Cornil.) — M. Paterne : Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphthérie. — Etude sur les cas observés à l'Hôtel-Dieu d'Orléans en 1886. (Président, M. Grancher.)

Lundi 31. — Pas de thèses.

COURRIER

Par arrêté préfectoral, en date du 17 janvier 1887, ont été nommés :

M. le docteur Passant, médecin en chef du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. Clerc, décédé.

M. le docteur Commenge, médecin en chef adjoint dudit service.

M. le docteur Calandreau, médecin dudit service.

M. le docteur Rouillard, médecin adjoint dudit service.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 janvier 1887, est instituée, près le ministère de l'instruction publique, une commission chargée de décerner un prix de 50,000 francs à l'auteur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes :

Comme source de chaleur, de lumière, d'action chimique, de puissance mécanique, de moyen de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les malades,

Sont nommés membres de cette commission : MM. les membres de l'Institut Bertrand, président ; Becquerel, Brown-Séquard, Cornu, Debray, Deprez, Jurien de la Gravière, Lévy, Lippmann, Hervé-Mangon, Marey, Mascart, Pâris et Vulpian. — MM. Allard, inspecteur général des ponts et chaussées ; Berger, directeur général de l'exploitation de l'Exposition universelle de 1889 ; Joubert, secrétaire général de la Société française de physique ; Raynaud, ingénieur des télégraphes ; Sartiaux, sous-chef d'exploitation au chemin de fer du Nord.

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations pour les examens probatoires dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 29 mars inclusivement.

Pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 19 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 19 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 24 mai inclusivement.

Pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 7 juin inclusivement.

©BIU Santé

Pour le cinquième examen de doctorat (première et deuxième partie), jusqu'au mardi 21 juin inclusivement.

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 21 juin inclusivement.

Pour les thèses, jusqu'au mardi 12 juillet inclusivement.

Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 21 juin inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 28 juin inclusivement; pour le troisième examen, jusqu'au mardi 12 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés après le 8 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

— Nous sommes heureux d'avoir à démentir le bruit qui a couru, et dont nous avons été l'écho, de la mort de M. le docteur Charles Sarazin, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourges, aujourd'hui en retraite à Versailles.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteur Xavier Crézonnet (de Bordeaux); Henry Fortineau, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine; Lucien Larauza (de Salles), et J.-V. Louvet-Lamarre, médecin honoraire de l'hôpital de Saint-Germain.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Haushalter est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Parisot, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Knœpfler est nommé chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Aubry, démissionnaire.

M. Laine est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Griffe, démissionnaire.

— M. le docteur Laffitte, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Luc, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur-médecin en chef honoraire.

M. le docteur Marandon de Montyel, directeur-médecin en chef de Dijon, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Luc.

M. le docteur Dumas, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Dijon et placé dans la deuxième place de son grade.

M. le docteur Nollet, médecin-adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin-adjoint à l'asile Saint-Venant.

M. le docteur Bellat, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Dijon.

Conseil général des Écoles. — En exécution du décret du 28 décembre 1885, rendu applicable à l'Algérie par le décret du 30 juillet 1886, les Écoles d'enseignement supérieur d'Alger ont procédé le 15 novembre dernier à l'élection de leurs délégués au Conseil général.

Le Conseil général des Écoles d'Alger est ainsi composé pour l'année 1886-1887 :

Membres de droit. — Le Recteur, président; MM. Estoublon, directeur de l'École de droit, vice-président; Texier, directeur de l'École de médecine; Pomel, directeur de l'École des sciences; Masqueray, directeur de l'École des lettres.

Membres élus. — *Droit* : MM. Dain, professeur de droit criminel; Charvériat, professeur de droit romain. — *Médecine* : MM. Trolard, professeur d'anatomie; Trabut, professeur d'histoire naturelle. — *Sciences* : MM. Viguier, professeur de zoologie; Thomas, professeur de physique. — *Lettres* : MM. Alaux, professeur de philosophie; Waille, professeur de littérature française, secrétaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Paul Guéron : Les doctrines actuelles sur les sources de l'azote organique et sur la chaleur animale. — III. Bibliothèque : L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal. — IV. Revue des Journaux : Extirpation d'un volumineux lympho-sarcome du cou. — Les fous en Italie. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Courrier. — VII. Formulaire. — VIII. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 1er février. — L'Académie apprend aujourd'hui une nouvelle aussi triste qu'inattendue, la mort de M. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. Gallard avait d'anciennes attaches avec l'*Union médicale*. Au début de sa carrière, il était l'auteur de l'article qui fut le point de départ du procès intenté à l'*Union médicale* par les homœopathes, où l'attaque fut menée par Emile Ollivier, où nos défenseurs se nommaient Andral, Bethmont et Victor Lefranc. Il était lié avec Amédée Latour d'une étroite amitié, et d'après ses conseils avait embrassé la gynécologie ; aussi se plaisait-il à rappeler qu'il devait à notre ancien rédacteur en chef la haute situation qu'il avait conquise dans cette branche de la médecine, et qu'il a su garder jusqu'à la fin de sa vie.

La suppression des quarantaines, voilà un sujet qui aurait soulevé des cris d'effroi au temps où Fauvel était l'homme le plus autorisé en cette matière. Mais, aujourd'hui, les quarantaines ont beaucoup baissé dans l'opinion publique, et, malgré les services qu'elles ont rendus, leurs défauts et leur insuffisance apparaissent au grand jour. Les nécessités de la navigation, les progrès de l'hygiène et des mesures d'assainissement, les auront bientôt rendues inutiles. Telle est la thèse soutenue par M. Proust avec son talent habituel.

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

II

L'ÉCOLE D'ALEXANDRIE.

L'Egypte, après la mort d'Alexandre, était tombée en partage au beau-frère du conquérant macédonien, à Ptolémée, fils de Lagus, et surnommé Soter. Ce prince protégea les sciences et les arts ; les rois de Syrie et de Pergame l'imitèrent. De la sorte, les Grecs transportèrent en Egypte et dans d'autres contrées les connaissances médicales ; Alexandrie devint une colonie grecque sur la terre égyptienne.

Les deux Ptolémée Philadelphe et Evergète élevèrent les sciences à leur apogée. La bibliothèque et le musée d'Alexandrie ne cessaient de s'enrichir d'acquisitions nouvelles et précieuses. Le commerce des Grecs s'étendant au loin jusques à l'Inde faisait arriver des animaux, des végétaux, des produits inconnus ; enfin, les rois d'Egypte avaient permis aux médecins de disséquer les cadavres humains et ils assistaient eux-mêmes

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 janvier 1887.

©BIU Santé

Nous ne pouvons encore analyser la communication de M. Panas sur la nutrition de l'œil, car elle n'est pas terminée. Constatons seulement aujourd'hui l'importance d'une étude de physiologie toute personnelle, que notre savant maître, chercheur infatigable, a poursuivie pendant de longs mois, et qu'il expose avec la clarté, la précision, la facilité de parole qui n'appartiennent qu'aux auteurs pénétrés de leur sujet et amoureux de leur œuvre. M. Panas a travaillé une fois de plus pour la science, et pour l'honneur de l'école ophthalmologique française, dont il est le chef autorisé.

Comité secret à la fin de la séance. Les candidats au titre d'associés libres ont été classés dans l'ordre suivant : En première ligne, Worms ; en deuxième ligne, Magitot ; en troisième, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, Blache, Corlieu, Galezowski et Rivière. — L.-G. R.

Les doctrines actuelles sur les sources de l'azote organique et sur la chaleur animale.

Dans ces dernières années, les opinions classiques sur les origines de la chaleur animales ont subi de profondes modifications ; à la suite de travaux, dont ceux de Berthelot sont sans contredit les principaux, l'origine de l'azote que l'on rencontre chez les êtres vivants a aussi donné lieu à de nombreuses recherches originales. Il ne nous a donc pas paru sans intérêt de résumer brièvement l'état actuel de ces questions en nous appuyant sur les thèses présentées par MM. Guérin et Lambling au dernier concours d'agrégation.

I

Les principes nécessaires à la vie des végétaux sont l'eau, l'acide carbonique, l'oxygène et l'ammoniaque ; mais si tous sont également nécessaires à la vie, tous ne sont pas caractéristiques, pour ainsi dire, de la matière vivante, et ce rôle n'appartient guère qu'à l'azote. Cet azote, les animaux le tirent des végétaux ; sous quelles formes ces derniers l'assimilent-ils ? c'est ce que nous allons étudier.

---

aux recherches anatomiques ; ils déracinèrent ainsi l'ancien préjugé qui faisait considérer l'ouverture ou la violation du corps de l'homme comme un des plus grands crimes.

C'est à tort qu'on a prétendu que les Egyptiens, si adonnés aux embaumements, avaient pu acquérir des notions anatomiques avancées. Nous savons, par Hérodote et par Diodore, que, pour l'embaumement des grands personnages, l'écrivain sacré désignait sur le côté gauche du cadavre l'endroit où il fallait faire la section. Le Parachiste pratiquait l'incision sur la fosse iliaque avec une pierre tranchante d'Ethiopie, et s'éloignait en toute hâte, car l'aversion était grande pour celui qui osait profaner une dépouille mortelle. Les intestins ayant été retirés sans le cœur et les reins, on nettoyait la cavité abdominale, on la remplissait de myrrhe, de casse et d'aromates divers, puis on recousait les téguments. La boîte crânienne était vidée, soit par le nez, soit par le trou occipital, à l'aide d'un couteau recourbé. Alors le corps était lavé dans une solution d'alcali fixe, et laissé en repos pendant 70 jours. Après ce terme, on le lavait de nouveau, on l'enduisait d'une gomme ou résine ; il était finalement entouré de toile ou de bandelettes. Les personnes peu riches faisaient injecter, avec un tube, de la résine liquide dans le ventre sans ouverture préalable ; le corps était ensuite salé pendant 70 jours. Les pauvres se contentaient de laver le corps et de le faire macérer, toujours pendant 70 jours, dans une solution alcaline. En quoi de semblables procédés pouvaient-ils servir la véritable anatomie ? Les Parachistes ou *Prosectores* étaient méprisés, et souvent accueillis ou poursuivis à coups de pierre.

Sous l'influence de l'étincelle électrique et dans des conditions convenables d'humidité, il se forme dans l'air de l'acide azotique, de l'azote nitreux et de l'azotite d'ammoniaque, une partie de la base qui sature les acides résultant d'ailleurs de la décomposition lente des matières azotées qui s'opère dans et sur le sol. Tous ces composés entraînés par l'eau de pluie imbibent la terre et contribuent à sa richesse.

Boussingault a longtemps soutenu que les plantes pouvaient fixer directement l'azote de l'air; la question était très discutée et deux faits seulement semblaient établis : « L'azote contenu dans une récolte dépasse la quantité de celui que les engrais ont introduit dans le sol qui le porte; une plante végétant sur un sol sans engrais et stérilisé ne fixe pas d'azote. » Berthelot, que nous aurons si souvent à citer, a sur ce point, comme sur tant d'autres, renouvelé en partie nos connaissances. Il a montré d'abord que, sous l'influence de l'électricité atmosphérique agissant lentement, il y avait fixation directe du gaz libre sur les principes immédiats des végétaux; puis, poursuivant ses recherches, que l'azote de l'air était pris par les sols argileux grâce aux organismes microscopiques qu'ils renferment.

Schlœsing et Muntz ont isolé le ferment nitrique, aérobie, punctiforme, qui transforme l'ammoniaque provenant des putréfactions en nitrites et nitrates dans les nitrières, les eaux et les terres arables; enfin, les feuilles en absorbent peut-être une quantité très minime.

L'ammoniaque et l'acide azotique, d'après une ingénieuse hypothèse de Schlœsing, circuleraient constamment à la surface du globe. L'ammoniaque du sol, en grande partie transformée en nitrate est, soit absorbée par les plantes, soit entraînée par les pluies dans l'océan; là le sel est employé par les plantes marines dont la décomposition donne de l'ammoniaque qui se diffuse dans l'atmosphère et enfin retourne au sol.

Tous les végétaux contiennent de l'azotate de potasse et quelquefois, lorsque les fumures sont trop intenses, certaines plantes deviennent très nuisibles pour les animaux qui s'en nourrissent habituellement. Les nitrates peuvent être absorbés directement et il en est de même des sels ammoniacaux, quoique, à poids égal, ils exercent une action moins favorable; enfin, une petite quantité du gaz est absorbée sous la forme d'une matière azotée très complexe : les composés ulmiques.

En résumé, les plantes prennent leur azote au sol et l'atmosphère est la source principale de l'azote que la terre contient.

Les produits azotés que l'on trouve dans le végétal sont très nombreux; les principaux sont les diastases, le pigment chlorophyllien, l'aleurone, le gluten, la légumine, les

---

Les sciences ne furent nulle part cultivées avec autant de soin qu'à Alexandrie pendant les guerres continuelles qui suivirent le démembrement de l'empire macédonien. Cette ville était le centre des connaissances humaines et du commerce du monde; les philosophes, les rhéteurs, les médecins, y affluaient. Le temple de Sérapis renfermait une collection de livres; le Château des Ptolémée, le *Bruchium* où on logeait des savants pensionnés par l'Etat, avait une bibliothèque, un musée, une collection d'histoire naturelle. Des discussions publiques, *ludi Musarum et Apollinis*, après lesquelles on accordait des prix au vainqueur, rappelaient les Jeux olympiques. Les médecins qui avaient étudié à Alexandrie étaient par cela même en réputation.

La prospérité de l'Ecole alexandrine fut extraordinaire dans les diverses branches des sciences, en mathématiques, en cosmographie, en grammaire, en philosophie. Des savants, des critiques, des poètes surgissaient; mais sous le septième Ptolémée, Evergète II, une révolte ayant éclaté, le souverain fit périr un grand nombre d'habitants, chassa les médecins, les philosophes et les rhéteurs. Avec les derniers Ptolémées, l'étude des sciences faiblit et Dion Chrysostôme adressait de durs reproches aux frivoles Alexandrins « plongés dans l'ivresse des plaisirs... ayant perdu le goût des occupations sérieuses... ne connaissant pas de plus grand malheur que de voir un concurrent mal diriger son char dans l'arène ou que d'entendre un musicien peu habile... aucun peuple ne portant plus loin le goût, même la fureur pour ces jeux. »

Celse, Galien et les commentateurs nous ont fait connaître les deux plus grands anatomistes de l'Ecole alexandrine, Hérophile et Erasistrate, dont les ouvrages ont péri.

©BIU Santé

alcaloïdes, les matières colorantes, etc., etc. Comment l'azote, qui se présente sous forme d'ammoniaque et de nitrate, se transforme-t-il en tant de corps divers ? C'est à peine si l'on a soulevé un coin du voile qui dérobe cette partie des mystères de la vie et tout ce que l'on peut dire a été résumé par M. Guérin de la manière suivante : » Pour produire des matières albuminoïdes en s'unissant aux hydrates de carbone, l'acide nitrique doit subir une réduction et perdre de l'oxygène. Ce gaz ne se dégage pas à l'état libre ; il se porte probablement sur les substances en voie de désassimilation, pour former notamment des acides organiques. Il est vraisemblable aussi qu'il se forme des amides, comme l'asparagine, la leucine, la tyrosine, et que c'est aux dépens de ces dernières que s'édifient ultérieurement les matières albuminoïdes. »

Nous ne pouvons passer ici en revue les différents produits azotés fabriqués par les plantes, et nous dirons simplement quelques mots de l'hypothèse d'Ed. Heckel relativement aux alcaloïdes. Ces corps ne sont en rien comparables aux produits de désassimilation des animaux (urée, etc.) toxiques au moins dans une certaine proportion ; en effet, tandis que les uns sont indifférents vis-à-vis des plantes qui les produisent ou de végétaux d'espèces différentes, d'autres, comme l'atropine, excitent la végétation et sont de véritables engrais. Se basant sur ces faits, M. Heckel tend à attribuer aux alcaloïdes un rôle protecteur pour les plantes qui leur donnent naissance.

Le protoplasma animal est identique au protoplasma végétal ; les substances azotées qu'il fabrique sont beaucoup plus nombreuses, et nous nous bornerons à citer l'hémoglobine et les matières collagènes qui sont particulières au règne animal, et à rappeler les découvertes de A. Gautier sur lesquelles nous jugeons inutile de nous étendre.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

L'HYPNOTISME ET LES ÉTATS ANALOGUES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL, par le docteur Gilles de la Tourette, préface de M. le professeur Brouardel.

De quel concours de circonstances favorables est né le livre, l'auteur nous l'apprend dans son avant-propos, et il n'est pas sans intérêt de le rappeler. Interne de M. le professeur Charcot en 1884, M. Gilles de la Tourette pensait déjà à se faire l'interprète des

---

Tous les deux vivaient en Egypte sous le règne de Ptolémée Soter, entre 305 et 280 ans avant notre ère, Hérophile étant probablement le plus ancien.

Hérophile, né à Chalcédoine en Bythinie, était disciple de Praxagoras, de Cos. Il dut probablement à son maître le goût de l'anatomie humaine, et il la porta au plus haut point de perfection qu'il fût alors possible d'atteindre. Il disséqua un grand nombre de cadavres, et, de plus, affirme Celse, auteur grave et bien informé, il ouvrit plusieurs fois des criminels vivants que lui livrait le roi d'Egypte. Tertulien a reproduit l'accusation de Celse, et je dois à M. le docteur Corlieu l'indication d'un auteur byzantin du XIIe siècle, Michel Glycas, disant (*Annales*, 2e partie, p. 290) que les anatomistes égyptiens disséquaient vivants des malfaiteurs condamnés à mort pour empoisonnement ou pour vol. Les recherches anatomiques d'Hérophile ont donc été sanglantes. Cette tradition épouvantable a été contestée ; l'histoire impassible doit la maintenir malgré l'horreur qu'elle provoque.

Les travaux d'Hérophile ont été d'autant plus précieux que ses descriptions étaient faites sur la nature et non par analogie ; le nombre de ses découvertes a été prodigieux. Etudiant les centres nerveux, il imposa des dénominations pittoresques conservées à travers les âges : *dure mère, pie mère, rets admirables, confluent des sinus* ou *pressoir,* etc. Quoi qu'il regardât les nerfs, comme des canaux, πόροι, à l'exemple d'Aristote, il les sépara de ceux-ci, comme organes de sensation ; il admettait toutefois la similitude des nerfs et des ligaments, car, dans un passage rapporté de ses œuvres, le ligament rond de la tête du fémur est décrit sous le nom de νεῦρον.

doctrines de son éminent maître en matière d'hypnotisme; il voulait entreprendre d'élucider la filiation de tous les *états* qui commencent au somnambulisme naturel pour finir au somnambulisme hystérique, en passant par le sommeil provoqué; mais, devenu, en 1885, l'interne de M. le professeur Brouardel, il se trouva naturellement conduit par l'influence de celui-ci à envisager surtout la question au point de vue médico-légal. Aussi nous présente-t-il aujourd'hui un livre à deux faces, dans lequel l'hypnotisme expérimental représente le côté scientifique, et l'hypnotisme médico-légal le côté pratique.

Dans une préface d'un style élevé, M. Brouardel esquisse à grands traits l'historique de la question de l'hypnotisme jusqu'à ces dix dernières années, c'est-à-dire jusqu'au jour où M. Charcot « entreprit de le soumettre à la méthode moderne d'examen scientifique, utilisant les travaux de ses devanciers, mais les faisant bien siens par la rigueur des moyens critiques qu'il sut leur appliquer ». Grâce à M. Charcot et à ses élèves, nous sommes aujourd'hui en possession d'un terrain véritablement scientifique d'où on peut partir pour pousser de nouvelles pointes dans les champs inexplorés.

Il est d'ailleurs bien heureux que l'École de la Salpêtrière ait donné des bases solides à l'étude de l'hypnotisme; car certains médecins, oublieux des règles esssentielles de la critique scientifique, se sont laissé entraîner à répéter, devant des juges par trop incompétents les phénomènes de l'hypnotisme, de la catalepsie et du somnambulisme, à essayer les suggestions les plus bizarres. Les littérateurs, conviés à de pareils spectacles, ont accepté pour vrai ce que leur disait ou montrait un médecin de bonne foi, et, en embellissant par leur imagination toutes les singularités dont ils avaient été les témoins, ils ont introduit dans la littérature moderne « une variété de données médicales qui sont à la science ce que le roman historique d'il y a trente ans était à l'histoire. »

La lecture de ces romans a propagé un peu partout le désir de répéter des expériences analogues; et on a vu éclater assez de petites épidémies de névropathies à la suite de spectacles magnétiques pour que la loi ou la police sanitaire ait dû, en Allemagne, en Autriche, en Suisse et en Italie, interdire ces manœuvres à ceux qui n'ont pas le droit d'exercer la médecine. La lecture du livre de M. Gilles de la Tourette montre que le danger n'est pas moins grand en France.

Dans cet état des esprits, ajoute M. Brouardel, il était impossible que les questions de sommeil provoqué, d'inconscience, de suggestions, ne fussent pas portées devant les tribunaux, et la position de l'expert est devenue assez délicate dans les affaires de ce

---

Hérophile avait distingué les vaisseaux du mésentère qui se rendent au foie, de ceux qui vont aboutir aux ganglions, ou chylifères, ce qui prouve bien qu'il pratiquait la vivisection. En angéiologie, il appela les veines pulmonaires : veines artérieuses, parce qu'elles lui paraissaient de la nature des artères. L'ingénieux anatomiste distingua et nomma la première partie de l'intestin : Δωδεκαδάκτυλον ou *duodenum*, il démontra la différence du foie chez l'homme et chez les animaux qu'il avait sacrifiés en grand nombre.

Dans la description des parties génitales, il décrit l'épididyme et nie son existence chez la femme; il compare l'ouverture de la matrice gravide à l'ouverture de la glotte et les trompes utérines à des canaux demi-circulaires.

Hérophile a entrevu le rapport du battement artériel avec la respiration; il admettait des systoles pulmonaires, mais il cherchait dans le cœur l'origine des pulsations et soutenait que la mort est le résultat de la paralysie du cœur. Bien qu'il fût anatomiste avant tout, il prit parti pour la théorie humorale à la suite de Praxagoras, et il plaçait dans les humeurs la cause prochaine des maladies; il recherchait avec subtilité dans les pulsations artérielles, dans le pouls sautillant qu'il nomma ainsi, les symptômes pathologiques.

Érasistrate, natif d'Iulis, dans l'île de Céos, proche parent d'Aristote, fut disciple de Chrysippe, de Métrodore, de Théophraste, et appartenait à Cnide. Pendant quelque temps, il resta à la cour de Seleucus Nicator, roi de Syrie, et découvrit habilement la cause de la maladie de langueur d'Antiochus, fils de Seleucus, due à sa passion pour

©BIU Santé

genre. Dans la partie médico-légale de son livre, M. Gilles de la Tourette a réussi à faire la part de ce qui est établi, de ce qui est possible, de ce qui ne l'est pas. Il aura rendu ainsi un grand service aux magistrats, aux avocats et surtout aux experts, encore encore peu familiers avec les manifestations singulières d'un état morbide laissé, jusqu'à ces dernières années, entre les mains des charlatans. L'auteur a tenu surtout à fournir aux experts les moyens d'écarter la simulation, en réunissant les seuls éléments de démonstration scientifique, si bien mis en lumière par M. Charcot, c'est-à-dire les troubles de la contractilité et de l'excitabilité musculaire, de la sensibilité générale et sensorielle, étudiés en dehors de l'accès lui-même, et l'examen minutieux de la vie pathologique entière du malade.

Le livre de M. Gilles de la Tourette se divise en quatre parties :

La première, intitulée : Les états hypnotiques, comprend quatre chapitres. Les deux premiers sont consacrés à l'historique de la question, depuis Mesmer jusqu'à l'hypnotisme scientifique. Dans les chapitres suivants sont étudiés les caractères physiologiques et cliniques des *états hypnotiques francs* (catalepsie, léthargie, somnambulisme) et des *états intermédiaires* (léthargie lucide, état de charme ou de fascination); les *suggestions hypnotiques* (suggestions dites criminelles, examen du degré de résistance que les patients peuvent y apporter, suggestions rétroactives et à longue échéance, etc.)

La deuxième partie, intitulée : Les états analogues, nous rappelle les caractères du *somnambulisme naturel*, du *somnambulisme pathologique* en dehors de l'hystérie, des *états nettement hystériques* et de l'*état second*, qui n'est qu'un somnambulisme hystérique prolongé.

Dans la troisième partie, l'auteur établit le bilan des bienfaits et des dangers de l'hypnotisme. Les premiers sont représentés par les applications heureuses des effets de l'hypnotisme au traitement des accidents et complications de l'hystérie, de certains aliénés (les seuls maniaques ou délirants hystériques), à l'anesthésie en chirurgie et en obstétrique; telle est la *médecine hypnotique*. Quant aux dangers de l'hypnotisme, ils ne sont pas contestables, et M. Gilles de la Tourette, après les avoir analysés avec sagacité, déclare avec raison que le magnétiseur doit être rendu responsable légalement des accidents qu'il provoque.

L'hypnotisme et la loi, quatrième partie du livre, en est aussi le côté vraiment neuf, original, celui qui a dû coûter le plus de peine à l'auteur, et mérite donc le plus d'éloges. Le rôle que peut jouer l'*hypnotisme dans la perpétration des crimes et des délits* est attesté par plusieurs observations médico-légales; le viol commis sur un sujet en

---

la reine Stratonice; cette cure mémorable porta au loin sa réputation. Erasistrate, s'étant rendu à Alexandrie, abandonna la médecine pratique et s'adonna aux recherches anatomiques, partageant les travaux d'Hérophile, trouvant comme lui les vaisseaux lactés du chyle sur des chèvres qui venaient de manger. Erasistrate croyait d'abord que les nerfs avaient leur origine dans la dure mère, mais ses dissections lui firent reconnaître qu'ils provenaient de la substance même du cerveau, et il avoua son erreur. Il décrivit les circonvolutions, les anfractuosités cérébrales, les comparant avec celles des animaux. Il aperçut et nomma les valvules du cœur, triglochines, tricuspides et sigmoïdes, ayant pour usage de s'opposer au retour du sang. Ce fut Erasistrate qui rejeta l'opinion de Platon voulant que les boissons, au moins en partie, arrivassent dans les poumons par la trachée, et il distingua cette dernière des artères proprement dites en y joignant l'épithète τραχεῖα, âpre ou rude au toucher.

Erasistrate attribuait les pulsations artérielles au pneuma respiré par le poumon et qui les remplit, après avoir passé par les veines pulmonaires. Il y a un πνεῦμα ζωτικὸν pour le cœur, πνεῦμα ψύχικον pour le cerveau. Il savait que le sang jaillit de l'artère piquée, mais, disait-il, le pneuma subtil, échappé par l'ouverture, était de suite remplacé par le sang des veines voisines, ce qui fait voir qu'il connaissait les anastomoses des vaisseaux.

Pour Erasistrate, le corps est formé par une intrication de nerfs, de veines et d'artères, le sang apportant la nourriture, le parenchyme n'étant qu'un extravasat coagulé. La déviation des humeurs, l'erreur de lieu, produit l'altération des parties solides.

léthargie ou en somnambulisme est le cas qui s'est présenté le plus souvent jusqu'ici.

L'*exploitation du magnétisme* est bien curieuse : les cabinets de somnambules, les Sociétés de magnétisme et de spiritisme n'ont plus de secrets pour M. Gilles de la Tourette, qui nous fait bénéficier de ses excursions dans ce monde singulier; nous admettons volontiers avec lui que la loi doit surveiller de près les agissements de tous les exploiteurs du magnétisme, « la loi qui, comme le disait M. Ladame, très sévère quand il s'agit de la vente de quelques gouttes de laudanum, laisse impunément pratiquer les somnambules et les magnétiseurs! » Et pourtant, conclut l'auteur, « dans l'état actuel de notre législation, la justice est suffisamment armée contre l'exploitation de l'hypnotisme. Il suffit qu'on prenne la détermination de ne pas laisser violer ouvertement la loi, comme cela se pratique tous les jours, dans un but de lucre par des milliers d'individus. » — Allons, Thémis, ne laisse pas ton glaive se rouiller au fourreau! Et vous, mon cher collègue, continuez à nous donner des livres utiles et bien écrits comme ceux que vous avez signés jusqu'ici. Car, si la critique n'en est pas toujours aisée, la lecture en est certainement agréable. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Extirpation d'un volumineux lympho-sarcome du cou. Résection de la carotide primitive et de la jugulaire profonde. Guérison. Observation clinique du docteur Iginio Tansini, chirurgien en premier et directeur du grand hôpital de Lodi. — Un tisseur de Livraga, âgé de 60 ans, de bonne constitution, se présente à l'hôpital de Lodi, porteur d'une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, implantée à la base du cou du côté gauche, englobant toute la région carotidienne, une partie de la région sous-claviculaire avec irradiation en arrière jusqu'aux apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Il s'agissait d'un lympho-sarcome à développement rapide.

M. le docteur Tansini eut les plus grandes peines à disséquer cette masse énorme et à la séparer des parties profondes et des organes vasculo-nerveux de cette région périlleuse. Il dut lier les deux jugulaires et en faire la section. La carotide primitive

---

Autant la thérapeutique médicale d'Erasistrate était simple, consistant surtout en moyens hygiéniques, autant sa thérapeutique chirurgicale était hardie.

La dépouille mortelle d'Erasistrate fut déposée vis-à-vis de Samos, d'où le nom de Samien qui lui a été donné par plusieurs auteurs. L'étendue de ses connaissances et son austère probité lui attirèrent beaucoup d'amis et de disciples, il fut regardé comme le premier anatomiste et théoricien de son siècle. Cnide rivalisait toujours avec Cos.

Après ces deux maîtres alexandrins, je mentionnerai Eudème l'anatomiste, que Galien assure avoir pris part à leurs travaux. Eudème décrivit les os de la main et du pied, les apophyses styloïdes du temporal, qu'il a comparées aux ergots du coq. Il avait, dit-on, observé le pancréas et les franges des trompes utérines.

L'influence d'Alexandrie sur la marche de la science médicale fut considérable. Jusqu'alors, on avait fait de l'anatomie humaine pour ainsi dire par occasion; la curiosité scientifique des Ptolémée donna un vigoureux élan aux investigateurs sérieux. Les anatomistes étudièrent le corps de l'homme, non plus en coupant et en sectionnant presque au hasard, mais en disséquant dans un but méthodique, en cherchant exactement la situation, la configuration, les rapports des organes. Cette période admirable ne dura pas longtemps, le goût des recherches anatomiques s'affaiblit bientôt, Alexandrie vécut sur son passé, à peine trouve-t-on, plus tard, quelques noms à citer parmi les chercheurs, entre autres celui de Lycus (entre 130 et 170 ans après J.-C.), disciple de Quintus, qui est signalé comme anatomiste et commentateur d'Hippocrate. Après

©BIU Santé

était dénudée en partie par le néoplasme; il fallut la lier et en opérer la section. Tout cela ne suffit pas encore pour obtenir une hémostase complète; il devint nécessaire, dans le cours de l'opération, de jeter un fil sur les carotides externe et interne. Après quoi la tumeur finit par être isolée complètement, laissant à sa place un vide énorme au fond duquel fut placé un gros drain. Réunion par quelques sutures; pansement compressif par les moyens antiseptiques; finalement, guérison en moins de cinq semaines.

Rien de particulier ne survint à la suite de ce grand traumatisme; seulement, deux jours après l'opération, le blessé devint hémiplégique à droite, avec embarras de la parole, etc. La congestion veineuse produite par la ligature des jugulaires, et aussi la diminution de la vis *a tergo*, sont les causes de cet accident, qui céda, du reste, très promptement au traitement ordinaire par les émissions sanguines et les médicaments défervescents. (In *Gazzetta medica italiana Lombardia*, n° 1. Janvier.)

Les fous en Italie. — Il résulte du tableau dressé par les soins de la division de la santé, au ministère des affaires étrangères, qu'il existe actuellement dans la péninsule 35 provinces possédant des établissements d'aliénés et 32 qui en sont dépourvues. 18,000 malades coûtant à l'Etat la somme importante de dix millions de francs ont été traités en 1884. La moyenne des résultats obtenus est sensiblement la même qu'en France, si l'on en juge d'après la statistique générale. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 2.)

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance non officielle comprend :

Un rapport très détaillé adressé à l'Académie de médecine par M. le professeur Cantani (de Naples) sur l'application de la méthode pastorienne au traitement préventif de la rage.

On a dressé, à l'Institut clinique de Naples, trois statistiques des sujets soumis aux inoculations préventives :

---

les grandes écoles arrivèrent à Alexandrie les petites sectes et l'empirisme. Toutefois, les connaissances anatomiques avaient donné aux praticiens alexandrins une assurance inconnue jusqu'à eux. Ils portèrent le fer et le feu dans l'intérieur du corps humain; ils ouvraient les cavités splanchniques pour vider les abcès profonds, les liquides des plèvres; ils trépanaient hardiment les os du crâne. Les spécialistes taillaient les calculeux; Ammonius imagina de rompre dans la vessie une pierre trop volumineuse à l'aide d'instruments de son invention. Vous voyez que l'idée de la lithotritie est bien ancienne.

Alexandrie domina pendant plusieurs siècles, et Strabon, le géographe, qui vivait sous Auguste, rapporte qu'une génération avant la sienne, Smyrne possédait une École d'Erasistratéens, tandis qu'un Collège d'Hérophiléens existait présentement non loin de Laodicée, en Phrygie.

(*A suivre.*)

Prof[r] LABOULBÈNE.

MIXTURE CONTRE LA DYSENTERIE. — Delioux.

Ipéca pulv.	4	grammes.
Eau	300	—

Faites bouillir cinq minutes, filtrez, ajoutez à la liqueur :

Sirop d'opium	30	grammes.
Hydrolat de cannelle	30	—

A prendre par cuillerées d'heure en heure. — Ralentir en cas de nausées ou de vomissements. — N. G.

1° Individus mordus par des animaux chez lesquels la rage a été constatée expérimentalement : 21.

2° Individus mordus par des animaux jugés rabiques par l'observation des signes habituels de la rage ou par les documents vétérinaires : 41.

3° Individus mordus par des animaux simplement soupçonnés de rage : 7.

Tous ont guéri; la plupart ont passé la période ultime de l'époque dangereuse.

M. Riche présente, de la part de M. Henri Lajoux, professeur à l'Ecole de medecine de Reims, une brochure intitulée : *Recherches sur le lait.*

M. Trélat présente, au nom de M. le docteur Angelo Mangeri Romeo (de Catane), une brochure en langue italienne, *sur la résection de l'estomac.*

M. Cornil présente deux brochures de M. le docteur H. Leloir, professeur de clinique dermatologique et de syphiliographie à la Faculté de médecine de Lille, intitulée : 1° *Recherches sur la nature du lupus vulgaire;* — 2° *Recherches nouvelles sur les relations entre le lupus vulgaire et la tuberculose.*

M. Guyon offre en hommage le premier volume de l'*Atlas des maladies des voies urinaires* qu'il publie en collaboration avec M. le docteur Bazy. Ce premier volume contient une cinquantaine de planches relatives aux maladies de l'urèthre et de la prostate.

M. Lancereaux met sous les yeux de l'Académie une pièce pathologique provenant d'une jeune femme de 22 ans, accouchée le 20 novembre dernier et qui entra dans le service de M. Lancereaux le 2 décembre suivant avec une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Quelques jours après se manifesta une phlegmatia alba dolens du membre inférieur droit.

A la fin de décembre, les urines qui n'avaient jusqu'alors rien presenté de particulier, devinrent albumineuses; puis il survint tout à coup de l'oppression, et l'auscultation révéla dans le poumon gauche un bruit de souffle caractéristique d'un infarctus de cet organe.

Vers le 12 janvier dernier, la malade éprouva un refroidissement intense dans les deux membres avec taches violacées indiquant une oblitération des artères. Elle succomba rapidement.

A l'autopsie, on a constaté :

1° Une phlébite des sinus utérins propagée aux veines utéro-ovariennes, puis aux veines rénales; la phlébite a gagné ensuite, par les veines hypogastriques, la veine iliaque interne et la veine cave inférieure.

2° Mais la particularité la plus intéressante de cette observation et la plus curieuse dont M. Lancereaux n'avait pas encore observé d'exemple, est la propagation de la phlébite aux artères. Cette propagation s'est faite, dans ce cas, de la veine rénale à l'artère rénale; de l'artère rénale elle s'est propagée à l'aorte. Cette propagation dans les artères s'est faite de haut en bas, dans le sens du courant sanguin, contrairement au mode de propagation dans les veines qui se fait de bas en haut, également suivant le sens du courant sanguin.

Cette propagation permet de supposer qu'il y a eu ici introduction d'un agent infectieux, qui s'est propagé des veines aux artères, soit par les capillaires, soit par contact de la veine à l'artère rénale.

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle tout à fait inattendue de la mort de M. Gallard, l'un de ses membres titulaires. Les obsèques de M. Gallard auront lieu demain mercredi, à midi, à l'église Saint-Roch.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission, par l'organe de son rapporteur, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Prunier; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Marty et Moissan; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Beauregard, Petit, Yvon.

©BIU Santé

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36, M. Prunier obtient 53 voix (élu); M. Marty, 9; M. Moissan, 4; M. Yvon, 3; M. Chastaing, 1.

— M. Proust donne lecture d'un travail *sur la désinfection à bord*. Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Les mesures d'assainissement et de désinfection exécutées à bord, sous la direction d'un médecin instruit et indépendant des Compagnies de navigation, rendront souvent inutiles les quarantaines dites d'observation, surtout lorsqu'il s'agit de longues traversées.

« 2° Ce qui vient de se passer sur le *Mytho* établit que la *désinfection à bord* n'est pas seulement une mesure théorique, mais qu'elle peut être complètement réalisée.

« 3° La présence, dans ces dernières années, du choléra à bord d'un certain nombre de navires provenant de l'Extrême-Orient, la façon dont les autorités anglaises de l'Inde interprètent les conditions sanitaires des ports indiens (Bombay, Calcutta), l'absence de valeur à accorder aux patentes délivrées sur de pareilles bases, rendent tout à fait indispensable la pratique à bord des mesures d'assainissement et de désinfection.

« 4° Une inspection médicale sérieuse à Suez et des mesures d'assainissement et de désinfection adaptées à l'état des navires sont également nécessaires.

« 5° Les ports principaux qui, depuis dix ans, ont donné lieu à l'exportation du choléra par des navires venant de l'Extrême-Orient vers l'Occident, et qui par suite doivent être l'objet d'une surveillance plus attentive, sont : les ports de l'Inde anglaise; en première ligne, Bombay, puis Calcutta, Moulmsaïd et Basseim (Birmanie anglaise); Kurat-chi (aux bouches de l'Indus); Saïgon (Cochinchine française) et quelques autres ports des possessions françaises de l'Extrême-Orient. Enfin, plus récemment (en 1885), les deux grands ports de la Chine et du Japon, Shanghaï et Yokohama.

« 6° Les provenances de certaines régions de l'Amérique du Sud, si souvent déjà suspectées au point de vue de la fièvre jaune, doivent être également surveillées en ce moment au point de vue du choléra. »

— M. Panas fait une communication très intéressante *sur la nutrition du globe de l'œil*. L'heure du comité secret interrompt cette communication, dont la suite est renvoyée à la prochaine séance et dont nous donnerons alors le résumé.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lacaze-Duthiers sur les candidats au titre de membre associé libre.

FORMULAIRE

Désinfection des chambres. — Konig.

Les fenêtres de la chambre infectée étant bien closes, on dispose 50 à 60 grammes de sublimé corrosif sur une palette ; on place cette dernière sur un réchaud, puis on quitte rapidement la chambre, dont on referme la porte. Le bichlorure de mercure se volatilise rapidement au contact du feu, et la chambre est remplie de ses vapeurs pendant 3 ou 4 heures. Au bout de ce temps, on y pénètre, en maintenant un mouchoir devant le nez et la bouche ; on ouvre les fenêtres, et on laisse l'aération se produire pendant quelques heures. — Cela fait, les fenêtres et la porte sont de nouveau fermées, et pour empêcher les vapeurrs mercurielles qui restent d'être nuisibles, on volatilise du soufre dans la chambre, suivant la méthode ordinaire. Après cette dernière opération, le local primitivement infecté doit être lavé et aéré de nouveau et peut alors être habité.

N. G.

COURRIER

Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées, en récompense d'actes de courage et de dévouement accomplis en Algérie, aux personnes dont les noms suivent :

Médailles d'or de deuxième classe. — M. le docteur Chevalier, à Constantine.

Médailles d'argent de deuxième classe. — M. Jaubert, médecin de colonisation, à Duperré.

Mentions honorables. — MM. Azoulay et Mohamed ben Youssef, internes en médecine, à Mustapha ; Giraud, interne en pharmacie, à Mustapha.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Morvan, ancien interne des hôpitaux, décédé à l'âge de 65 ans, et Crévau (de Villedommange).

LA CHIRURGIE RÉPARATRICE A L'ACADÉMIE FRANÇAISE. — L'Académie française vient d'accorder une médaille de 1,000 francs sur le fond Honoré de Sussy aux époux Rabaud (de Saintes), dans la Charente-Inférieure. « Ces braves gens, dit M. Caro, ont fait très simplement pour leur enfant malade, un sacrifice qu'ils n'auraient pas accompli pour l'enfant d'une autre famille. Cela n'enlève rien à la beauté de leur acte, mais cela aide à le comprendre. Qu'une fausse délicatesse ne vous empêche pas d'entendre les détails qui ont ému l'Académie. Il y a là, d'ailleurs une application nouvelle de dévouement paternel et maternel à un cas médical, c'est je crois, le premier cas de ce genre qui se rencontre dans nos annales du bien. Un des enfants des époux Rabaud fut horriblement brûlé depuis la poitrine jusqu'aux genoux ; la plaie du ventre seule pouvait entraîner la mort. Il fallut essayer la greffe épidermique ; le père et la mère s'offrirent du même élan pour que le médecin pût immédiatement prendre sur eux les greffes nécessaires ; cinq grandes furent prises sur le père, vingt-deux plus petites sur sa femme. Ni l'un ni l'autre n'avaient hésité un instant ; l'opération réussit. L'enfant fut malade pendant quatorze mois ; il guérit plus tard que ses parents, mais enfin il guérit. Le père et la mère ne s'étaient pas séparés dans leur sanglante offrande, nous n'avons pas voulu les séparer dans la proclamation d'un dévouement égal. » (*Lyon médical.*)

DOCTEURS EN MÉDECINE REÇUS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886. — Le nombre des docteurs en médecine reçus en 1885-1886 est de 546, en diminution de 29 sur l'année précédente. Voici d'ailleurs les diplômes conférés par les six Facultés de médecine pendant les quatre dernières années :

	1882-83	*1883-84*	*1884-85*	*1885-86*
Bordeaux	44	47	36	77
Lille	20	18	12	12
Lyon	43	53	56	42
Montpellier	69	70	73	62
Nancy	21	18	22	17
Paris	465	384	376	336
	662	390	575	546

La diminution constatée en 1885-1886 eût été bien plus considérable, n'était la nouvelle organisation du service de santé de la marine qui impose aux médecins non docteurs de ce service de se pourvoir du diplôme de docteur dans un temps relativement court. Aussi pourrions-nous citer telle Faculté de province qui a conféré à des médecins de la flotte un tiers des diplômes délivrés dans l'année.

(*Lyon médical.*)

LYON. — L'Association générale des étudiants des Facultés de l'État de Lyon est définitivement constituée. Les statuts sont presque entièrement conformes aux statuts de l'Association de Paris. L'Association admet, outre les membres *actifs* et les membres d'honneur, des membres *donateurs* et des membres *associés*. Les associés sont les anciens membres actifs, les donateurs sont ceux qui versent une souscription. Ce sont précisément ces deux catégories de membres qui dans l'Association de Paris sont confondues

©BIU Santé

sous le nom de membres honoraires. Les membres d'honneur de Lyon sont le recteur et les professeurs. La cotisation est de 12 francs. Le comité se compose de 12 membres.

Collège de France. — M. Jules Offret est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques, en remplacement de M. Bourgeois, démissionnaire.

Allemagne. — Un article du professeur F. Conrad, dans l'*Allgemeine Zeitung* du 4 janvier, sur les *Dangers d'un prolétariat cultivé*, contient des renseignements intéressants sur l'organisation des bourses (*stipendien*) dans les Universités d'Allemagne. — Il y aurait en ce moment, sans compter Strasbourg, plus de 520,000 marcks (650,000 fr.) distribués annuellement en bourses aux étudiants rien que par les États et les Universités, sans compter les bourses données par les communes et particuliers et dont le total s'élève peut-être à une somme égale. — La plus grande partie de ces secours sont attribués aux étudiants en théologie qui par tout pays sont les plus pauvres. A Halle, sur 1,300 étudiants réguliers, environ 426 reçoivent des secours. — L'organisation de ces bourses est très défectueuse. On y relève surtout deux vices qui rendent l'institution dangereuse : 1° Les secours sont beaucoup trop disséminés, il y en a de 20 ou 25 marcks par semestre, que l'étudiant ne peut regarder que comme des « aumônes ou des pourboires ». L'étudiant est obligé d'en réunir un grand nombre pour pouvoir vivre, et il est obligé de les « mendier » de côté et d'autre ; 2° les secours sont donnés sur une attestation d'indigence sans tenir compte de la valeur des étudiants qui les sollicitent. — L'auteur de l'article propose que les petits secours soient réunis de façon à former une bourse d'au moins 300 marks et qu'une bourse ne soit accordée à un étudiant qu'après qu'il se sera montré capable d'en profiter. C'est sur ces principes que repose l'organisation des bourses dans les Facultés françaises des lettres et des sciences.

(*Revue internationale de l'enseignement.*)

Université de Berlin. — L'Université a cet hiver 5,357 étudiants. C'est le chiffre le plus élevé qui ait été atteint par une Université allemande. Il y a eu 2,230 entrées contre 1,164 sorties. Le chiffre se répartit ainsi :

Théologie, 794. — Droit, 1,282. — Médecine, 1,297. — Philosophie, 1,984. (Paris a plus de 10,000 étudiants ; les deux Facultés des lettres et des sciences qui correspondent à la Faculté de philosophie allemande ne comptent encore que 1,400 étudiants.)

Les étudiants sont en très grande majorité Prussiens (4,062), le reste de l'Empire n'en fournit que 740. Il y a en tout 381 étrangers, 198 Russes, 87 Autrichiens, 80 Suisses, 149 Américains. — Parmi les étudiants de philosophie, 715 sortent d'un gymnase, 402 d'un *realgymnasium*, 346 n'ont pas encore de certificat de sortie et doivent en prendre un dans le délai de trois semestres. Il ne faut pas oublier que les études d'une *realschule* ou d'un *realgymnasium* correspondent non pas, comme on le croit trop généralement en France, aux études de notre enseignement spécial, mais bien aux études de nos classes de mathématiques élémentaires ; les étudiants munis des diplômes de sortie d'une realschule correspondent donc à nos *bacheliers ès sciences*.

Outre les étudiants, l'Université admet 1,523 auditeurs.

Le nombre des professeurs de tout ordre (y compris les privatdocenten) s'élève à 288 ; (Théologie 16, Droit 22, Médecine 103, Philosophie 147).

(*Revue internationale de l'enseignement.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 février 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Wickham : De la cure radicale du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. — 2. M. Trousseau : Pseudo-atrophies de la papille. — 3 M. Desnos : Deux observations d'étranglement intestinal survenu au cours d'une colique néphrétique. — 4. Vote sur la candidature de M. Thiry (de Bruxelles).

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Charles MAURIAC : Fréquence et chronologie de la syphilis tertiaire. — II. FOVILLE : Discours prononcé sur la tombe de M. le docteur Gallard au nom de l'Association générale des médecins de France. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de médecine de Paris. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Causerie bibliographique. — VI. FORMULAIRE.

Fréquence et chronologie de la syphilis tertiaire

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

I

Parmi tant de questions obscures qu'on rencontre à chaque instant dans l'histoire de la syphilis tertiaire, il en est une, celle de la fréquence, sur laquelle il semblerait, au premier abord, qu'il fût facile de se prononcer.

Il n'en est rien, cependant. Aucune statistique valable ne permet d'y répondre.

Parmi tous ceux qui contractent la syphilis, il y en a relativement un petit nombre qui aboutissent au tertiarisme. Voilà tout ce qu'on peut dire. Quant à fournir une proportion relative exacte, la chose me paraît aujourd'hui tout à fait impossible.

Pour arriver à un résultat positif, il faudrait qu'une statistique, embrassant un nombre très considérable de syphilis, contractées à peu près au même moment et dans le même milieu, pût suivre les individus jusqu'à leur mort. Et encore elle serait passible de certaines objections ; car, pour ceux d'entre eux dont la durée moyenne de l'existence serait abrégée par une cause étrangère à la syphilis, on aurait le droit de se demander si, ayant vécu plus longtemps, ils ne seraient pas devenus tertiaires.

Les conditions d'une statistique ayant devant elle, pour asseoir son autorité et grandir son exactitude, un nombre très considérable de cas authentiques, avec l'observation exacte, rigoureuse et persévérante de tous les événements syphilitiques qu'auraient présentés ces cas jusqu'à l'apparition

FEUILLETON

CAUSERIE BIBLIOGRAPHIQUE.

La peur, par A. Mosso; trad. franç. par M. Félix HÉMENT, librairie F. Alcan. — *Vocabulaire médical allemand français*, par M. L. HAHN, librairie G. Steinheil.

La peur est une maladie comme une autre; elle a comme point de départ une perception extérieure, et comme aboutissant le cerveau, qui, réagissant à son tour, met en mouvement ou en paralysie un ou plusieurs de nos organes. C'est ce que M. Mosso a parfaitement mis en lumière en étudiant d'abord la physiologie du cerveau au point de vue psychologique encore plus qu'au point de vue physiologique pur, puis en montrant toutes les modifications qui se passent dans le cerveau d'abord, puis dans les organes plus ou moins éloignés, sous l'influence des perceptions extérieures.

La peur se manifeste de diverses manières : par les battements accélérés du cœur, les mouvements précipités de la respiration, le tremblement des membres, différentes expressions de la face, tous phénomènes qui peuvent se produire dans des conditions tout autres. M. Mosso en rapporte des exemples très curieux. Il cite le suivant pour démontrer que c'est dans la peur que le tremblement se manifeste de la manière la plus marquée.

Quand il était médecin militaire dans la Calabre, il dut assister à l'exécution som-

©BIU Santé

du tertiarisme ou jusqu'au terme normal de la vie : ces conditions-là sont presque irréalisables.

Et puis, combien n'y a-t-il pas d'affections viscérales qu'on rattache encore à la pathologie commune et qui ont une origine syphilitique?

Par contre, et en vertu d'une sorte de réaction qui va toujours au delà de son but, n'est-on pas trop enclin aujourd'hui à mettre sur le compte de la syphilis des viscéropathies qui lui sont étrangères?

La clientèle particulière des syphiliographes ne leur permet d'apporter à la solution de ce problème aucun élément numérique assez compréhensif, assez général pour faire autorité. Elle peut donner des faits bien et longuement observés ; mais, si vaste qu'elle soit, elle pêche par l'insuffisance du nombre.

D'autre part, plus ce nombre serait considérable et plus il devrait être tenu en suspicion? Car, où vont, en effet, les cas graves de syphilis, sinon chez les syphiliographes les plus répandus, ou chez ceux qui se sont occupés plus particulièrement de telle ou telle affection syphilitique tertiaire? Leurs statistiques donneraient donc, en faveur du tertiarisme, des résultats exagérés dans un sens ou dans un autre, ou bien une proportion générale beaucoup plus grande qu'elle ne l'est en réalité.

La clientèle hospitalière nous fournira-t-elle des documents plus dignes de confiance, pour établir sur une base statistique à peu près certaine, la fréquence de la syphilis tertiaire par rapport à la syphilis primitive et à la syphilis secondaire ?

Assurément nous trouvons dans nos hôpitaux spéciaux et même dans les hôpitaux consacrés aux maladies communes, une grande masse de faits, qui n'ont point été triés, qui se présentent à nous par la force des choses et traduisent la réalité mieux que ne le fait l'espèce de sélection qu'impose la clientèle privée. Mais, là encore, rien de précis, rien de positif sur cette question ; rien qui permette d'exprimer la fréquence du tertiarisme par une formule numérique (1).

(1) J'espérais trouver dans les hôpitaux de Paris les éléments d'une statistique, mais

maire de quelques brigands. « Un major procédait à un court interrogatoire, puis, se tournant vers le capitaine, il ne disait que ces mots : « Fusillez-le ». Quelques-uns restaient abasourdis du coup, avec la bouche largement ouverte, pétrifiés; d'autres semblaient indifférents. Je me souviens d'un garçon qui avait à peine 20 ans ; à quelques interrogations qu'on lui fit, il répondit d'abord en balbutiant confusément, puis resta muet, fit le geste de celui qui s'apprête à éviter le coup fatal en soulevant le bras, la paume de la main ouverte, le cou entré dans les épaules, la tête oblique, le tronc plié en arrière sur l'un des flancs. Quand il entendit la parole terrible, il poussa un cri aigu, déchirant, effroyable, regarda autour de lui comme pour chercher avidement quelque chose, puis fit un tour en arrière pour fuir et alla se frapper contre un mur de la cour avec les bras étendus, se tordant, grattant la pierre comme s'il eût voulu y pénétrer. Après quelques efforts, des cris et des contorsions, il tomba comme une masse, sans mouvement, semblable à un chiffon mouillé ; il était pâle et tremblait comme je n'ai jamais vu trembler personne, on eût dit que ses muscles étaient une gélatine molle et flottante. »

La peur étant une maladie, il faut la soigner ; il faut même en prévenir les effets, et, à ce propos, M. Mosso donne d'excellents préceptes sur le danger qu'il y a à effrayer les enfants et sur la nécessité d'éviter cette coutume déplorable.

« Ce n'est pas seulement la mère, dit-il, la nourrice, les domestiques, mais les générations qui ont contribué à dénaturer le cerveau de l'enfant avec la barbarie des sauvages qui déforment la tête de leurs enfants sous prétexte de l'embellir.

Un des maîtres les plus éminents de la syphiliographie moderne, non seulement en France et dans l'Ecole de Lyon qu'il a illustrée, mais partout où la science médicale est le plus cultivée, M. le professeur Rollet, a bien voulu me faire connaître sa manière de voir sur cette importante question de la fréquence relative du tertiarisme. Je la tiens en si haute estime que je cite textuellement et presque en entier la lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire :

« Les malades de ma clientèle, que je traite suivant les bons principes et « que je puis suivre pendant une assez longue suite d'années, ne présentent

---

je n'ai pas pu parvenir même à en ébaucher une. A l'hôpital Saint-Louis, par exemple, où il y a certainement la plus forte proportion de syphilis tertiaires, on a coutume de ne pas désigner sur la pancarte des malades la phase de la maladie. On met simplement au diagnostic : Syphilis. Il en est ainsi dans presque tous les autres hôpitaux.

Cependant, grâce à l'obligeance de mon ami, M. le docteur Ernest Besnier, je puis fournir quelques documents statistiques sur le nombre des syphilitiques qui sont traités chaque année par lui à l'hôpital Saint-Louis. Voici la note qu'il a bien voulu me communiquer :

« Je reçois, en moyenne, par année, dans mon service de Saint-Louis :

« 120 malades atteints de syphilis primitive et secondaire,

« Et 200 malades atteints de syphilis tertiaire.

« En outre, un nombre à peu près égal de malades est soigné dans mon service policliniquement, soit au spéculum, soit à la consultation. Parmi les malades de la consultation externe et de la policlinique, ce sont surtout les primitifs et les secondaires qui dominent. »

Dans les six services de l'hôpital Saint-Louis, il se traiterait donc en moyenne chaque année 1,200 syphilis tertiaires.

A l'hôpital du Midi et à Lourcine, la proportion est beaucoup moins considérable. Ces deux hôpitaux réunis ne donnent pas une pareille moyenne de cas tertiaires. Dans les autres hôpitaux de Paris, les cas de tertiarisme viscéral sont relativement rares. Par conséquent la pratique hospitalière ne fournit, en somme, chaque année, qu'un nombre assez restreint de syphilis tertiaires, peut-être 1,800 à 2,000 au plus. Dans la pratique civile il y en a incomparablement moins.

Les enfants de la Grèce et de Rome étaient déjà effrayés par les Vampires qui suçaient le sang, par les Cyclopes et par un Mercure noir qui venait pour les voler.

Ce détestable mode d'éducation n'a pas encore disparu; on fait toujours peur aux enfants avec Croquemitaine, avec des histoires de monstres imaginaires, de revenants, de loups garous, de magiciens et de sorciers.

A tout moment on dit aux enfants : « Celui-ci va te manger, celui-là va te mordre; appelez le chien; voici le ramoneur », et cent autres peurs qui leur font venir de grosses larmes et dénaturent leur gentil caractère, en rendant leur vie inquiète, en les troublant par d'incessantes menaces, par une torture qui les laisse pour toujours timides et faibles.

L'imagination des enfants est autrement vive et excitable que celle des adultes. Quand un enfant est déjà naturellement peureux, il vaut mieux ne pas le laisser dans l'obscurité et mettre dans sa chambre une lumière, afin que, s'il s'éveille, il reconnaisse tout de suite le lieu où il se trouve, et que les fantômes ne prennent pas l'apparence de la réalité. L'œil de l'enfant, beaucoup plus que le nôtre, donne aux objets les plus usuels l'aspect de spectres qui le poursuivent. Les contes qu'on leur fait le soir, les émotions à la tombée de la nuit, se reproduisent certainement dans leurs rêves. »

Quant aux maladies causées par la peur chez les adultes, elles sont innombrables, surtout celles qu'on lui attribue. Si l'on devait rapporter les noms des maladies que l'on croit produites par la peur, on y trouverait la table des matières d'un traité de pathologie. La rage elle-même y figurerait, car la peur peut à elle seule donner lieu à

« des accidents tertiaires que très exceptionnellement. J'ai estimé autrefois « approximativement à *moins* de 5 p. 100 la proportion de ces accidents. « Je connais d'anciens syphilitiques en très grand nombre, placés dans « ces conditions, qui n'ont eu que des accidents primitifs et secondaires « très légers ; ils ont pu se marier, avoir des enfants et même des petits- « enfants, sans transmettre aucune trace de maladie, ni aux uns, ni aux « autres.

« Les malades de l'Antiquaille, dont les uns ont négligé leur maladie « avant d'y entrer, et dont la plupart n'ont fait que des traitements incom- « plets, figurent au contraire dans les statistiques, avec une proportion « d'accidents tertiaires d'environ 15 p. 100. Mes statistiques, sous ce « rapport, sont conformes à celles de mes confrères. On traite à l'Anti- « quaille, annuellement, dans le service des hommes, 300 ou 400 syphili- « tiques, et, dans le nombre, il y en a 45 à 60 qui sont cotés comme ter- « tiaires.

« La proportion des accidents tertiaires est bien plus forte chez les « malades tout à fait abandonnés à eux-mêmes, sans traitement. Dans « les endémo-épidémies de syphilis dont divers pays ont eu à souffrir, chez « des populations misérables, peu civilisées, dénuées de secours médicaux, « les accidents tertiaires sont très fréquents, très précoces et très graves.

« Je crois donc que, dans cette question, il faut tenir le plus grand « compte de la *médication*. Abandonnée à elle-même, la syphilis parcourt, « dans beaucoup de cas, peut-être dans la majorité, son évolution intégrale. « Mais, à ce sujet, on n'a que des présomptions ; les statistiques manquent.

« Au contraire, lorsqu'elle est traitée, bien traitée, la syphilis est presque « toujours réduite à ces deux phases : primitive et secondaire. On n'observe « des accidents tertiaires que chez les malades dont le traitement a été peu « méthodique ou incomplet.

« Voilà ce que m'ont enseigné mon expérience personnelle et l'étude des « observations recueillies par nos devanciers ou nos contemporains sur la « syphilis depuis son origine. Je ne crois pas que la maladie se soit beau-

---

des phénomènes qui ressemblent en tous points à ceux de la rage. Bosquillon croyait que la peur était l'unique cause de la rage et non la morsure ou la salive du chien. Chomel raconte à ce sujet le curieux fait suivant :

Un médecin, après avoir fait l'autopsie d'un homme mort de la rage, avait tellement peur de s'être infecté qu'il en perdit l'appétit et le sommeil. Il prit en horreur tous les liquides, et quand il s'efforçait de boire, il éprouvait à la gorge une sensation de resserrement qui le suffoquait. Pendant trois jours, il erra dans les rues en désespéré. Ses collègues et ses amis, se doutant que c'était un effet de l'imagination, firent tous leurs efforts pour lui persuader qu'il obéissait à un préjugé, et à force de le garder avec eux, ils le détournèrent de cette pensée et il guérit.

A l'inverse de ce médecin peureux, voici un autre fait d'un médecin courageux qui guérit un malade enragé de peur. Ce médecin fut appelé pour un malade atteint de la rage, après que ses collègues eurent déclaré qu'il n'y avait aucun espoir de guérison. Après l'avoir examiné attentivement, il le baisa sur la bouche pour lui prouver qu'il n'avait pas la rage, et le malade guérit.

On n'en finirait pas si l'on voulait raconter toutes les histoires de maladies causées ou guéries par la peur, depuis le fils de Crésus, auquel une frayeur violente rendit la parole, jusqu'à cette jeune fille de 13 ans qui la perdit de peur en tombant sous une voiture.

Je ne puis que citer, pour engager nos lecteurs à le lire, le dernier chapitre sur la transmission héréditaire et l'éducation, celle-ci pouvant corriger les mauvais effets de

« coup modifiée depuis qu'elle nous est venue d'Amérique; mais ma con-
« viction profonde est que nous sommes armés de puissants moyens, soit
« pour la guérir radicalement, soit pour en atténuer les effets. A nous de
« bien nous en servir. »

Un autre maître en syphiliographie dont l'autorité est aussi très grande, M. Diday (de Lyon), à qui j'ai également demandé son avis sur la fréquence du tertiarisme, a bien voulu me répondre. Voici quelques extraits de sa lettre :

« Je n'ai jamais pris de notes capables de me servir à édifier une statis-
« tique valable sur le nombre relatif des tertiaires. J'avais autrefois porté
« par approximation ce chiffre à 6 p. 100, mais je crois qu'il devrait être au
« moins doublé. »

« Nous savons tous, d'ailleurs, continue l'éminent syphiliographe, que
« ce mot tertiaire est vague, que sa compréhension, dont chacun fixe arbi-
« trairement les limites, est antiscientifique. En causant avec mes collègues
« de l'Antiquaille, avant le Congrès de Grenoble de 1885, où nous nous
« occupions de créer une section de dermato-syphiliographie, j'avais pro-
« posé une question dont le sens eût été compris de tous les praticiens :
« Des véroles qui *tournent mal;* leurs origines, leurs avant-coureurs, leur
« évolution et leur traitement. » Cette idée pourra être reprise dans un
« prochain Congrès; à mon sens, elle comprend toute la pathogénie de la
« syphilis. C'est avouer que celui qui l'a posée se chargerait bien de la
« traiter, mais non de la résoudre. » Lyon, 7 avril 1885.

Je serais porté, moi aussi, à admettre, comme les deux syphiliographes de Lyon, que la proportion des syphilitiques qui aboutissent au tertiarisme doit osciller entre 5 et 15 à 20 p. 100.

J'ai fait autrefois, vers 1876-77-78, beaucoup de statistiques sur la contagion des maladies vénériennes dans la ville de Paris. Elle me conduisirent à rechercher quel était à peu près le nombre de syphilis qui se contrac-

---

celle-là. C'est un chapitre que les philosophes pourront lire avec autant de profit que les physiologistes et les médecins.

*
* *

M. le docteur Hahn a rendu un véritable service au public médical en publiant son *Vocabulaire allemand-français*. Si fidèle que soit une traduction, il est toujours dans son essence de trahir quelquefois la pensée de l'auteur, et chacun se rappelle les erreurs colossales qu'on se transmet de génération en génération; de plus, les traductions sont forcément restreintes à un petit nombre d'ouvrages; aussi, en présence de l'extension donnée à la littérature allemande, les travailleurs s'efforcent-ils de lire eux-mêmes cette littérature dans l'original. Mais, jusqu'alors, il n'existait pas de dictionnaire purement médical, de vocabulaire donnant la signification littérale des mots qui nous paraissent toujours un peu bizarres, tellement ils diffèrent des mots français. Personne n'était plus en mesure que M. Hahn de remplir cette lacune; ayant beaucoup lu, fait de nombreuses recherches dans la littérature médicale allemande, qu'il connaît à fond, il avait été forcément frappé du défaut de concordance qui existe entre les deux langues, et il n'avait pas tardé à comprendre l'utilité qu'il y avait à réunir dans une sorte de tableau, en regard l'une de l'autre, la terminologie française et la terminologie allemande; de là à prendre des notes au fur et à mesure de ses lectures et à en faire un vocabulaire, il n'y avait qu'un pas; et bon nombre de chercheurs lui en devront une grande reconnaissance.

©BIU Santé

taient tous les ans dans cette ville. J'arrivai à une moyenne de 5,000. C'est un chiffre qui est très approximatif, et je crois qu'aujourd'hui il serait exagéré, car la syphilis a considérablement diminué depuis trois ou quatre ans. Mais, peu importe pour la proportion que nous voulons établir.

Admettons qu'il se contracte tous les ans, à Paris, 5,000 syphilis.

« Au bout de dix ans, disais-je alors, il y en aurait 50,000, si la mort ou le mouvement d'importation et d'exportation d'une denrée pathologique, dont le transit est si facile, ne dérangeaient pas cette accumulation progressive.

« Mais les dix années antérieures ayant jeté dans la population le même nombre de syphilitiques, voyez à quel énorme chiffre on aboutirait ! Il est impossible de dire combien il y a actuellement, à Paris, de gens ayant ou ayant eu la vérole, et je ne donne là que des à peu près. Si on vous avait demandé à brûle-pourpoint, avant cette leçon, quel était le nombre de syphilitiques à Paris, vous auriez été sans doute fort embarrassés. Peut être le seriez-vous un peu moins maintenant? Je vous ai fourni quelques jalons, voilà tout. »

Eh bien, je voudrais pouvoir fournir de pareils jalons pour la fréquence de la syphilis tertiaire.

Calculons, afin d'y arriver — tout à fait approximativement, ai-je besoin de vous le dire? — calculons sur la moyenne de 50,000 syphilitiques de tout âge, de toute condition, formant, dans l'ensemble de la population parisienne, une catégorie de malades en permanence et sensiblement la même à toute les époques.

Si, sur ces 50,000 syphilitiques, 20 p. 100 devenaient tertiaires, nous en aurions tous les ans un total de 10.000.

Ne vous semble-t-il pas que ce chiffre-là est très exagéré et hors de proportion avec ce que nous montrent la clientèle privée et la clientèle hospitalière?

Cette première édition est-elle parfaite? Non, sans doute; il y manque certains mots que chacun s'empressera de signaler à l'auteur; des dispositions meilleures seront prises, et nous les retrouverons bientôt sans doute dans une nouvelle édition, revue, augmentée et corrigée. L.-H. Petit.

Injection antiblennorrhagique. — Weiss.

Sulfate de quinine	1 gramme.
Glycérine	25 grammes.
Eau distillée	75 —
Eau de Rabel	q. s.

Faites dissoudre, pour des injections qui devront être prises tièdes, autant que possible. On fait, par jour, trois séances d'injection, chaque séance comportant trois injections. — Ne pas interrompre le traitement dès que l'écoulement est arrêté, de crainte des récidives. — N. G.

Peut-être que la moitié, c'est-à-dire 5,000 cas de syphilis tertiaire, serait encore au-dessus de la réalité.

En prenant la proportion de 5 p. 100, on arriverait à 2,500 syphilitiques tertiaires. Dans une ville comme Paris, est-ce trop ou trop peu? — Je crois que c'est trop peu.

Choisissez parmi les trois chiffres que je viens de vous donner.

Ce sont des calculs qui, sans être de pure fantaisie, n'ont aucune prétention à une exactitude rigoureuse. Si je vous les soumets, c'est pour vous montrer quels résultats on obtient quand on applique telle ou telle proportion à un nombre très considérable de cas. A défaut d'autres renseignements, ces chiffres peuvent un peu nous éclairer.

Mais pour vérifier l'exactitude de ces calculs, il faudrait d'abord supputer le nombre de syphilitiques atteints d'accidents d'ordre tertiaire, qui sont soignés chaque année dans les hôpitaux spéciaux et dans les autres, et ne tenir compte que de ceux dont le tertiarisme est récent, car on voit beaucoup de tertiaires qui, pendant des années, roulant d'hôpital en hôpital, pourraient faire illusion sur le nombre.

Il faudrait rechercher aussi quels sont ceux qui entrent, pour n'en pas sortir, dans les asiles d'aliénés ou d'incurables. Et puis resteraient encore à supputer les syphilis tertiaires qui appartiennent à la clientèle privée. Là, les difficultés sont encore plus grandes que pour la clientèle hospitalière.

Ainsi, il est extrêmement difficile de répondre à cette question : Sur 100 syphilis, par exemple, combien y en a-t-il qui deviendront tertiaires, ou qui *tourneront mal*, pour employer une expression très juste de M. Diday?

Sera-ce 5, 10, 15, 20?

Pas plus de 20, je ne crois pas. Mais certainement pas moins de 5.

Peut-être que 8, 10, 12, 15 donneraient une moyenne assez exacte.

Il serait d'une importance très grande d'être fixé sur la fréquence du tertiarisme. Qu'on songe, en effet, à toutes les incertitudes que présente le pronostic de la syphilis à ce point de vue de l'éventualité des accidents tertiaires.

Dans la grande majorité des cas, nous ne savons à quoi nous en tenir sur un avenir prochain ou éloigné, alors même que nous tenons compte de tous les éléments qui nous sont fournis par le malade lui-même et par sa maladie. Nous en sommes réduits à nous dire dans les cas ordinaires : c'est une affaire de chance; il est probable que tel ou tel malade échappera au tertiarisme, parce que ce dernier est relativement peu fréquent par rapport à l'ensemble des syphilis qui *tournent bien*. C'est un calcul de probabilité, mais malheureusement les statistiques sur lesquelles nous pourrions le baser sont encore trop vagues et trop incomplètes.

(*A suivre.*)

Discours prononcé sur la tombe de M. le docteur Gallard au nom de l'Association générale des médecins de France

Par M. le docteur Foville, secrétaire général.

Messieurs,

L'Association générale des médecins de France doit un dernier hommage de sympathie et d'affection au docteur Gallard qui a été, pour elle, un des plus vaillants ouvriers

©BIU Santé

de la première heure, et qui, jusqu'à son dernier moment, est resté son partisan convaincu, son défenseur militant.

A défaut de notre vénéré président, M. le docteur Roger, qui regrette de n'avoir pu lui-même apporter sur cette tombe, inopinément ouverte, le tribut de reconnaissance et de regret du Conseil général, permettez-moi de tracer en quelques mots les services rendus à notre grande œuvre de solidarité confraternelle, par l'infatigable travailleur que nous pleurons.

Gallard a été, vous venez de l'entendre, un pathologiste expérimenté, un clinicien plein de finesse; il a étudié sous toutes leurs faces les questions si multiples et si complexes qui relèvent de la médecine légale et de l'hygiène; mais, en même temps, il s'est occupé, sans relâche, de tout ce qui était relatif aux intérêts professionnels du corps médical; sa sollicitude pour tout ce qui pourrait contribuer à faire de ce corps une puissante corporation, honorable et honorée, ne s'est jamais démentie.

Aussi était-il de ceux qui devaient, au premier signal, prendre l'intérêt le plus actif aux projets de création de l'Association; attaché par les liens d'une intime collaboration à Amédée Latour, il lui fut adjoint, dès 1859, comme vice-secrétaire, lorsque fut constitué le bureau du Conseil général de l'Association naissante, et il ne ménagea ni son temps, ni sa peine pour arriver à constituer la vaste fédération médicale qui, aujourd'hui, couvre tout le territoire français, et qui pousse ses ramifications jusque dans nos colonies.

En 1861, il présentait à l'approbation de la troisième Assemblée générale le rapport à la suite duquel fut décidée la publication de l'Annuaire de l'Association; la collection de ces Annuaires forme, jusqu'à ce jour, une série de 25 volumes dans la plupart desquels on trouve la preuve éloquente de la part très active qu'il ne cessait de prendre aux travaux du Conseil.

En 1868, au moment où l'Association déplorait la perte de son premier et puissant Président, Amédée Latour dut se consacrer uniquement à tracer, devant les délégués réunis de toutes les Sociétés locales, l'Eloge de Rayer. Gallard fut chargé de le remplacer dans la rédaction du rapport annuel sur l'ensemble des faits et gestes de l'Association pendant l'exercice précédent, et il remplit cette tâche de manière à mériter les félicitations unanimes de l'Assemblée.

L'année suivante, il échangea son titre de vice-secrétaire, contre celui de membre du Conseil général, et Tardieu, le nouveau Président, le remercia publiquement d'avoir déployé, dans les fonctions qu'il quittait, « cette attention, cet amour du bien, toutes « ces qualités du cœur et de l'esprit qui le font aimer de tous, et que, dès le premier « jour, il avait mises au service de l'Association. »

Son changement de titre ne ralentit nullement son zèle; il continua à suivre régulièrement les séances du Conseil, dont il était un des membres les plus laborieux et un de ceux que l'on écoutait avec le plus de faveur et de déférence.

Ne pouvant énumérer, ici, tous les travaux qu'on lui doit, je rappellerai au moins que, lorsqu'en 1872 il fallut procéder au renouvellement et à la modification des statuts, ce fut Gallard qui rédigea le rapport présenté dans ce but à l'Assemblée générale; la discussion fut vive et les controverses animées; si toutes les propositions soutenues par lui finirent par être adoptées, c'est que, pour employer ses propres expressions, « on y « sentait revivre le souffle puissant et libéral de l'homme qui, le premier, avait consacré « son talent à leur élucubration. »

Il y a quelques années à peine, Amédée Latour, vaincu par la maladie, dut résigner les fonctions de Secrétaire général de l'Association, qu'il avait occupées jusque-là avec avec une si grande énergie, et une si inimitable supériorité. Nul mieux que Gallard n'était désigné pour le remplacer dignement; mais il déclina les suffrages prêts à se porter sur lui, et ce fut seulement après son refus formel que j'ai dû accepter ce poste.

Il avait cependant une dette de reconnaissance à acquitter au nom de l'Association; c'est à lui que revenait de droit la mission de prononcer l'Eloge d'Amédée Latour; il le fit devant l'Assemblée générale de 1883, avec un talent des plus élevés; dans ces pages magistales, où le cœur ne cessa de diriger la plume, il fut amené à reprendre le récit des commencements de l'Association, et il assigna, à chacun de ceux qui ont joué un

rôle dans sa fondation, la part de mérite que l'histoire ne saurait leur contester désormais.

Tant de services rendus, Messieurs, ne peuvent être oubliés; l'Association générale des médecins de France gardera un pieux souvenir de celui que nous venons de perdre; elle inscrira le nom de Gallard à côté de ceux de ses illustres fondateurs; elle l'associera aux honneurs dont elle entoure la mémoire de Rayer, de Tardieu, d'Amédée Latour; elle sera fière de les offrir, tous ensemble, aux médecins du présent et à ceux de l'avenir, comme de glorieux exemples à imiter.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 janvier 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos du procès-verbal, M. Duroziez exprime le vœu que le Bulletin annuel de la Société soit envoyé aux bibliothèques des internes des hôpitaux de Paris : le Bulletin contient des travaux originaux et intéressants qui ne sont pas assez connus.

Cette proposition, appuyée par MM. de Ranse, Reliquet et de Beauvais, est renvoyée au conseil d'administration.

Correspondance imprimée. Outre les journaux et revues de la quinzaine, elle comprend :

Les nos 8 et 9 du tome VI de la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*; le *Bulletin médical des Vosges*, n° 3, janvier 1887; une *circulaire du ministère de l'instruction publique* au sujet d'une publication du comité des travaux historiques et scientifiques : *Histoire et documents des différentes sociétés scientifiques.* (Renvoyée à l'archiviste.)

Correspondance manuscrite : Elle se compose d'une lettre de remerciments de M. le docteur Luc, nommé membre titulaire;

De deux lettres de candidature au titre de membre titulaire, de M. le docteur Trousseau (présenté par MM. Horteloup et Christian), et de M. le docteur A. Ruault (présenté par MM. Antonin Martin et Christian).

Un congé illimité, pour cause de maladie, est accordé à M. le docteur Marchal.

M. le Président : Mes chers collègues.

J'ai le pénible devoir de vous faire part de la mort de M. Nonat. J'ai assisté, ce matin, aux derniers honneurs qui lui ont été rendus. Nonat, professeur agrégé de la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la légion d'honneur, était le doyen de notre compagnie, à laquelle il appartenait depuis 1836. Un grand nombre d'entre nous s'honore de l'avoir eu pour maître. Pendant plus d'un quart de siècle, il fut un conseil éclairé, un guide sûr, auquel médecins et malades se plaisaient à recourir. Physionomie essentiellement parisienne, doué d'une activité extraordinaire, combien ne rencontrait-on pas souvent, dans ce mouvement de la grande ville où le travail tient une si large place, cette figure sympathique qu'on aimait à saluer au passage, comme une vieille connaissance.

Cette longue existence vous sera retracée, magistralement, comme vous pouvez vous y attendre. Je dois me borner aujourd'hui à exprimer les profonds regrets de la Société de médecine de Paris.

M. Dehenne offre à la Société un exemplaire de son mémoire sur l'*Opération de la cataracte.*

M. de Beauvais lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Thiry (de Bruxelles) au titre de membre correspondant étranger. Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées, et le vote renvoyé à la prochaine séance.

©BIU Santé

M. Labroque lit la note suivante sur l'emploi de l'*acétanilide dans l'ataxie locomotrice* :

Je désire, Messieurs, attirer votre attention sur les effets d'un nouveau médicament introduit par M. le professeur Lépine (de Lyon) contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. Il s'agit de l'acétanilide.

Déjà, dans la séance du 22 décembre dernier de la Société de thérapeutique, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a parlé de l'action particulière de l'acétanilide sur l'axe cérébro-spinal; il diminuerait l'hyperexcitabilité médullaire. M. le docteur Dujardin-Beaumetz a fait cesser les accès convulsifs d'un épileptique.

Quoi qu'il en soit, ce nouvel agent calme les douleurs fulgurantes sans entraîner les inconvénients des autres médications.

En effet, vous connaissez tous les défavorables effets de la morphine dans le tabès. L'opinion du professeur Charcot est que le malade est condamné à brève échéance par suite du morphinisme.

On avait ajouté beaucoup de foi au salicylate de soude, mais les douleurs fulgurantes réapparaissent bientôt. Peut-être y a t-il là un phénomène d'accoutumance.

Les pulvérisations d'éther entreprises par M. le docteur Joffroy, à la Salpêtrière, et rapportées dans un travail tout récent de M. le docteur Raison, semblent aussi avoir un excellent résultat dans les douleurs du tabès. Mais un fait remarquable, c'est que ces pulvérisations échouent chez les ataxiques adonnés à la morphine. Dans ce même travail, M. le docteur Raison parle des dangers de l'emploi du chlorure de méthyle, qu'on avait pensé devoir agir aussi bien que dans les névralgies.

Avec l'acétanilide, on calme les douleurs tabétiques. Le professeur Charcot l'a constaté. Il importe donc de l'employer. Le contrôle en vaut la peine.

Les effets seront-ils durables, ou bien arrivera-t-il ce qui s'est produit pour le salicylate de soude? C'est ce que j'aurai soin de faire connaître à la Société, à moins que, parmi les membres ici présents, quelques-uns ne tentent ce nouvel agent et ne nous apportent le résultat de leur expérience.

M. Yvon était, il y a quelques semaines, le seul pharmacien qui possédât ce médicament; peut-être est-il déjà plus répandu en raison de son importance?

D'après M. le docteur Lépine (de Lyon), la dose serait de 0 gr. 50 à 1 gramme. Je pense même que l'on peut aller plus loin. D'après M. le docteur Dujardin-Beaumetz, M. le docteur Constantin Paul n'a observé aucun effet, parce qu'il a donné des doses insuffisantes, c'est-à-dire 0 gr. 25 et 0 gr. 50. Le professeur Charcot l'a donné jusqu'à 2 et 3 grammes; à cette dernière dose, on observe un peu de cyanose, mais de courte durée. M. le docteur Dujardin-Beaumetz pense qu'il est bon de donner l'acétanilide dans l'élixir de Garus.

Cette médication est encore à l'étude, et il est à désirer que l'expérience soit concluante et apporte enfin quelque allègement chez nos nombreux ataxiques en proie à ces douleurs fulgurantes qui font de leur existence un irrémédiable martyre.

M. Reliquet : J'ai employé l'acétalinide à la dose de 1 gr. (0,50 matin et soir) chez deux ataxiques, qui avaient de violentes douleurs vésicales : j'ai échoué dans les deux cas. Le médicament n'a aucunement calmé les crises du côté de la vessie.

M. de Beauvais : On a donné également, comme calmant d'une efficacité remarquable, le tribromure d'allyle. Je l'ai essayé dernièrement, chez un malade que je voyais avec M. Huchard, et qui était atteint d'angine de poitrine : le résultat a été négatif.

M. Duroziez : Les douleurs fulgurantes dans l'ataxie sont si mobiles, si fugaces, qu'il est souvent bien difficile d'apprécier l'action des médicaments. En général, les injections sous-cutanées de morphine paraissent défavorables.

Puisque nous parlons d'ataxie locomotrice, je citerai un malade que je vois en ce moment, qui n'est pas syphilitique, et qui a été pris subitement d'une paralysie du nerf oculo-moteur externe. Est-ce le premier symptôme d'une ataxie, et quel est le pronostic à porter?

M. de Ranse : Pour porter un diagnostic dans un cas comme celui de M. Duroziez, il faut d'autres symptômes encore : tant que ces symptômes ne se montreront pas, il convient de rester sur la réserve.

Quant aux douleurs des ataxiques, elles sont justiciables des moyens les plus divers ; chacun devient son propre médecin : l'un se soulage au moyen d'un sac d'eau chaude, l'autre a recours au froid, ou à un mélange de chloroforme et d'éther. Beaucoup se font des injections de morphine, et j'en ai vu qui allaient jusqu'à 1 gramme par jour.

M. Christian : Le cas de M. Duroziez me paraît comporter un pronostic des plus graves. Depuis quelques années j'ai vu un certain nombre de paralytiques généraux, chez lesquels, à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, s'étaient montrés des troubles oculaires. Tantôt ils avaient guéri spontanément; tantôt un traitement, spécifique ou autre, les avait fait disparaître ; quelquefois ils étaient devenus permanents. Mais dans tous les cas, la paralysie générale était survenue, et je me suis demandé si les accidents du côté de l'œil ne devaient pas être considérés comme des signes avant-coureurs de la maladie cérébrale. J'ai déjà publié quelques-unes de ces observations ; je me propose d'y revenir prochainement et de compléter mon travail par de nouveaux faits.

M. Dehenne : Il y a une distinction à faire entre les paralysies oculaires tabétiques, qui sont généralement changeantes, vont de la troisième à la quatrième ou à la sixième paires, tandis que les paralysies spécifiques sont fixes.

M. Luc : Je désire entretenir mes confrères de la Société de médecine d'un cas que j'ai observé tout récemment et que j'ai présenté, il y a quelques jours, à la Société clinique, car il est en opposition avec l'opinion que vient d'émettre mon ami le docteur Dehenne, relativement au caractère essentiellement transitoire et mobile des paralysies observées dans les premières périodes de l'ataxie locomotrice.

Le fait que je vais rapporter présente en outre un intérêt tout particulier, en raison du jour qu'il jette sur la valeur classique de ces paralysies et sur la question encore obscure de l'influence de l'hérédité sur le développement du tabès.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années que mon ami le Dr Pignot m'adressa, il y a quelques semaines, pour avoir mon avis sur un trouble singulier que le malade présentait vers le larynx. Ce trouble consistait en un sifflement que le malade faisait entendre *pendant l'inspiration seulement*, lorsqu'il venait d'accomplir quelque effort pénible. Le frère de M. X... qui l'accompagnait m'apprit en outre que pendant le sommeil le bruit prenait une telle intensité qu'il était perçu dans les chambres voisines. Je pratiquai, séance tenante, l'examen laryngoscopique et trouvai tous les signes d'une paralysie des muscles dilatateurs de la glotte. (Les cordes vocales modérement écartées pendant l'expiration ne laissaient plus entre elles pendant l'inspiration qu'un espace linéaire, et l'air inspiré pénétrait dans la poitrine en les faisant vibrer sur son passage.)

Restait à déterminer le point de départ de ce trouble névro-musculaire.

Ayant interrogé inutilement le cou et le médiastin, j'arrivai, par exclusion, à songer à une cause centrale et particulièrement à rechercher l'existence d'un tabès qui aurait jusqu'alors passé inaperçu.

J'appris effectivement que, depuis deux ans, M. X... présentait de la parésie vésicale, que depuis un an il éprouvait dans les membres inférieurs des douleurs lancinantes dont il n'avait pas songé jusque-là à entretenir ses médecins et que depuis quelques mois les fonctions génitales étaient devenues chez lui absolument languissantes ; je découvris en outre des zones étendues d'analgésie sur les membres inférieurs et trouvai une diminution considérable du réflexe rotulien surtout d'un côté. Enfin, j'appris confidentiellement du docteur Pignot qu'un oncle paternel du malade était actuellement ataxique et aveugle.

En présence de cet ensemble de symptômes je crus pouvoir porter le diagnostic de tabès dorsalis ; il fut d'ailleurs confirmé par mon ami le Dr Babinski, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpétrière, que j'avais prié d'examiner le malade à son tour. J'omettais de dire que le malade niait énergiquement toute syphilis antérieure.

Voilà donc un cas dans lequel la constatation d'une paralysie musculaire déterminée mit sur la piste du diagnostic tabès.

J'ajoute que les paralysies musculaires n'offraient pas chez ce malade l'instabilité dont parlait tout à l'heure le docteur Dehenne, puisque l'une, la paralysie vésicale, durait

©BIU Santé

encore, bien qu'atténuée, alors que son début remontait déjà à deux ans, et que l'autre, la paralysie laryngée, datait déjà de près d'un an. Mais ce qui fait surtout l'orginalité de cette observation, c'est ce fait que les symptômes laryngés consistaient exclusivement en phénomènes parétiques donnant lieu à du cornage inspiratoire surtout pendant le sommeil, mais ne s'accompagnant que d'une dyspnée très légère proportionnée à l'effort qui l'occasionnait, *sans qu'il s'y mêlât jamais aucun phénomène spasmodique, aucun accès de toux, aucun accès de suffocation.*

A ce dernier point de vue l'observation que je viens de citer me paraît unique, et je n'ai pu en trouver d'analogues dans les journaux français et étrangers. (*A suivre.*)

COURRIER

Concours. — Parmi les questions que la Société contre l'abus du tabac met au concours, voici les termes de celles qui intéressent les médecins :

N° 1. — *Prix de 600 francs.* — Un prix de 600 *francs*, dont une médaille d'or de la valeur de 100 fr. est offert par M. le Dr Depierris à l'*étudiant en médecine*, à quelque école *française* qu'il appartienne, qui fera le meilleur mémoire sur cette question : « La cachexie nicotique : ses symptômes, sa marche, ses effets, démontrés par au moins huit « observations cliniques, recueillies, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile « ou militaire. »

Le travail demandé peut être une thèse pour le doctorat, mais ce n'est pas une obligation, tous les élèves, quelle que soit leur ancienneté d'études, pouvant prendre part au concours.

S'il y a lieu, des médailles honorifiques seront accordées aux auteurs des mémoires qui, sans obtenir le prix de 600 francs, auront néanmoins une valeurs scientifique digne de fixer l'attention.

Le concours sera clos le 31 décembre 1887.

N° 2. —*Prix des gens de lettres.* — Un prix *mille* de *francs*, dont une médaille d'or de cent francs, offert par M. le Dr Depierris, à l'auteur du travail le plus méritant sur la question suivante :

« Des effets du tabac sur la santé des gens de lettres. De son influence sur l'avenir « de la littérature française. »

Le concours sera clos le 31 décembre 1888.

N°3. — *Prix de médecine.* — Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.), d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 francs environ et une médaille de vermeil.

Les mémoires pourront être rédigés en Français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol.

Le concours sera clos le 31 décembre 1887.

Le programme détaillé des conditions du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 38, rue Jacob, Paris.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Théophile Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans, secrétaire général de la Société de médecine légale de France, officier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, décédé le 31 janvier 1887, dans sa 59me année.

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; tramways-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Séance annuelle de la Société centrale. — II. Charles Mauriac : Fréquence et chronologie de la syphilis tertiaire. — III. Paul Cuéron : Les doctrines actuelles sur les sources de l'azote organique et sur la chaleur animale. — IV. Correspondance. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Séance annuelle de la Société centrale.

La Société centrale de l'Association générale des médecins de France a tenu sa séance annuelle dimanche dernier, 6 février, à deux heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Après l'allocution, fort applaudie, de M. le président Lannelongue, M. Piogey, secrétaire, expose, en termes généraux, la situation morale de la Société, et rend compte des changements survenus dans le personnel. Au cours de l'année 1886, trente-quatre sociétaires sont morts : ce sont les docteurs Ballet, Boinet, Bouchardat, Bourdin, Briau, Brongniart, Chambard, Charrier, Clerc, Collin, Coqueret, Cotin, Dechambre, Deluy, Foissac, Forget, Fournié, Gillette, Guérin, Lebret, Legrand du Saulle, Mac Carthy, Mauger, Mialhe, Mounier, Pinel, Prat, Rambaud, Réal, Récipon, Thorens, Triboulet, Vazeille et Veyssière. M. Piogey se fait l'interprète des regrets et de la douleur de la Société à l'égard de ces décès si nombreux. Puis il apprécie d'une façon fort élevée et tout à fait remarquable les travaux ainsi que les mérites personnels et professionnels des plus éminents de ces confrères disparus. Les vides sont comblés par trente-cinq adhésions recueillies pendant l'année 1886; onze adhésions nouvelles à la séance du mois de janvier dernier et deux que propose, séance tenante, M. Le Roy de Méricourt; total : cinquante et une. L'assemblée ratifie, par acclamation, l'admission de tous ces membres, qui sont les bien venus.

M. Brun, trésorier, rend compte de la situation financière de la Société. L'exercice de 1886 n'a été marqué par aucun incident particulier. Le budget se solde à peu près par les mêmes chiffres, tant pour les recettes que pour les dépenses et emplois de fonds. Le nombre des sociétaires n'augmente pas sensiblement. La Société couvre ses pertes, mais ne constate plus de gains, et cependant, dit M. le trésorier, il y a dans Paris plusieurs centaines de médecins qui n'ont pas encore adhéré à l'Association.

Le montant des cotisations annuelles s'est élevé, pour 1886, à la somme de 11,420 francs et celui des cotisations perpétuées à 1,737. « L'an prochain, ajoute M. Brun, le montant des cotisations annuelles se trouvera plus élevé, notre éminent et généreux sociétaire, M. René Marjolin, membre du Conseil général de l'Association, ayant bien voulu porter sa cotisation annuelle à *mille francs*, nous promettant de payer chaque année la même somme, sans préjudice d'une autre somme de *mille francs* qu'il a versée en don à la Caisse des pensions de retraites. »

Il est bien inutile de dire que ce passage du rapport de l'honorable trésorier a été couvert d'applaudissements.

La Commission administrative a eu à sa disposition, pendant la dernière année, une somme de 19,339 francs sur laquelle 16,700 francs ont été distribués en secours à 5 sociétaires, 18 veuves de sociétaires, 4 médecins non sociétaires, 14 veuves ou filles de médecins non sociétaires, 12 personnes étrangères à l'Association, et en frais divers. Il reste en caisse, pour parer aux premières éventualités du présent exercice, une somme de 2,639 francs.

©BIU Santé

L'avoir de la Société centrale au 1er janvier 1887 comprend :

1° Capital disponible (fonds de réserve à la caisse des dépôts et consignations, et encaisse du trésorier) . . . . . Fr. 53.639

2° Capital non disponible (cotisations perpétuées en rentes françaises) 1.753

Total 55.392

M. le docteur Amable Fabre, délégué, avec M. le docteur Bergier, par la Commission administrative, pour constater l'état de fortune de la Société centrale, prendre connaissance des comptes de recette et de dépense, s'est borné, comme ses devanciers, à faire l'éloge de l'irréprochable tenue de la comptabilité du trésorier. Mais il a eu l'heureuse inspiration de rappeler qu'il assistait, « dans la coulisse, » il y a bientôt trente ans, aux exercices préparatoires de la fondation de l'œuvre, chez M. Rayer, avec Amédée Latour, Cl. Bernard, Bethmont, Littré, etc., et que, dès cette époque, M. Brun apportait à l'organisation et au développement de la partie financière, un dévouement qui n'a jamais fléchi.

Le rapport de M. Fabre, très goûté et chaleureusement applaudi, a valu une nouvelle ovation à M. Brun.

Les membres sortants de la Commission administrative sont remplacés, à l'élection, par MM. Boissier, Bouvyer, Caby, Descouts, Granjux, Hyades, Neumann, Richard d'Aulnay et Sarade.

L'assemblée se sépare à quatre heures.

Au commencement de la séance M. Ricord a remis un billet de 500 francs au trésorier et l'assistance l'en a remercié par ses applaudissements unanimes et sympathiques. Ce vénéré maître qui porte vaillamment le poids de 17 lustres, n'est, par bonheur, atteint que d'une seule maladie, — mais invétérée, celle-là, et incurable, — la maladie de la générosité !

Nous avons vu que M. Brun déplore que plusieurs centaines de médecins de Paris se tiennent encore en dehors de l'Association. Qu'on nous permette quelques réflexions à ce sujet.

Ne serait-il pas bon qu'en regard de la prospérité constante de la Société centrale et des services annuels qu'elle rend à ses membres devenus vieux ou tombés dans l'infortune, on fît connaître le nombre des demandes de secours qui lui sont adressées ?

En établissant le bilan, même approximatif, de la profession, on dissiperait bien des illusions, et ce serait sans doute le moyen le plus efficace de rallier ceux qui négligent encore de se faire inscrire parmi les membres de l'Association. Que ce soit par des motifs de solidarité pure, ou par des motifs de sage prévoyance, il est probable que, si la vérité était connue, il n'y aurait bientôt plus un seul dissident.

Sans parler aujourd'hui de l'Association générale qui comprend la France entière, le désidératum que nous indiquons ne s'applique qu'à la Société centrale ; c'est d'elle seule qu'il est ici question. Elle est constituée par les médecins de Paris, par les médecins de la flotte, et par ceux de nos confrères qui n'ont pas de résidence fixe ; mais il est facile de faire le départ de ces diverses catégories, et le tableau dont il s'agit devrait ne laisser figurer dans son cadre que les médecins de Paris.

Ceux-ci — nous parlons des associés — se divisent entre la Société centrale et l'Association de la Seine. Bon nombre d'entre eux ne se divisent même pas et appartiennent aux deux à la fois. Si l'Association de la Seine

voulait bien, de son côté, rendre publiques les informations qu'elle est en mesure de fournir, on aurait les éléments nécessaires pour asseoir sur une base suffisamment large une statistique démonstrative.

Tout porte à croire que les résultats en paraîtraient navrants, et rendraient évidente à tous les yeux la nécessité de se grouper plus étroitement et de s'assurer les uns les autres contre les déceptions de l'avenir.

Un très honorable confrère qui a fait, à plusieurs reprises, partie du Conseil administratif de l'Association de la Seine, nous affirme que sur vingt médecins qui meurent à Paris, quinze laissent une famille (femmes, enfants ou vieux parents dénués) qui s'adressent à l'Association pour obtenir des secours; 75 p. 100! Est-ce croyable? Le quart seulement des praticiens de Paris échapperait à la misère, et c'est ce quart, composé des élus de la corporation, et de ceux auxquels échoit une fortune patrimoniale, qui fait prendre le change sur les avantages de la profession et entretient le mirage qui abuse les débutants dans la carrière.

A l'égard de ces derniers, le même confrère nous contait, il y a quelques jours, que dans le cours de l'année 1886, cent cinquante jeunes médecins avaient quitté Paris, ne pouvant satisfaire aux charges de leur récente installation. Cela peut paraître excessif; mais les apparences ne prouvent rien. Les arguments sérieux s'appuient sur des faits. Il faut vérifier. Ce serait à la Société centrale et à l'Association de la Seine, qui ont les documents en mains, à nous éclairer sur la situation réelle du corps médical à Paris. — M. L.

Fréquence et chronologie de la syphilis tertiaire (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

II

Nos connaissances sur la chronologie de la syphilis tertiaire sont aussi incertaines que celles que nous possédons sur sa fréquence. On ne s'en étonnera pas si on se reporte à ce que j'ai dit si souvent sur l'absence de toute règle dans le processus, à partir des exanthèmes généralisés du début de l'intoxication. L'échéance du tertiarisme, à supposer qu'il doive se produire, échappe à tout calcul dans un grand nombre de cas. On peut dire que l'inattendu est la règle. Certes, il ne serait pas difficile de réunir un grand nombre de chiffres et d'établir des moyennes. Mais, sur ce point, il existe une telle variabilité dans les résultats qu'on finit par perdre toute confiance en eux.

Sur 218 cas de syphilis tertiaire relatés par M. Jullien, où l'intervalle entre l'accident primitif et la première invasion des accidents tertiaires a été noté, j'ai trouvé une moyenne de quatre ans et demi environ.

En compulsant les nombreuses observations de syphilis tertiaires, que j'ai prises moi-même et qui ont servi de matériaux à mes mémoires sur différentes questions de syphiliopathie, j'arrive à une moyenne plus faible. Il est vrai que je me suis occupé principalement des manifestations précoces du tertiarisme. Par conséquent, les résultats que j'ai obtenus sur la

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

©BIU Santé

brièveté de l'*incubation* (1) du tertiarisme pourraient à bon droit être suspects d'exagération.

Laissant de côté les affections syphilitiques précoces du système osseux et du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que les syphilides malignes, nous avons, comme déterminations essentiellement tertiaires, dont il faut toujours se préoccuper, parce qu'elles sont fréquentes et dangereuses, celles du cerveau, de la moelle épinière et la syphilose pharyngo-nasale.

Celles du cerveau sont incomparablement les manifestations viscérales les plus précoces. Ajoutez que, comme fréquence, elles ne le cèdent qu'aux déterminations cutanées.

La syphilose pharyngo-nasale qui constitue, elle aussi, une des manifestations communes du tertiarisme, survient en général à une époque de la syphilis plus avancée que les affections du névraxe. Les nombreux cas que j'ai réunis dans mes leçons sur cet important sujet m'ont donné comme intervalle moyen entre l'accident primitif et l'invasion des premières manifestations tertiaires naso-pharyngiennes un intervalles de quatre années.

Je reviendrai sur cette question de la chronologie tertiaire quand je traiterai chacune des grandes divisions de la syphilis pendant sa troisième période. Plus tard, en réunissant les résultats partiels, peut-être arriverons-nous à quelque précision pour l'ensemble.

Il faudra rechercher aussi quelle est à peu près la fréquence relative des diverses déterminations du tertiarisme.

A défaut de statistiques assez nombreuses et assez précises pour répondre d'une manière satisfaisante à toutes les questions qu'implique l'étude de la chronologie et de la fréquence des accidents tertiaires, je vais resumer les impressions qui résultent pour moi d'une pratique de dix-sept années.

Il ne s'agit, bien entendu, dans ce qui va suivre comme dans ce que j'en ai dit déjà, que de la *syphilis acquise* telle qu'on l'observe de nos jours en France et à Paris particulièrement. On peut ajouter qu'elle est à peu près semblable dans tous les pays du monde, qui sont depuis longtemps soumis aux règles d'une hygiène et d'une médecine éclairées.

Au point de vue qui nous occupe, la *syphilis héréditaire* diffère complètement de la syphilis acquise. Elle est le terrain de prédilection du tertiarisme. Il y règne en maître, souvent d'emblée et sur tous les points. Aussi ne peut-on s'en faire une idée exacte que si on étudie là, à part, son processus et ses localisations.

A. Dans la syphilis acquise, l'apparition des accidents d'ordre tertiaire n'est point un événement fatal, inévitable comme l'apparition des accidents secondaires. On a de 80 à 90 chances sur 100, environ, de les éviter, dans les conditions ordinaires où se fait actuellement l'évolution de la syphilis.

La proportion approximative du tertiarisme, qui est de 10 à 20, de 5 à 15 pour 100, augmente lorsque la contagion syphilitique s'empare brusquement d'un milieu où elle n'avait pas régné jusqu'alors et y constitue un foyer d'endo-épidémie.

(1) Je n'attache ici à ce mot incubation aucune idée théorique : il n'implique point, par exemple, la continuité d'une action morbide, sourde, latente qui s'élabore discrètement et sans intermittence dans la profondeur de l'organisme, sous l'influence du virus, pour aboutir fatalement à tels ou tels résultats dont il soit à peu près possible de prédire la date et de fixer la nature.

Les exemples de tertiarisme dans la syphilis acquise diminuent depuis plusieurs années. Si je m'en tenais à mon observation personnelle, je dirais qu'il me semble moins fréquent aujourd'hui qu'il y a dix ou quinze ans.

B. La chronologie des accidents tertiaires est très variable. Dans les endo-épidémies, comme dans la syphilis héréditaire, ils surviennent de très bonne heure, pendant la première année et même pendant les premiers mois. Il y a des cas exceptionnels où ils ne se produisent au contraire que quarante, cinquante ou soixante ans après le chancre. L'époque moyenne de leur apparition est comprise entre la deuxième et la cinquième année de la syphilis.

Il y a des syphilis viscérales qui sont remarquables par leur précocité.

Parmi elles, la syphilose cérébrale occupe de beaucoup le premier rang comme fréquence et comme gravité.

C. Les déterminations d'ordre tertiaire les plus fréquentes sont celles qui s'effectuent à l'extérieur, sur la peau, sur les muqueuses et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les néoplasies gommeuses dermo-hypodermiques, circonscrites ou diffuses, disséminées ou confluentes, quoique beaucoup moins communes qu'autrefois, comprennent encore presque la moitié des cas de la syphilis tertiaire. Ce sont elles qui constituent, par leur précocité, leur abondance, la rapidité de leur évolution, la syphilis maligne, qui est toujours d'ordre tertiaire malgré sa précocité.

Le tertiarisme externe est moins difficile à prévoir que le tertiarisme interne ou viscéral, parce qu'il se produit fréquemment à assez brève échéance lorsque l'accident primitif a été ulcéro-phagédénique.

Les accidents tertiaires osseux sont devenus beaucoup plus rares qu'autrefois. Ceux qui s'observent le plus souvent sont ceux que produit la syphilose pharyngo-nasale.

Parmi les syphilis internes ou viscérales, celle du névraxe vient en première ligne. C'est là un fait capital et sur lequel je ne cesse d'insister. Je serais tenté de dire qu'il est devenu tout à fait prédominant dans la question du tertiarisme. Et, en effet, ce qu'il y a de plus à redouter pour un malade atteint d'une faible ou d'une moyenne syphilis, c'est incomparablement la détermination spécifique sur le névraxe, et principalement sur le cerveau.

Je placerais en seconde ligne, comme fréquence, la syphilose pharyngo-nasale sous toutes ses formes.

Les syphiloses du foie, du poumon, des reins, du cœur sont infiniment moins communes que les déterminations précédentes. Quelques-unes sont précoces parfois; celles des reins, par exemple. L'éventualité des autres n'est pas à craindre dans les premières années de la syphilis.

D. Il n'existe point une loi de balancement entre les déterminations externes et les déterminations viscérales du tertiarisme. Cependant on observe un grand nombre de syphilis viscérales, entre autres celle du cerveau, dans lesquelles les accidents cutanés n'ont jamais dépassé la phase secondaire et s'y sont même montrés très rares ou fort bénins. Réciproquement, combien de syphilitiques ont, pendant des années, la peau labourée par les plus graves dermatopathies tertiaires, sans que leurs viscères soient atteints ! Les viscéropathies ne constituent-elles pas l'exception dans les syphilides malignes?

©BIU Santé

Les doctrines actuelles sur les sources de l'azote organique et sur la chaleur animale (1).

II

Les transformations de matière que nous venons d'énumérer, celles qui donnent naissance aux nombreux corps non azotés que l'on rencontre dans les êtres vivants s'accompagnent toutes de phénomènes thermiques dont l'étude commencée depuis longtemps vient seulement d'être établie sur une base solide par l'ensemble des travaux de M. Berthelot sur la thermo-chimie.

La production de chaleur est un phénomène général chez les êtres vivant, et à ce point de vue, les animaux peuvent se diviser en quatre classes. En premier lieu se placent les animaux à sang chaud et à température constante qui produisent de la chaleur sous l'influence d'un froid modéré. Chez l'homme, la température moyenne est de 37°; chez les mammifères, les cétacés méme elle est de 39°, et Parry a vu un renard avoir une température de 76°7, supérieure à celle du milieu ambiant; enfin, chez les oiseaux, elle oscille entre 40 et 41°.

Les nouveau-nés des mammifères et des oiseaux forment une seconde classe; ils ne peuvent résister à des températures basses durant quelque temps.

Les animaux à sang chaud et à température variable, comme les hibernants, se trouvent dans la troisième classe; enfin la dernière est constituée par les animaux dits à sang froid dont la température, dans les circonstances ordinaires, ne s'élève que fort peu au-dessus de celle du milieu où ils se trouvent. Cependant ces animaux produisent de la chaleur; la température propre des poissons, d'après Gavarret, oscille entre 0,20 et et 3°88, et celle des invertébrés entre 0,21 et 0,60. Enfin le phénomène est plus général encore, et il est facile de constater que tous les êtres organisés jouissent de la même propriété thermique; Dutrochet a montré en effet que les parties vivantes d'un végétal étaient à une température plus élevée que celle de l'air environnant, et l'on sait depuis longtemps que la chaleur de la fleur de certaines plantes, telle que celle des aroïdées, peut être de 20° au-dessus de celle de l'air.

Tout être vivant produit de la chaleur; recherchons maintenant les causes de cette production.

L'étude réellement scientifique de la question date seulement de Lavoisier. Il admit « que la respiration n'était qu'une combustion lente de carbone et d'hydrogène, et que la machine humaine était principalement gouvernée par trois régulateurs principaux : la respiration, qui consomme de l'hydrogène et du carbone et qui fournit du calorique; la transpiration, qui augmente ou qui diminue, suivant qu'il est nécessaire d'emporter plus ou moins de calorique; enfin, la digestion, qui rend au sang ce qu'il perd par la respiration et la transpiration ». Le créateur de la chimie s'exprime comme s'il plaçait dans le poumon le siège de la combustion respiratoire, mais il n'a jamais, à notre connaissance, énoncé nettement cette idée.

D'après les recherches de Lavoisier et de ses continuateurs, les 9/10e environ de la quantité de chaleur produite par un animal pendant un temps donné dépendent de la chaleur résultant des combustions respiratoires. Posé ainsi, le résultat est inexact et incomplet, car, a dit Berthelot, « les animaux ne brûlent pas de carbone et de l'hydrogène libre. D'une part, ils introduisent dans leur corps des aliments, c'est-à-dire des principes organiques très divers, très complexes, et dans lesquels l'état de combinaison des aliments est plus ou moins avancé. D'autre part, les animaux rejettent non seulement de l'acide carbonique, mais aussi de l'eau, de l'urée et d'autres produits excrémentitiels complexes. Dès lors, il convient de tenir compte de l'état réel des corps introduits et des corps rejetés; car c'est la relation chimique entre ces deux ordres de principes qui détermine la quantité de chaleur produite (en supposant d'ailleurs l'état initial et l'état final de l'être vivant identiques). »

Les phénomènes d'oxydation qui se passent dans l'économie ne sauraient donc être

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 3 février 1887.

©BIU Santé

considérés comme l'unique cause de la chaleur animale, et la chaleur dégagée par un être vivant pendant un temps quelconque ne peut être calculée *à priori* en ne tenant compte que de ces phénomènes.

Voyons les réactions qui se passent dans l'organisme vivant. On peut, d'après M. Lambling, les grouper sous deux grands chefs : les phénomènes de décomposition (oxydation, dédoublement, hydratation) et les phénomènes de synthèse (soustraction d'eau).

L'organisme, en présence des aliments, est un appareil d'oxydation, et, pour ne citer qu'un exemple, les sels à acide végétaux, acide malique, acétique, tartrique, etc., sont tous éliminés à l'état de carbonates. Ces oxydations sont indirectes, tirant leur origine de l'intervention de l'oxygène des globules, et produisent en moins toute la chaleur dégagée au moment où le gaz s'est fixé sur les hématies. La chaleur qui se produit dans le poumon est compensée par celle qui est absorbée au moment où l'acide carbonique se dégage sous un volume gazeux à peu près égal à celui de l'oxygène absorbé; l'évaporation de l'eau intervient, du reste, aussi, et, finalement, il n'y a pas d'élévation de température par cette première réaction.

Pour une même quantité d'oxygène absorbé, la quantité de chaleur produite par une oxydation complète peut varier du simple au double, et, dans la série des acides gras, d'après le professeur de Nancy, l'oxydation, en donnant naissance à une même quantité d'acide carbonique, produit des quantités de chaleur de plus en plus considérables à mesure que le poids moléculaire s'élève; une même quantité d'oxygène, en se fixant sur des corps tels que les alcools pour les transformer en acides correspondants, dégage des quantités de chaleur qui varient du simple au double, et même au delà.

On voit à quel point Lavoisier et ses successeurs se trompèrent dans l'appréciation de leurs bases de calculs.

Les matières albuminoïdes ne se désassimilent guère par oxydation, et le temps est loin où l'on regardait unanimement l'acide urique et les substances analogues comme des produits *vers l'urée*. De la chaleur peut se produire dans des hydratations ou déshydratations sans qu'il y ait ni oxygène absorbé, ni acide carbonique dégagé; il en est probablement de même lors du dédoublement des corps gras en acides gras et glycérine; enfin, les hydrates de carbone donnent lieu à des observations du même genre, et la digestion de la plupart d'entre eux est une hydratation.

On tend encore à admettre que la désassimilation des matières albuminoïdes va jusqu'à la production d'acide carbonique et d'ammoniaque; ces derniers corps se combinent en formant du carbonate et du carbonate d'ammoniaque, et une déshydratation nouvelle produit l'urée.

Les dédoublements, c'est-à-dire « la séparation d'une substance organique en deux ou plusieurs composés dont la somme représente exactement la substance primitive », sont encore une source importante de chaleur, et le dédoublement de la glucose en alcool et acide carbonique donne, par exemple, 71 calories. Enfin, les réductions, les synthèses, les fermentations sont encore la source de phénomènes thermiques.

Dans le sang, il est probable que l'oxygène existe à un *état actif* tout particulier; de l'hydrogène formé par ces phénomènes analogues aux fermentations putrides dédouble la molécule d'oxygène et en fixe un atome. Celui qui reste libre est à l'état naissant et jouit d'une activité toute particulière.

En se basant sur les théorèmes thermo-chimiques de Berthelot, on a calculé de nouveau, *à priori*, la quantité de chaleur produite par un être vivant dans des conditions déterminées, et on est arrivé à ce résultat qu'un homme adulte, pour les vingt-quatre heures et pour un poids moyen de 65 kil., produisait 2,340 calories.

La lecture des faits que nous venons d'exposer fait voir avec quelle rapidité se sont modifiées les doctrines qui, depuis tant d'années, paraissaient les mieux établies; c'est que les grandes découvertes réagissent sur toutes les parties de la science et qu'un seul homme de génie a plus d'influence sur son siècle que les générations d'obscurs chercheurs qui l'ont préparé.

Paul Chéron.

©BIU Santé

CORRESPONDANCE

29 janvier 1887.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi de compléter, ou mieux de rectifier en quelques mots, l'article du docteur Danion, sur les excitateurs électro-chimiques bi-polaires, paru le 25 janvier dans votre journal. Le docteur Danion expose ses cautères, parle incidemment du mien, qui les a précédés de quelques années, et laisse planer une certaine obscurité sur les origines de la méthode. Or, l'outillage, que tout le monde peut modifier à l'infini, importe moins que le principe qui lui sert de base, et qui n'est autre ici que la galvano-caustique chimique, bi-polaire, rapide et localisée, appliquée surtout dans un but curatif (traitement des ulcères) ou dérivatif.

Le 29 juillet 1884, j'ai présenté à l'Académie de médecine un mémoire (voir la thèse de Carlet : *Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du docteur Apostoli*, page 71, Paris, Octave Doin, éditeur), où on lit ceci : « Je dois aussi, « par anticipation, pour éclairer le lecteur, donner quelques détails sommaires sur « quelques autres traitements électriques additionnels, différents de celui qui fait l'ob- « jet de ce mémoire et appliqués à quelques-unes des malades mentionnées dans les « observations qui suivent :

« 1° La faradisation utérine dite double ou bi-polaire.....

« 2° La galvano-caustique chimique rapide et localisée au col de l'utérus. Cette mé- « thode, que je crois être le premier à avoir appliquée, consiste à cautériser les ulcéra- « tions profondes par une action électro-chimique, en grande partie positive ou néga- « tive, à très haute dose, de 150 à 200 milliampères, et dans un temps très court de 2 « à 10 secondes en moyenne. L'on peut, en effet, modifier l'instrument à pôle concen- « trique proposé par notre savant confrère, le docteur Boudet de Pâris, en le construi- « sant en platine, de façon à le rendre inattaquable; on peut de plus donner une sur- « face inégale à chaque pôle, le central très petit, le périphérique assez grand, de façon « à faire prédominer en tant que surface la cautérisation périphérique, qui, suivant la « volonté de l'opérateur, sera positive ou négative; c'est ainsi que j'ai pu cautériser « avantageusement, depuis deux ans, les ulcérations profondes du col..... »

Le 25 novembre 1886, dans un article paru dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, ayant à traiter incidemment le même sujet, je dis, page 667 : « Prenez « un col gros, fongueux, ulcéré, facilement saignant, découvrez-le au fond du spécu- « lum ; faites sur lui une saignée locale profonde à l'aide d'une épingle ou d'un bistouri. « Vous avez le pouvoir d'arrêter cette hémorrhagie dans un temps très court; il suffit « de se servir de mon galvano-cautère, qui se compose d'une boule conique, en charbon « de cornue à gaz ou en platine, montée sur manche, à laquelle aboutissent les deux « pôles, séparés l'un de l'autre par une lame isolante de gutta-percha ; les deux pôles « à surface identique, ainsi séparés par une distance de quelques millimètres, peuvent « accumuler leur action dans un rayon limité, et on peut alors étudier la valeur et la « nature de leurs eschares respectives..... »

Enfin, le 18 janvier, j'ai présenté à l'Académie de médecine mon nouvel excitateur, avec une notice explicative, qui a paru le 20 janvier dans la *Gazette des hôpitaux* et que l'*Union médicale* a reproduite le 27.

Si le docteur Danion veut bien maintenant se souvenir qu'en 1884, lors de son arrivée à Paris, il est venu plusieurs mois consécutifs assister à ma clinique, il reconnaîtra sans peine qu'à cette époque, j'appliquais journellement ma méthode sur une vaste échelle.

Je laisse à vos lecteurs le soin de conclure, et je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments dévoués.

APOSTOLI.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Ranvier, qui a eu lieu le 24 janvier, dans la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Ch. Robin.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. Ranvier, présent à la séance, prend place parmi ses confrères.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre titulaire dans la section de géométrie, en remplacement de M. Laguerre. Par l'organe de son doyen, M. Hermite, la section présentait la liste suivante de candidats : En première ligne, M. Poincaré ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Appell, Goursat, Humbert, Mannheim, Picard.

Sur 56 votants, majorité, 29, M. Poincaré ayant obtenu 31 suffrages contre 24 donnés à M. Mannheim (il y avait un bulletin blanc), est déclaré élu.

M. DE LACAZE-DUTHIERS présente une note de M. C. PHISALIX *sur les nerfs crâniens d'un embryon humain de trente-deux jours* :

« Grâce aux remarquables travaux de M. le professeur H. Fol, l'étude de l'embryologie humaine a fait, dans ces derniers temps, de grands progrès. C'est pourquoi, ayant eu l'heureuse fortune de posséder un embryon de 10 millimètres de long, en très bon état de conservation, de M. le docteur Bouton, je n'ai pas hésité à en entreprendre l'anatomie par la méthode des coupes.

« La théorie de Balfour, d'après laquelle les nerfs crâniens seraient disposés sur un type absolument différent des nerfs spinaux et proviendraient primitivement d'un nerf mixte à racine dorsale unique, repose sur un fait négatif, à savoir l'impossibilité pour lui de découvrir dans ces nerfs crâniens des racines antérieures comparables à celles des nerf spinaux. Déjà Marshall a combattu cette hypothèse par des arguments sérieux. A mon tour, je viens l'attaquer, en m'appuyant sur de nouvelles données. Prenons comme point de départ le nerf trijumeau. C'est celui dont la disposition ressemble le plus à celle des nerfs spinaux. Dans notre embryon, le ganglion du trijumeau, le plus gros de tous ceux des nerfs crâniens, se voit en arrière et au-dessous de l'œil avec ses trois branches principales. Comme dans les nerfs spinaux, on trouve deux racines ; mais, au lieu d'être séparées à leur origine par toute la hauteur du bulbe, elles sont, au contraire, très rapprochées. La racine motrice, après son entrée dans le bulbe, se recourbe pour gagner le noyau moteur situé à sa base, tandis que la racine sensitive se dirige obliquement vers la face dorsale. Les connexions avec les centres nerveux sont donc les mêmes que dans la moelle. Il y a eu, seulement, une convergence plus grande des racines, dès leur sortie, comme si la racine antérieure eût été entraînée avec les cellules où elle prend naissance : en effet, celles-ci, au lieu d'être nettement limitées en une *corne antérieure* comme dans la moelle, s'étendent du côté dorsal et forment une bande qui, en certains points, occupe la moitié de la hauteur du bulbe.

« La racine motrice, ainsi constituée, s'accole immédiatement au ganglion, tout le long de sa face interne, mais sans aucun mélange de fibres.

« Indépendamment de ce faisceau moteur principal, il en existe un autre, plus petit, qui pénètre dans le ganglion dès son origine et qui, après l'avoir traversé sans se confondre avec lui, vient se jeter dans le précédent au point où il se continue dans la branche maxiliaire inférieure.

« Supposons que le faisceau principal soit aussi enveloppé par les cellules ganglionnaires ; rien ne sera changé dans les connexions fondamentales, et la réunion de la racine motrice à l'extrémité proximale du ganglion ne sera qu'apparente. C'est là une disposition qui se réalise complètement pour le glosso-pharyngien et le pneumogastrique. Ces paires crâniennes naissent du milieu de la hauteur du bulbe par deux ordres de racines, les unes motrices, qui, parties de la base, remontent vers le dos et se

©BIU Santé

recourbent à leur sortie pour s'accoler aux autres venues de la face dorsale et, par conséquent, sensitives. Outre ces racines motrices *intrabulbaires*, j'en ai découvert d'autres qui ne diffèrent en rien des racines spinales antérieures, ni par leur origine, ni par leurs connexions. C'est ainsi que pour chacun de ces nerfs il existe un faisceau très grêle de fibres motrices qui sort du bulbe, à sa base, près de la ligne médiane, et qui va s'unir au nerf à l'extrémité distale du ganglion supérieur.

« Ainsi tombe l'argumentation de Balfour tirée de l'absence de telles racines antérieures.

« Les nerfs fascial et auditif forment une paire en tout comparable à la cinquième.

« Quant aux nerfs moteur oculaire commun et moteur oculaire externe, ils naissent absolument de la même manière que les racines spinales antérieures.

« Le pathétique est constitué par des fibres motrices qui contournent les tubercules quadrijumeaux déjà formés et reçoivent à leur sortie des fibres sensitives. C'est donc un nerf mixte dès l'origine.

« Le spinal offre une disposition intéressante. Au moment où il s'accole à la face interne du premier ganglion cervical, celui-ci envoie du côté dorsal du nerf un prolongement cellulaire qui va se confondre avec le ganglion du pneumogastrique. Dans tout son parcours, il reçoit des fibres motrices isolées qui ont la même origine que celles de l'hypoglosse, mais qui se dirigent en sens inverse pour sortir du côté dorsal. Comment expliquer ce changement de direction ?

« L'augmentation de diamètre du tube médullaire a nécessairement entraîné un accroissement plus considérable des masses cellulaires et, par suite, de la corne antérieure ; il en est résulté que le bourgeonnement des racines antérieures s'est aussi fait sur une plus grande étendue. Les fibrilles naissant du côté dorsal, étant plus rapprochées du ganglion, se sont d'abord unies à lui, et il s'est établi une sorte de *balancement* par suite duquel les racines antérieures proprement dites ont diminué de plus en plus d'importance.

« Si l'on admet les idées de Cl. Bernard sur la sensibilité récurrente, il est facile de rattacher les nerfs à racine antérieure unique aux autres paires crâniennes. Le moteur oculaire commun et le moteur oculaire externe feront partie de la cinquième paire ; l'hypoglosse se rattachera soit au pneumogastrique, soit à la première paire cervicale.

« Les limites de cette note ne nous ont pas permis de décrire les noyaux d'origine et leurs rapports. Qu'il nous suffise de dire que nos recherches confirment celles de MM. Vulpian et Mathias Duval chez l'adulte.

« En résumé, les paires crâniennes sont construites d'après un type absolument comparable aux paires rachidiennes. Les différences apparentes résultent d'une modification secondaire de la disposition primitive, modification due à l'accroissement rapide et précoce du tube médullaire pour constituer le bulbe. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Taille hypogastrique pratiquée avec succès sur un enfant ayant un calcul enchatonné de la vessie. — Rapport sur une observation de kyste dermoïde (?) du maxillaire supérieur. — Statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1886 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat. — Observation de rétrécissement général du système artériel. — Observation de ligature de la fémorale, puis de l'iliaque externe, pour un anévrysme de la fémorale.

M. Chauvel, secrétaire général, donne lecture d'une observation de M. le docteur Fleury, correspondant à Clermont-Ferrand, relative à l'extraction, par la taille hypogastrique, d'un calcul enchatonné dans la vessie d'un jeune garçon. L'opération a parfaitement réussi.

— M. Berger complète par un supplément le rapport qu'il a fait, au mois de juillet dernier, sur une observation adressée par MM. les docteurs Jeannel et Laulanier (de Toulouse), sous le titre de *Kyste dermoïde du maxillaire supérieur*.

Lorsque M. Berger fit son rapport à la Société de chirurgie sur cette observation, plusieurs membres émirent des doutes sur le bien fondé du diagnostic porté par MM. Jeannel et Laulanier. On pensa généralement qu'il s'agissait non d'un kyste dermoïde, mais d'un épithélioma à forme kystique reproduisant quelques-uns des caractères du kyste dermoïde. M. Jeannel envoya alors la tumeur au laboratoire de M. Malassez, qui en pratiqua lui-même l'examen histologique. M. Malassez pense qu'il s'agirait là d'une tumeur réunissant à la fois les caractères du kyste dermoïde et de l'épithélioma; ce serait un épithélioma *dermoïde* de la même façon que les kystes de l'ovaire sont des épithéliomas *mucoïdes*. Si la paroi reste dermoïde, le kyste, par ses autres caractères, se rapproche des épithéliomas. Si de pareils exemples venaient à se multiplier, il y aurait lieu sans doute de créer une nouvelle espèce sous le nom d'*épithélioma dermoïde*. Il y a lieu d'ajouter que, depuis le mois de juin, où se manifesta un semblant de récidive, la tumeur ne s'est pas reproduite, ce qui semblerait donner raison à M. Jeannel.

M. Terrier communique la statistique de toutes les opérations pratiquées dans son service de l'hôpital Bichat, pendant l'année 1886. Ces opérations se décomposent de la manière suivante :

Opérations sur les yeux : 36. — Cataractes, 9; iridotomies, 2; iridectomies, 11; strabotomies, 6; ablations du globe, 6; dermoïde conjonctival, 1; entropion, 1; ablation des parties molles de l'orbite, 1. Un seul insuccès par iritis dans les opérations de cataracte.

Opérations sur la tête et la face : 9. — Kystes, 3; lipome, 1; kyste du maxillaire, 1; subluxation du maxillaire, 1; enlèvements de balles, 3; épithélioma du nez, 1. — Tous ces opérés ont guéri.

Opérations sur le cou : 11. — Abcès ganglionnaires, 6; kyste, 1; abcès, 2; ablation de goitres, 2. Tous guéris.

Opérations sur le thorax et le sein : 18. — Epithélioma de la paroi, 1; résection costale, 1; abcès froids, 2; phlegmon profond, 1; ablation de corps étranger du sein, 1; adénomes du sein, 4; cancers du sein, 8. 2 cancers du sein opérés sont morts de broncho-pneumonie.

Opérations sur l'abdomen et l'intestin : 34. — Hernies étranglées, 5, 2 morts par péritonite; hernies gangréneuses, 2; cure radicale de hernies épigastriques, crurales, inguinales, 11, tous guéris; fibrome de la paroi, 1; incisions exploratrices, 3, 3 guérisons; kyste hydatique du foie opéré par la laparotomie, 1, mort par péritonite; fistules anales, 7; polype rectal, 1; hémorrhoïdes, 1; rectotomie, 1. Tous guéris.

Opérations sur les organes génitaux de l'homme : 12. — Castration, 1; ouverture de la gaine vaginale, 3; hydrocèles, 4; varicocèles, 3; phimosis, 1. Tous guéris.

Organes génitaux de la femme : 66. — Hystérectomie vaginale incomplète, 1, mort par péritonite; hystérectomies vaginales, 12, 10 guérisons, 2 morts par urémie; ablations du col, 3, guérisons; grattages, 6; curage, 1; débridement du col, 1; hystérectomie abdominale, 6, 3 guérisons, 3 morts; salpingite, ablation, 1; opération de Battey, 1; ovariotomies complètes, 23, 19 guérisons; ovariotomie incomplète, 1, mort par épuisement; ablation de la glande vulvo-vaginale, 3; polype de l'urèthre, 1.

Opérations sur les voies urinaires : 13. — Extrophie vésicale, 1; cancer du rein : 2 ablations, 2 morts par péritonite et urémie; hydronéphrose, 1, guérison; fistules vésico-utérines, 2, 1 insuccès opératoire; cystotomie vaginale, 1, guérison; uréthrotomies internes, 3, guérisons; calcul uréthral, 1; calcul prostatique, 1, guérison.

Opérations sur les membres supérieurs : 15. — Sur les membres inférieurs : 16. — 1 mort de tuberculose aiguë après résection de l'humérus; 1 mort de broncho-pneumonie après arthrotomie.

A l'occasion de la communication de M. Terrier, M. Desprès croit devoir faire remarquer qu'il n'a pas vu, cette année, dans son service, un seul cas d'érysipèle opératoire; il ne s'est déclaré dans ses salles que deux cas d'érysipèle : un chez un homme qui avait un abcès ouvert spontanément, l'autre chez une femme à laquelle est survenu sans motif appréciable un érysipèle de la face. M. Desprès a reçu cependant dans son

©BIU Santé

service, dans le courant de cette année, des malades venus du dehors et atteints de cette maladie. Pas un seul de ses opérés placés dans le voisinage de ces malades n'a eu d'érysipèle, preuve péremptoire, suivant M. Desprès, que l'érysipèle n'est pas aussi contagieux qu'on veut bien le dire.

M. Trélat ne saurait partager l'opinion de M. Desprès touchant la nature non contagieuse de l'érysipèle; pour lui, il croit toujours fermement à la contagion, avec la plupart des chirurgiens d'ailleurs, et il prend toutes les mesures nécessaires pour en préserver ses opérés. C'est à ces précautions non moins qu'à l'heureuse influence de l'emploi de la méthode antiseptique qu'il attribue la disparition presque complète de l'érysipèle dans ses salles depuis plusieurs années.

— M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, lit une observation de rétrécissement général, par sclérose, du système artériel.

— M. Chauvel, secrétaire général, donne lecture d'une observation, adressée par M. le docteur Monteils, membre correspondant, relative à une opération de ligature de la fémorale, puis de l'iliaque externe, pour un anévrysme traumatique de l'artère fémorale. — A. T.

FORMULAIRE

Lotion contre l'eczéma.

Chlorate de potasse.....	1 gr. 50 cent.
Vin d'opium.....	2 — 50 —
Eau distillée.....	1000 grammes.

Faites dissoudre. — On imbibe une compresse avec cette solution, et on l'applique sur les parties génitales atteintes d'eczéma. — Si l'inflammation est trop aiguë, on commence le traitement par un bain de siège chaud et des cataplasmes saupoudrés de carbonate de chaux. — N. G.

COURRIER

M. le docteur Millot-Carpentier, notre collaborateur, nous apprend qu'il va quitter le département du Nord, où il exerce la chirurgie avec distinction, pour s'établir à Vic-sur-Aisne, entre Compiègne et Soissons. Nous sommes assurés d'avance que l'activité scientifique, dont notre confrère nous a donné de nombreuses preuves, ne se ralentira pas dans cette nouvelle résidence.

— Le docteur Caradec vient de faire paraître à la librairie Delagrave une très intéressante étude sur les usages du coaltar saponiné en hygiène et en médecine infantiles. Envoi gratuit sur demande accompagnée de 0 fr. 05, pour affranchissement.

Avis. — MM. Carmouche et Cie ont l'honneur d'informer MM. les médecins qu'ils leur ont adressé *gratis* et *franco* leur Dictionnaire médical et thérapeutique des spécialités pharmaceutiques. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas encore reçu le volume sont priés d'en informer MM. Carmouche et Cie, rue Vieille-du-Temple, 19, à Paris ; ils le leur adresseront immédiatement.

VENTE après le décès de M. le docteur Fiévet, Hôtel des Ventes, salle 15, le mercredi 9 février 1887, à deux heures.

Bon mobilier en acajou, bronzes, livres de médecine et de littérature. Argenterie. — *Me Cailleux, commissaire-priseur, à Paris, rue Lafayette, 88.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Panas : Etudes sur la nutrition de l'œil, d'après les expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline. — III. F. Terrier : Ovariotomie. — Mort par péritonite. — Lésions des reins et albuminurie légère. — IV. Bibliothèque : Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 8 février. — Une élection d'associé libre, la communication de M. Panas, une intéressante lecture de M. Ollivier, tel est le bilan de la séance.

Nous ne voulons pas analyser le travail de M. Panas ; on lira avec plus de profit le résumé qu'en a donné l'auteur lui-même. Il nous suffira d'attirer de nouveau l'attention sur la délicatesse et l'originalité de ces recherches.

L'élection de M. Worms avait eu le privilège d'émouvoir l'opinion médicale, l'Académie ayant paru d'abord indécise et partagée sur la manière dont il faudrait comprendre à l'avenir ce titre d'associé libre, et sur l'espèce de candidats qui devaient y aspirer, puis s'étant maintenue, après délibération, dans la voie depuis longtemps tracée. M. Worms a réussi à tenir ouverte aux médecins une porte qui a failli leur être fermée ; à part ses titres personnels aux suffrages de l'Académie, c'est un motif de plus pour le féliciter. Il a été nommé par 45 voix contre 9 données à M. Rivière, 8 à M. Magitot, 2 à M. Corlieu, et 15 bulletins blancs. Ces derniers nous paraissent être le vestige des délibérations qui ont retardé l'élection de quelques mois. — L.-G. R.

Etudes sur la nutrition de l'œil, d'après les expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline

Par M. le professeur Panas.

De tous les problèmes, dont la solution intéresse le plus l'ophthalmologie de nos jours, il n'y en a pas de plus important que celui qui a trait à la nutrition du globe oculaire.

Qu'il s'agisse de cataracte, de glaucome, de myopie ou des différents processus ectasiques, c'est toujours à un trouble sécrétoire ou excrétoire auquel nous avons affaire. De là, pour nous, la nécessité de bien connaître les lois physiologiques qui président aux flux et reflux continuels des liquides nutritifs intra-oculaires, sous peine de voir nous échapper la *pathogénie*, ainsi que le traitement des maladies profondes de l'œil.

Etant donné l'état peu avancé de la science sur ce sujet, nous avons entrepris depuis trois années une série de recherches expérimentales (avec l'aide de notre chef de laboratoire ophthalmologique, M. Vassaux). Elles vont faire le sujet de notre communication actuelle.

Dans une première série d'expériences, nous avons utilisé les propriétés colorantes de la fluorescéine injectée dans les veines d'un animal vivant (lapin) ou sous la peau de la grenouille.

Grâce à ces expériences, déjà faites en Allemagne par Ehrlich, Shelling et d'autres, nous avons constaté les faits que voici :

©BIU Santé

« L'humeur aqueuse est manifestement sécrétée dans l'*espace rétro-iridien* (chambre postérieure des anciens anatomistes) et non dans la chambre antérieure, soit par la cornée, soit par l'iris, ainsi que cela avait cours dans la science depuis longtemps.

« Si l'on réfléchit aux parties qui constituent l'espace rétro-iridien (cristallin, zonule de Zinn, procès ciliaires et face uvéenne de l'iris), on ne peut attribuer cette sécrétion qu'à la couche de cellules ectodermiques, pigmentaires ou non, qui tapissent les procès ciliaires et la face postérieure de l'iris.

« Comme l'embryogénie nous enseigne que les éléments en question proviennent de la rétine elle-même, ce serait donc à la partie irido-ciliaire de celle-ci que revient la sécrétion de l'humeur aqueuse.

« On sait, d'autre part, que les conduits de Fontana et de Schlemm placés dans la périphérie de la chambre antérieure en sont les canaux de décharge.

« Des expériences faites en injectant de la fluorescéine directement dans le vitreum, il résulte que le courant exosmotique de l'humeur vitrée se fait en avant dans le sens de la chambre antérieure, très problablement à travers la zonule et non en arrière du côté du nerf optique, ainsi que certains l'ont prétendu. »

Des faits expérimentaux qui précèdent nous pouvons tirer des déductions cliniques et opératoires concernant les deux variétés de glaucome : l'une par occlusion de la pupille, et l'autre par encombrement de la zonule devenue imperméable.

La *première* de ces deux formes de glaucome concerne le courant aquéen, la *seconde* dépend du courant vitréen.

Les expériences faites avec d'autres substances colorantes que la fluorescéine n'ont pas donné jusqu'ici de résultats positifs.

Nos expériences avec les matières colorantes venaient d'être terminées quand, en juin 1886, M. Bouchard fit connaître l'action de la naphtaline ingérée, sur le cristallin qu'elle rendait cataracté.

Six mois consécutifs de recherches de laboratoire furent alors consacrés par nous à tirer parti de ce nouveau mode d'expérimentation.

Les résultats acquis offrent un réel intérêt pour la solution de la question que nous traitons devant l'Académie.

Mais, avant d'en parler, qu'il nous soit permis d'insister sur l'existence, dans l'œil, d'*espaces nutritifs* réels ou virtuels, appelés aussi espaces lymphatiques, dont ils jouent jusqu'à un certain point le rôle. On admet comme tels :

« La chambre antérieure avec les canaux de Schlemm et de Fontana.

« L'espace rétro-iridien.

« La supra-choroïdea qui communique avec l'espace sous-ténonien et l'espace arachnoïdien du nerf optique.

« Un espace, cette fois virtuel, entre la couche pigmentaire de la rétine et celle des cônes et des bâtonnets.

« Un espace de même nature placé entre la limitante interne de la rétine et la membrane hyaloïdienne. Le canal hyaloïdien de Cloquet en serait le prolongement. »

Ces deux derniers espaces offrent des connexions avec le tissu propre du nerf optique.

Pour ce qui est de l'espace intra-rétinien en particulier, la physiologie

nous enseigne qu'il s'y passe des mouvements nutritifs intéressants, dont l'aboutissant est la formation du *rouge rétinien*, découvert par Ball, et une migration du pigment sous l'influence de la lumière.

Cela étant, voilà les résultats auxquels nous ont conduit nos recherches expérimentales avec la naphtaline qui semble concentrer son action sur les parties profondes de l'œil avant que de provoquer la formation de la cataracte.

Objectivement. — Apparition de nombreux cristaux flottant dans le vitreum, ainsi qu'on peut le voir sur le lapin en expérience. Tôt ou tard, formation de plaques chatoyantes disséminées sur la rétine, qui finissent par se confondre et par s'excaver au centre. Ultérieurement, commencement de cataracte striée de l'équateur vers les pôles du cristallin, et qui ne tarde pas à se compléter. Arrivée à sa maturité, cette cataracte est molle, volumineuse, et offre une couleur rouillée ou gris sale.

Anatomiquement. — Les lésions procèdent comme il suit : Le vitreum, outre les cristaux révélés par l'ophtalmoscope sous la forme de synchisis étincelant, offre dans son intérieur des amas nombreux de leucocytes.

Dès le début on rencontre dans l'œil un double exsudat, l'un placé entre la rétine et le vitreum ; l'autre entre les deux feuillets primordiaux de la rétine ; autrement dit, entre la couche pigmentaire de celle-ci qui reste adhérente à la choroïde, et la couche des cônes et des bâtonnets.

De là résultent nécessairement deux décollements, celui du vitreum en avant, et un autre de la rétine en arrière. Le liquide pathologique interposé contient les mêmes cristaux et les mêmes amas leucocytiques que le vitreum.

Uu examen morphologique et histologique de ces cristaux nous a conduit à admettre qu'il s'agit là de cristaux d'oxalate, de sulfate et de carbonate de chaux revêtant les trois formes d'octaèdres, de gerbes aciculaires et d'amas globuleux.

Les plaques rétiniennes que nous avons constatées à l'ophthalmoscope réprésentent des altérations propres à l'œdème du tissu rétinien dont les éléments se sont dissociés comme par hydrotomie.

Plus tard il s'y ajoute des cristaux aciculaires de sulfate de chaux à une période plus avancée correspondant à l'ombilication des plaques, le tissu rétinien se rétracte et adhère fortement à la choroïde sous-jacente, en même temps que ses différents éléments s'altèrent et se bouleversent les uns dans les autres, y compris le pigment qui se retrouve partout en voie de migration.

A ce moment, il se produit un décollement total du vitreum, dont le pédicule reste adhérent au nerf optique. La papille de ce dernier, gonflée et infiltrée de leucocytes, offre tous les signes anatomiques qu'on rencontre dans la rétinite albuminurique.

La cataracte apparaît alors et son action plus ou moins tardive se *lie toujours* aux lésions graves dont la rétine est le siège. Ces lésions font que l'animal devient non seulement cataracté, mais aussi amblyope, et, finalement, amaurotique véritable.

Ce n'est qu'à un stade ultime que la choroïde elle-même participe à la lésion.

La cornée, la sclérotique, la conjonctive, l'iris et les procès ciliaires demeurent absolument normaux.

L'humeur aqueuse reste transparente malgré une certaine surcharge d'albumine que révèlent les réactifs, l'acide nitrique en particulier.

Les déductions physiologiques et pathologiques principales auxquelles nous avons été conduit par nos expériences avec la naphtaline administrée à la dose journalière de 2 à 3 grammes chez le lapin, sont les suivantes :

La nutrition du cristallin paraît être sous la dépendance de la rétine surtout et conjointement du vitreum. De là sa dénutrition, et la cataracte lorsque ces parties sont altérées.

Les voies que suit le courant nutritif venu des vaisseaux centraux sont: l'espace ventriculaire intra-rétinien, et celui placé entre la rétine et l'hyaloïde avec le prolongement hyaloïdien ou canal de Cloquet.

La présence d'une quantité anormale d'albumine dans l'humeur aqueuse, lorsque la cataracte se montre, prouve que le courant de décharge du cristallin se fait dans le sens de l'humeur aqueuse, qui ne serait plus alors, comme on l'a avancé jadis, le liquide nourricier du cristallin.

Ce qui prouve que la cataracte en question est d'ordre vital et non chimique, c'est que des lapins naphtalinisés et offrant depuis longtemps des cristaux dans l'œil sont restés indemnes de cataracte tant que la rétine s'est montrée saine à l'ophthalmoscope.

Le fait que la nutrition du cristallin est sous la dépendance d'un courant qui lui vient de la rétine et du nerf optique à travers le vitreum, s'il venait à être définitivement confirmé, pourrait expliquer la pathogénie de la cataracte sénile qui nous est actuellement tout aussi peu connue qu'elle l'était au siècle passé.

Pour le présent, notre travail constitue un acheminement vers la solution de cette grande question du mode de nutrition de l'œil, et c'est pourquoi nous avons tenu à le communiquer à l'Académie.

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

Ovariotomie. — Mort par péritonite. — Lésions des reins et albuminurie légère.

La nommée Rose Gonnet, âgée de 59 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Bichat le 1er mai 1884, salle Chassaignac, n° 3.

Il y a sept ans environ, cette femme s'aperçut que son ventre augmentait de volume et devenait asymétrique; le côté gauche du ventre était déjà, comme à présent, plus saillant que le droit. L'évolution a été très silencieuse jusqu'aux huit derniers mois : pendant toute cette période, deux faits seuls méritent d'être signalés, ce sont des douleurs siégeant dans la fosse iliaque gauche, survenant à des époques très variables et sans cause connue, et un suintement sanguin à peu près continu apparaissant treize ans après la ménopause.

Depuis huit mois, la santé s'est profondément altérée; la malade, qui jusqu'ici pouvait se lever et travailler un peu, passe la plus grande partie de la journée dans un fauteuil; l'appétit est complètement perdu; les digestions sont très pénibles et l'amaigrissement fait des progrès très rapides.

Il n'y a pas de signes de compression du côté du rectum et de la vessie; la miction, quoique non douloureuse, est devenue plus fréquente; les urines ne contiennent pas de sucre, mais présentent *quelques traces d'albumine*; la moyenne de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est de trois quarts de litre à un litre; les chiffres extrêmes sont un demi-litre et deux litres. Il y a de l'œdème au niveau des malléoles; depuis huit mois, cet œdème est plus marqué à gauche qu'à droite.

Réglée à 17 ans, cette femme n'a jamais eu de troubles de la menstruation; elle s'est mariée à 23 ans et a eu onze enfants en seize ans; deux enfants sont venus avant terme, l'un à six mois, l'autre à sept; cette femme a fait, en outre, deux fausses couches de six semaines. La ménopause s'est établie facilement à l'âge de 46 ans.

Le ventre, de forme hémisphérique, a 97 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic; il est asymétrique et son point culminant est rejeté à gauche et au-dessus de l'ombilic; tandis que la partie gauche du ventre est saillante et convexe, la partie droite est aplatie; l'ombilic est déplacé, étalé, et est distant de 20 centimètres de l'appendice xiphoïde, de 24 centimètres de la symphyse pubienne; il est à 26 centimètres de chacune des deux épines iliaques antéro-supérieures. La peau est très souple et très mince, peu distendue; elle est très pigmentée surtout au niveau de la ligne médiane et de l'ombilic. Des vergetures sillonnent toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen; les veines sont peu développées.

La palpation, facile grâce à la minceur et à la souplesse de la paroi, fait reconnaître cinq lobes: le premier, situé à droite et au-dessus de l'ombilic, forme le sommet du ventre; il a la grandeur de la paume de la main; un second lobe occupe toute la fosse iliaque gauche; un troisième, l'hypogastre; un quatrième, la fosse iliaque droite; enfin, le cinquième, plus petit que les autres, est à 4 centimètres à droite de l'ombilic. Ces différents lobes donnent à la tumeur une consistance très souple; le premier lobe seul paraît fluctuant.

Il n'y a pas d'ascite considérable, mais un peu de liquide.

Les limites de la matité sont marquées supérieurement par une courbe à concavité inférieure, dont les deux extrémités aboutissent aux deux épines iliaques antéro-supérieures, tandis que le sommet de la courbe passe à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Le col est abaissé, gros, ramolli surtout au niveau de la lèvre antérieure, effacé de sorte que le museau de tanche est de niveau avec les culs-de-sac; l'orifice du col est assez largement ouvert pour admettre la moitié de la phalangette de l'index; la coloration du col est violacée; l'utérus ne paraît pas mobile; la combinaison du palper et du toucher ne fournit aucun résultat nouveau. L'hystéromètre donne 9 centimètres 1/2 de longueur à la cavité utérine. Il y a un léger degré de cystocèle vaginale.

Le doigt introduit dans l'anus sent, à travers la paroi antérieure du rectum, une masse lisse, très volumineuse, très dure, immobile, étroite en bas, large en haut, constituée par le corps de l'utérus.

Depuis le jour de l'entrée à l'hôpital jusqu'au jour de l'opération, la malade a toujours perdu un peu de sang, quelquefois même des caillots. Pendant une quinzaine de jours, elle a souffert du membre inférieur gauche, sur lequel existait un certain degré de phlegmatia; l'œdème était plus marqué à la face interne de la cuisse gauche que dans les autres points; un cordon dur et sensible marquait le trajet des gros vaisseaux au pli de l'aine.

La température, presque normale le matin, monte, le soir, à 38°6 et même 39°.

Opération le 24 juin 1884. — Aides: MM. Périer, J. Championnière et Berger. MM. les docteurs Peyrot, Schwartz, Defontaine, Verchère, Damalix et Fauvel (du Havre) assistaient à l'opération.

L'incision médiane sous-ombilicale donne du sang, de grosses veines étant coupées en travers. Le péritoine, adhérent en partie au kyste, est ouvert sur la sonde cannelée, puis avec des ciseaux. Il s'écoule du liquide ascitique en assez grande quantité.

Le kyste, mis à découvert, est à petites loges, et offre de nombreuses adhérences avec la paroi abdominale et l'épiploon, qui semble macéré. Des pinces en T sont placées sur les vaisseaux épiploïques, lésés par le décollement des adhérences.

L'ouverture abdominale est agrandie en bas, jusque 2 à 3 centimètres du pubis et, en haut, jusqu'à moitié de l'ombilic à l'appendice xyphoïde.

Les adhérences à la paroi, à l'épiploon et même à l'intestin, sont dissociées peu à peu.

Le kyste sort d'abord à gauche, puis en haut et à droite; mais, dans les manœuvres

©BIU Santé

d'extraction, quelques loges se rupturent et le liquide coule dans l'abdomen, d'où il est vite retiré à l'aide d'éponges.

Le pédicule, petit et à gauche, est pris entre deux pinces courbes et sectionné, ce qui permet d'enlever la tumeur.

Des ligatures au catgut sont placées sur les vaisseaux de l'épiploon et sur quelques artérioles de la paroi. On fait ainsi plus de dix ligatures.

Le pédicule est lié avec deux fils de soie entrecroisés en X. Le deuxième ovaire est sain.

La toilette du péritoine est faite avec grand soin pour enlever les caillots et la sérosité du petit bassin; pendant ce temps, on remarque le volume anormal du foie, qui descend bien au-dessous de l'hypochondre.

La plaie est suturée par quatorze fils profonds et trois superficiels.

L'opération, faite d'après les règles de Lister, a duré trois quarts d'heure.

La tumeur enlevée était un kyste multiloculaire à très petites loges, avec des points dont la texture ressemble fort à du tissu sarcomateux. Elle pesait 7 kil. 100 grammes, parties solides et liquides comprises.

Le 24 juin. — Soir : Quelques coliques. Pas de vomissements. Un centigramme de morphine en injection hypodermique. Glace, champagne. Temp. 39°, pouls 114, resp. 38.

Le 25. — Matin : Quelques coliques; douleurs lombaires; pas de vomissements. Le suintement sanguin, qui s'écoulait des organes génitaux avant l'opération, n'a pas cessé. Temp. 38°4, pouls 100, resp. 32. — Soir : Même état; quelques éructations; un peu de ballonnement. La malade n'émet pas de gaz par l'anus. Quantité d'urine en vingt-quatre heures : trois quarts de litre. Eau chloroformée. Temp. 39, pouls 106, resp. 35.

Le 26. — Matin : Etat nauséeux depuis ce matin; un vomissement bilieux; un peu de ballonnement; pas d'émission de gaz par l'anus. Temp. 38°4, pouls 98, resp. 31. — Soir : Encore des éructations et des nausées; un vomissement bilieux; aucun gaz ne sort de l'anus malgré l'administration de quarts de lavement; ballonnement. Faiblesse assez marquée. Une demi-seringue à injections sous-cutanées d'éther toutes les deux heures; rhum, champagne, eau chloroformée. La quantité de sang qui s'écoule du vagin augmente. Urine en vingt-quatre heures : trois quarts de litre. Temp. 38°2, pouls 100, resp. 32.

Le 27. — La nuit a été mauvaise. La malade, très agitée parlait avec vivacité, appelait ses enfants, voulait descendre de son lit. Vomissements très fréquents et sans aucun effort. Une injection sous-cutanée de 1 centigramme à minuit, depuis calme relatif. Ce matin, la malade est très abattue, plongée dans la somnolence, elle est secouée continuellement par des nausées et des éructations très pénibles. La malade n'émet aucun gaz. Injections d'éther. Temp. 39°4, pouls 118, resp. 30. — Soir : La faiblesse est extrême; la langue est sèche. Eructations et vomissements. Urine : un demi-litre. Injections d'éther; un demi-centigramme de morphine. Temp. 39°4, pouls 120, resp. 34. Mort le 28 juin 1884, à cinq heures du matin.

Autopsie le 29 juin 1884 — Les lèvres de l'incision sont seulement accolées et non réunies; on peut facilement les faire bâiller entre deux points de suture. La face profonde de l'incision est masquée par quelques fausses membranes; après les avoir détachées on reconnaît que la réunion a manqué sur la face péritonéale comme sur la face cutanée, ce qui est exceptionnel.

Aussitôt après l'ouverture du ventre, les anses intestinales se précipitent au dehors; elles sont distendues, légèrement dépolies, quelque peu agglutinées entre elles et présentent sur différents points de leur longueur des arborisations. Le mésentère est beaucoup plus injecté que l'intestin; l'épiploon est également très injecté, il n'adhère ni à la face profonde de la paroi abdominale, ni aux anses intestinales. On trouve collectée dans l'excavation pelvienne et dans les fosses iliaques une faible quantité de liquide séro-sanguinolent.

L'utérus est volumineux, pèse 150 grammes; la muqueuse utérine est violacée et

Anémie. Chlorose. Le Flacon : 4 fr.
DRAGÉES CARBONEL AU PERCHLORURE DE FER PUR
Hémorrhagies. Lymphatisme. Le Flacon : 4 fr.
Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°
VENTE EN GROS chez tous les DROGUISTES. — DÉTAIL dans toutes les PHARMACIES

ÉPILEPSIE - HYSTÉRIE - NÉVROSES
Le SIROP de HENRY MURE au Bromure de Potassium (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du Flacon : 5 francs.
Henry MURE, Phien à Pont-St-Esprit (Gard). — PARIS, Phie LEBROU, 16, rue Richelieu,
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES

ALIMENTATION AU GLUTEN
F. LAPORTE, neveu et successeur de F. DURAND
Fabricant de produits alimentaires au gluten : Biscottes, pain en tranches, chocolats, semoule de pain de gluten et pâtes diverses à l'usage des diabétiques et des personnes dont l'estomac débilité demande une nutrition spéciale.
Ces produits sont approuvés et recommandés par les Sociétés savantes, par le Corps médical, et particulièrement par l'Académie de médecine de Paris. — 10 médailles or et argent. — Diplôme d'honneur.
TOULOUSE, 41, rue des Amidonniers. — PARIS, 24, rue des Grands-Augustins.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE
Employé depuis plus de trente ans par les médecins de tous les pays contre les diverses Maladies du cœur, Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes, enfin dans tous les troubles de la circulation.
DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ
AU LACTATE DE FER
Approuvées par l'Académie de Médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.
ERGOTINE ET DRAGÉES D'ERGOTINE de BONJEAN
(Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris)
La solution d'Ergotine Bonjean est un des meilleurs hémostatiques (Ergotine 10 gr., eau 100 gr.). — Les Dragées d'Ergotine Bonjean sont employées pour faciliter le travail de l'accouchement et arrêter les Hémorrhagies de toute nature.
Dépôt Général : LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris
SE TROUVENT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE CHAQUE VILLE

VIN IODÉ DE MORIDE
Pharmacien de 1re Classe, Lauréat de l'Institut
Contient l'iode combiné comme dans les plantes marines et l'Huile de Foie de Morue
Le VIN IODÉ de MORIDE est rigoureusement dosé à un gramme d'iode par litre; il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac. — Anémie — Pâles Couleurs — Faiblesse de Constitution - Gourme et Glandes des Enfants. — PARIS, 13, Rue de Bourgogne

©BIU Santé

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Chloral — Bromure de Potassium — Ecorces d'oranges amères

Prescrit pour remédier aux différents troubles essentiels ou symptomatiques du système nerveux, à la dose de 1 à 6 cuillers à café, à dessert ou à bouche, selon l'âge, dans les 24 heures. Goût agréable. D'une grande ressource pour procurer le sommeil sans les inconvénients des opiacés.

Paris, 2, Place Vendôme, et toutes Pharmacies.

VICHY

Grande-Grille, maladies du foie et de l'appareil biliaire ; — **Hôpital,** maladies de l'estomac ; — **Hauterive,** affections de l'estomac et de l'appareil urinaire ; — **Célestins,** gravelle, maladies de la vessie, etc, (*Bien désigner le nom de la source*). La caisse de 50 bouteilles, Paris, **35** fr. ; Vichy, **30** fr. (*emballage franco*). La bouteille à Paris, **75** c. L'eau de Vichy se boit au verre, **25** c.

PASTILLES DE VICHY, excellent digestif fabriqué à Vichy, avec les sels extrait de l'eau des sources. — La boîte de 500 grammes, **5** fr., boîtes de **2** et **1** fr.

VENTE de toutes les Eaux minérales. — REDUCTION DE PRIX

PARIS — 8, Boulevard MONTMARTRE et 28, rue des FRANCS-BOURGEOIS, — PARIS

SUCCURSALE : 187, RUE SAINT-HONORÉ

VIN MARIANI

à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Prix : 5 fr. la bouteille.

Maison de Vente MARIANI b^d Haussman, 41

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

ÉLIXIR LUCAS

VIANDE, — FER, — VIEUX COGNAC

DÉLICIEUSE LIQUEUR

SURPASSE TOUS SES SIMILAIRES

Remede par excellence des Anémiques des Chlorotiques, et

Surtout des Convalescents

Convient admirablement dans la *fièvre typhoïde à forme adynamique.* Aucun tonique ne répare les forces plus sûrement et plus rapidement.

NOMBREUX ÉLOGES DE MÉDECINS.

Prix : 3 fr. *dans toutes les Pharmacies.*

Même Élixir sans fer.

VÉRITABLES GRAINS *de Santé* du docteur FRANCK

(Formule du Codex N° 603)

ALOÈS & GOMME-GUTTE

Le plus commode des PURGATIFS.

très imités et contrefaits.

L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la marque des véritables.

Dépôt Ph^ie LEROY, 7, r. Daunou

ET TOUTES LES PHARMACIES

VIN AUGUET

Toni-Réparateur aux Coca, Quina, Ecorces d'Oranges amères et vieux Vin d'Espagne.

Est le plus puissant Tonique pour guérir :

ANÉMIE, CHLOROSE, FIÈVRES, NÉVRALGIES MAUVAISES DIGESTIONS

Il convient surtout aux personnes affaiblies par les maladies, le travail, les excès.

LA BOUTEILLE : 4 FR.

Lyon, Ph^ie AUGUET, et toutes les bonnes Ph^ies.

CHATEL-GUYON

Établissement thermal Bains à eau courante Hydrothérapie, etc.

KISSINGEN *français*

Casino, Cercle Concerts, Théâtre Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS

GARGARISME SEC

du Dr WILLIAMS

1^f 50 la boîte.

Ce Bonbon remplace avec avantage les gargarismes liquides et offre sur ceux-ci l'avantage de se conserver indéfiniment, d'être très portatif, d'atteindre plus avant le fond de la gorge et de rester plus longtemps en contact avec les parties malades.

PHARMACIE NORMALE, 19, *rue Drouot, Paris*

Bien exiger le nom WILLIAMS.

Décret d'intérêt public. Approb. de l'Acad. de Médecine

ROYAT

EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR, Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.

(FERRO ARSENIC")

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES

Caisses de 30 à 50 bout. 20 fr. et 30 fr. *franco* Gare ROYAT

Notices et Renseignements, 5, rue Drouot, PARIS

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chroniques de l'enfance.

LE FLACON : 3 FR.

LE PERDRIEL & Cie, 11, Rue Milton PARIS

---

l'Alimentation Thérapeutique rendue pratique

PAR LA

POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

PARIS 3bis RUE BLEUE

Conservation illimitée garantie. — Odeur et saveur agréables.

EAU FERRUGINEUSE DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DOME)

ANÉMIE - CHLOROSE - DYSPEPSIE

Médaille d'Or, Nice 1884

Agréable à boire. Tonique Reconstituante. SOURCE. *Guérit* l'ESTOMAC et régularise les fonctions de l'INTESTIN

St. LEGER

DRAGÉES

QUINOIDINE DURIEZ

Puissant tonique. — Très efficace contre les ***récidives des fièvres intermittentes.***

Dix centigr. de Quinoïdine par Dragée. — Fl. de 100 : 4 fr. Fl. de 20 : 1 fr. — PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes Phies.

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les ***Attaques d'Asystolie,*** dans l'***Asthénie cardiaque,*** la ***Dyspnée du Cœur*** et la ***Péricardite.***

Dans les cas de ***Cardiopathie*** avec ***Hydropisie,*** on associe ces préparations à l'infusion de fleurs de genêts comme **diurétique.**

DOSAGE { *Les Capsules Houdé au Sulfate de Spartéine renferment exactement 0,02 centigr. de sel.* / *Le Sirop Houdé au Sulfate de Spartéine renferme 0,04 centigr. de sel par 20 grammes.*

MODE D'EMPLOI. — La dose quotidienne de ce médicament varie entre 5 et 25 centigrammes.

Dépôt Général : A. HOUDÉ, Pharmacien

Lauréat de l'Académie de Médecine (PRIX ORFILA)

PARIS, rue du Faubourg-Saint-Denis, 42, *et principales Phies.*

DIGESTIF COMPLET

ÉLIXIR EUPEPTIQUE TISY

A BASE DE PANCRÉATINE, DIASTASE ET PEPSINE

CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES

CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

MENTION HONORABLE

La réunion des trois ferments eupeptiques assure MÉDAILLE D'ARGENT. à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. MÉDAILLE D'ARGENT.

La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 Cgr. « diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche.

Gros et Détail, Maison BAUDON, 12, rue Charles V (Bastille), Paris.

VIN de VIVIEN à L'EXTRAIT de FOIE de MORUE

Ce Vin, agréable à boire, contient par cuillerée 0s 2 d'Extrait, soit exactement les principes actifs de l'Huile de morue, **3 fr. 50** le flacon.

Dragées d'Extrait créosoté, 100 dragées à 0s 1 d'Extrait, 3 fr. 50. — *Boulevard de Strasbourg, 40.*

©BIU Santé

VIN DE G. SEGUIN

Le Vin de SEGUIN est un puissant *Tonique*, pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT.

Paris, pharm. G. SEGUIN, 375, rue St-Honoré.

ÉPILEPSIE

Dans l'état actuel de la science, les **DRAGÉES GELINEAU** au Bromure de potassium arsenical et à la Picrotoxine, constituent la médication la plus sûre à opposer à cette terrible maladie.

Dans toutes les Pharmacies

Dyspepsie acide. *Dyspepsie amylacée*

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina Colombo et Coca acidulé à l'acide normal de l'estomac

VIN OXYGÉNANT

complément du traitement des dyspepsies par la

MALTINE GERBAY

administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment complet.

VIN TONI-STOMACHIQUE DE MAZZARA

PRÉPARÉ PAR

ROUSSEL, Pharmacien de 1re classe
Ex-interne des hôpitaux de Paris
PARIS : 10, rue Washington.

Stomachique et apéritif puissant par l'action du Quinquina, de la Gentiane, de l'Ecorce d'Oranges amères et du Quassia amara qui entrent dans sa composition, ce vin naturel convient essentiellement aux personnes débiles, faibles ou anémiques et à tous les individus atteints d'affections des voies digestives.

Sirop-Zed

Coqueluches, Bronchites, Toux *Phthisiques*, Insomnies, etc.

PARIS, 22 ET 19, RUE DROUOT.

FRANÇOIS JOSEPH

Eau Purgative Hongroise
LA PLUS CHARGÉE EN PRINCIPES ACTIFS
DÉPOTS PARTOUT
Direction : BUDA-PEST

Institut de France

PRIX MONTYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'École de médecine, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extractifs pour 1,000 gr. de vin d'Espagne diastasé. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non-seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 30 gr. de vin de quinquina titré. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

recouverte vers le fond d'un détritus brun violacé constitué en majeure partie par du sang. Le tissu utérin est sain et ne contient pas de corps fibreux.

L'ovaire droit est très atrophié. La ligature placée sur le pédicule est très solide.

La muqueuse vésicale est injectée au niveau du col; elle est normale dans les autres points.

Les reins sont très gros; ils pèsent chacun 150 grammes.

La rate a conservé sa forme et sa couleur; elle pèse 200 grammes; elle est farcie d'une dizaine de nodules cancéreux (?) tranchant par leur coloration blanche sur le tissu violacé de la rate; ces nodules ont le volume d'un pois à une noisette et sont assez régulièrement sphérique; leur coupe montre qu'ils sont composés de deux parties: l'une périphérique, épaisse, formant une sorte de coque; l'autre centrale, molle, tombée quelquefois en déliquium, de sorte que le noyau représente alors une sorte de kyste. Au niveau du hile de la rate et de la queue du pancréas existent plusieurs ganglions volumineux, fondus ensemble et manifestement dégénérés.

Le foie, volumineux, pèse 1 kilogr. 850 grammes; il est extrêmement gros; la face inférieure de son lobe gauche adhère à la face antérieure de la rate; par de légères tractions, on arrive à séparer les deux organes; on constate alors sur les deux faces primitivement accolées de petits grains blancs qui se correspondent; ces grains ne sont pas contenus dans le tissu hépatique lui-même; ils semblent développés dans la capsule de Glisson et le péritoine, qui la recouvre. On ne trouve aucune néoformation dans le foie; les ganglions du hile, ceux situés au niveau de la tête du pancréas sont normaux. Il n'y a ni périhépatite, ni périsplénite.

Les poumons sont sains, un peu emphysémateux; au niveau de la bifurcation de la trachée existent plusieurs ganglions très volumineux et fondus ensemble; il n'existe aucune néoformation suspecte dans les organes thoraciques.

Le cœur est sain; il n'y a ni athérome, ni lésions valvulaires appréciables.

Le péricarde, les plèvres ne contiennent pas de liquide.

On peut, je crois, attribuer la mort de cette opérée aux lésions rénales, déjà accusées avant l'opération par la présence d'une petite quantité d'albumine dans les urines. Quant aux noyaux trouvés dans la rate, il est impossible, l'examen microscopique n'ayant pu être fait, de les considérer comme des noyaux épithéliaux.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES OVAIRES, par M. T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Paris, 1886, J. B. Bailière et fils.

La mort récente de M. Gallard rappelle l'attention sur ses travaux, qui ont porté sur l'hygiène, la médecine légale, et sur la pathologie des organes génitaux de la femme. Nos lecteurs n'ont pas oublié les articles qui ont été publiés dans ce journal sur ces travaux et en particulier sur les derniers d'entre eux, relatifs à la menstruation et ses troubles et aux maladies des ovaires.

Dans ce volume, M. Gallard défendait la théorie qu'il a exposée depuis longtemps et d'après laquelle il considère l'hématocèle péri-utérine comme n'étant, dans l'immense majorité des cas, qu'un trouble de l'ovulation, une véritable ponte extra-utérine, dont le mécanisme ne diffère en rien de la grossesse extra-utérine.

Les autres chapitres sont consacrés : aux phlegmasies péri-utérines, parmi lesquelles se range, au premier rang, l'ovarite, puis le phlegmon péri-utérin, dont M. Gallard établit la réalité, mise en doute dans ces dernières années; il démontre que la péritonite circonscrite, par laquelle on a prétendu le remplacer, sous la dénomination de pelvi-péritonite, n'est jamais primitive, — aux troubles nerveux qui peuvent être considérés comme étant directement sous la dépendance d'une altération pathologique

©BIU Santé

de l'ovaire, et en particulier de l'ovarialgie et des paralysies d'origine ovarienne, — et aux kystes et aux autres tumeurs de l'ovaire.

Au point de vue théorique et au point de vue didactique, les maladies de l'ovaire ont fait de grands progrès ; on peut en dire autant pour le traitement des tumeurs de l'ovaire par l'ovariotomie, à l'égard de laquelle M. Gallard frise un peu l'hérésie, car il semble faire fi de la méthode antiseptique ; mais il n'en est pas de même pour le traitement des autres maladies de l'ovaire, qui trop souvent encore est inefficace.

Les ovarites et l'ovarialgie ont exercé jusqu'à leurs dernières limites l'habileté et la sagacité des médecins et des chirurgiens, et l'extirpation des ovaires elle-même n'a pas fait cesser la névralgie, — heureux quand l'opération n'a pas amené une issue fatale!

M. Gallard s'élève avec raison contre l'abus qui a été fait de l'ovariotomie dite normale, et nous sommes heureux de lui voir signaler encore dans un autre chapitre de son livre, les accidents graves qui ont suivi des manœuvres destinées à faire cesser la stérilité.

Après avoir rappelé les accidents qui peuvent survenir à la suite du simple toucher vaginal, il mentionne des cas dans lesquels une intervention chirurgicale intempestive a provoqué le développement d'une phlegmasie péri-utérine qui, suppurant ensuite, a compromis sérieusement les jours de la malade.

Dans un cas, une dame, désireuse d'avoir un enfant, s'était soumise, malgré les conseils très sages et très sensés de son médecin, « à un traitement dont le résultat devait être de la rendre féconde. Ce qui lui fut fait pour cela, dit l'auteur, nous ne l'avons pas su au juste ; ce fut peut-être une incision, peut-être une dilatation de l'orifice utérin. Toujours est-il qu'à un certain moment l'opération fut plus douloureuse, la malade perdit du sang, revint chez elle tout endolorie, et peu de temps après, elle avait tous les signes d'une inflammation péri-utérine des plus intenses. Cette phlegmasie, qui mit ses jours en danger, se termina par suppuration ; l'abcès fut ouvert du côté de la paroi abdominale et demeura fistuleux. Je possède plusieurs observations d'accidents semblables, survenus à la suite de débridements pratiqués sur les orifices du col utérin par des chirurgiens auxquels on a reproché, non sans raison, de faire abus de cette opération, en apparence peu dangereuse. »

L'aveu est précieux, venant d'un praticien aussi éclairé et aussi expérimenté que M. Gallard, et nous l'enregistrons d'autant plus volontiers qu'il vient à l'appui des opinions que soutient notre cher maître, M. Verneuil, au sujet des opérations inutiles et dangereuses. — L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection faite par l'Académie, dans la dernière séance, de M. Prunier comme membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Bouchardat, décédé. — Sur l'invitation de M. le Président, M. Prunier prend place parmi ses collègues.

— M. Brouardel, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Gallard. Cette lecture est accueillie par d'unanimes marques d'approbation.

— La délégation désignée par l'Académie pour la représenter au Congrès médico-chirurgical qui doit s'ouvrir à Washington, au mois de septembre prochain, se compose de MM. Charpentier, Dujardin-Beaumetz, Léon Labbé, Léon Le Fort, Trélat et Valin.

M. Peter fait hommage à l'Académie de médecine, de la part des auteurs, le profes-

seur de Renzi, directeur de la première clinique médicale de l'Université de Naples, et le professeur Amoroso, coadjuteur de cette clinique, de leurs *Recherches expérimentales sur la rage.*

Dans leurs recherches, les savants italiens, très versés dans la pratique des inoculations rabiques, se sont proposé le double but : 1° de déterminer s'il existait un moyen de provoquer la rage à coup sûr; 2° s'il existait une médication préventive contre cette rage ainsi déterminée.

Sur le premier point, ils sont arrivés à cette conclusion : Oui, l'on peut déterminer la rage, à coup sûr, par l'inoculation du virus rabique sous la dure-mère après trépanation.

Sur le second point : Non, il n'y a pas de médication préventive contre cette rage ainsi provoquée, et la médication dite antirabique de M. Pasteur est absolument impuissante aussi bien sous sa forme *primitive* que sous sa forme *intensive*.

Voici, d'ailleurs, les conclusions qui terminent le travail des savants italiens :

« Les inoculations sous-cutanées, répétées avec des virus frais, lorsqu'elles sont pratiquées même au nombre de douze (deux fois par jour), ne produisent pas des effets différents de ceux que l'on constate avec une seule inoculation.

« Les inoculations *préventives*, faites avec des moelles de sept jours sur des lapins, n'ont point préservé ces animaux du développement ultérieur de la forme rabique ordinaire et de la mort consécutive; elles n'ont pas réussi davantage à prolonger l'incubation ou à retarder la mort; cela résulte des expériences comparatives faites dans des conditions identiques sur des animaux témoins.

« Le traitement curatif par la méthode *intensive* instituée chez des lapins inoculés sous la dure-mère a été *absolument inefficace*, et n'a même pas retardé la mort, c'est le résultat *constant* de nos expériences.

« Nos expériences sur les chiens prouvent encore de la façon la plus claire et la plus évidente que la médication antirabique, très rapide et répétée (trois fois) à bref délai, n'a aucun *effet favorable*.

« Les chiens soumis à ce traitement sont morts plusieurs heures avant le chien témoin auquel on n'avait fait subir aucun traitement.

Il suit de ces expériences que les inoculations très rapides, intensives, peuvent, pour leur propre compte, accélérer la mort.

« Il résulte donc de nos recherches expérimentales sur le traitement préventif de la rage (recherches faites par nous avec la plus rigoureuse exactitude soit par la méthode intensive ou très rapide, soit d'après la méthode simple) que ce traitement n'a été d'*aucune efficacité*, mais qu'au contraire il *a contribué à aggraver la forme morbide de la rage*, et à donner plus PROMPTEMENT *la mort* aux animaux.

« Ainsi la médication anti-rabique qui, d'après les vues de M. Pasteur, avait pour base ses recherches expérimentales, n'a AUCUN FONDEMENT. »

Ainsi, enfin, des expériences faites à Naples d'une façon indépendante et désintéressée, par des savants très compétents, les ont conduits à des conclusions identiques à celles du professeur Von Frisch, à Vienne, et de l'académicien Ed. Abreu (de Lisbonne).

— M. VULPIAN fait observer que MM. Amoroso et de Renzi sont encore bien peu expérimentés dans la pratique des inoculations qu'ils ont commencées sans s'être donné la peine de venir les étudier sérieusement au laboratoire de M. Pasteur. M. le professeur Cantani, au contraire, dont le travail a été présenté dans la dernière séance, est venu s'instruire longuement à ce laboratoire; il y a travaillé lui-même; les expériences qu'il a entreprises à son laboratoire de Naples et dont les résultats sont conformes à ceux de M. Pasteur sont donc l'œuvre d'un expérimentateur habile et compétent, tandis que MM. Amoroso et de Renzi ne sont que des novices.

M. PETER : Pardon! ils sont professeurs de l'Université de Naples.

M. VULPIAN : Tous les médecins, en Italie, s'intitulent professeurs; c'est l'usage.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section des associés libres.

©BIU Santé

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Worms; — en deuxième ligne, M. Magitot; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Blache, Corlieu, Galezowski, Rivière.

Le nombre de votants étant de 79, majorité 40, M. Worms obtient 45 voix; M. Rivière 9; M. Magitot 8; M. Corlieu 2; bulletins blancs 15. M. Worms est élu.

M. Panas continue et termine sa communication intitulée : *Etudes sur la nutrition de l'œil d'après des expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline.* (Voir plus haut.)

M. Giraud-Teulon fait ressortir le grand intérêt de la communication de M. Panas, et présente, à l'appui des résultats des expériences de son collègue, des faits de son observation personnelle qui l'ont conduit à des conclusions analogues sur la question de la nutrition de l'œil.

— M. le docteur Ollivier lit un travail sur la pelade et sa nature contagieuse qu'il considère comme problématique.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Les dernières séances de la Société ont été remplies par un certain nombre de communications dont nous allons résumer les principales.

Nous relèverons d'abord une observation de M. le docteur Schwartz concernant un homme ayant reçu sur la tête une pile de briques tombée du 3e étage. Au premier examen, on constata une plaie du cuir chevelu et les symptômes d'une commotion cérébrale : la température monta rapidement à 39°; le reste de la journée, le malade vomit beaucoup et fut très surexcité. Le lendemain matin, il n'y avait ni paralysie ni contracture, mais le blessé ne pouvait répondre aux questions qui lui étaient posées. A la partie postéro-supérieure du pariétal gauche se trouvait une plaie triangulaire au niveau de laquelle il y avait manifestement enfoncement du crâne. Deux fragments osseux pénétraient dans la cavité et le cerveau faisait hernie.

Après nettoyage de la plaie, on appliqua une couronne de trépan de 2 centimètres; les deux fragments furent soulevés et un enlevé. Suture, gros drain, pansement antiseptique, vessie de glace, chloral, injection hypodermique ds morphine.

Les suites de l'opération furent simples. Le surlendemain, la température était de 37°; ensuite il survint une éruption d'herpès labial et le thermomètre monta à 40°, et se maintint à ce chiffre pendant deux jours consécutifs. Il revint à la normale au bout de six jours.

La guérison était complète au bout de huit semaines. Actuellement l'acuité visuelle est légèrement diminuée, sans lésions du fond de l'œil, mais avec asthénopie accommodatrice; et, du reste, tout s'amende peu à peu.

M. Barette a observé un cas où, à la suite d'une chute, il y avait à la partie latérale gauche du crâne une plaie sans enfoncement; la température était élevée et les principaux symptômes consistaient en une légère diminution des mouvements du bras gauche et une agitation assez intense. La mort survint au bout de deux jours, la paralysie du membre supérieur gauche étant devenue complète.

A l'autopsie, on trouve une fracture du crâne sans enfoncement descendant dans la fosse temporale, avec un léger épanchement de sang entre la crâne et la dure-mère à gauche. A droite, les centres moteurs étaient intacts, mais il y avait contusion du lobe sphénoïdal. La partie inférieure du poumon gauche était atteinte de pneumonie.

Comme le fait remarquer M. Schwartz à propos de cette dernière observation, on ne doit trépaner que si : 1° il y a une lésion locale nette nécessitant la réduction des segments; ou si : 2° avec des symptômes locaux, il y a des symptômes fonctionnels concordants.

— Nous tenons à signaler un cas de claustrophobie qui suggère à M. Battey des réflexions intéressantes. Pour lui, cette affection n'est pas une modalité de l'agoraphobie

ainsi que quelques-uns l'on dit, mais bien une entité pathologique dans la série des délires avec conscience. De plus, son malade, qui ne présentait aucun antécédent nerveux héréditaire, était arthritique par lui-même et par ses ascendants; il y a donc lieu d'insister sur la parenté intime qui unit la diathèse névropathique à la diathèse arthritique.

M. Ory rapporte aussi une observation de cette même vésanie rencontrée par lui chez une femme de 28 ans à la suite d'une couche normale. Au moment de ses relevailles, la première fois qu'elle dîna en famille, elle s'effraya de voir les portes de la salle à manger fermées et ordonna au domestique de les ouvrir; les jours suivants, il lui fut impossible de se décider à sortir dans une voiture fermée. L'état maladif s'amenda, du reste, assez rapidement, et actuellement la malade de M. Ory ne présente plus aucun trouble cérébral. Ses antécédents étaient à la fois nerveux et arthritiques.

— M. Paulin, qui poursuit ses études sur la cocaïne, étend de plus en plus l'emploi de cette substance dans la pathologie dentaire. Il a pu faire des opérations sur la pulpe sans provoquer la moindre souffrance. Une douleur vive se manifeste lorsque l'on met à nu l'organe nourricier de la dent, et au moment même où l'on fait l'injection de cocaïne; mais bientôt l'insensibilité est telle que l'on peut retirer le nerf vivant. Dans le cas particulier que rapporte M. Paulin, une injection avait été faite dans chacun des deux canaux et la quantité totale de chlorhydrate de cocaïne employé avait été de 8 centigrammes. Une quantité beaucoup moindre peut du reste suffire, tandis que, dans d'autres cas, les résultats sont beaucoup moins complets et que l'on n'obtient qu'une simple diminution de la sensibilité.

A propos de la communication précédente, M. Peyrot rappelle que l'on a obtenu une anesthésie relative de la pulpe dentaire par l'emploi de l'acide phénique.

Cette substance, pour M. Paulin, cause souvent des fluxions et entraîne parfois le sphacèle de la gencive, accidents toujours évités par l'emploi de la cocaïne.

Enfin, M. Delefosse termine cette intéressante discussion en faisant remarquer que de grandes différences existent, suivant les sujets, sous le rapport de la tolérance de la cocaïne; il faut admettre certaines susceptibilités individuelles, mais il faut surtout examiner l'état des muqueuses sur lesquelles on opère; pour la vessie en particulier, l'état plus ou moins parfait d'intégrité de cette muqueuse a la plus grande importance.

P. C.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Langlois, licencié ès sciences naturelles, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

M. le docteur Brault est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Gombault, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1887, un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1887, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1887, sont déclarées vacantes: 1° la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Paris; 2° la chaire de chimie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques dont les noms suivent:

Aix-les-Bains: MM. les docteurs Maximin Legrand et Guilland. — Caen: M. le docteur Chancerel. — Gaillac: M. le docteur Rey. — Sedan: M. le docteur Peletier. — Baume-les-Dames: M. le docteur Bütterlin. — Cette: M. le docteur Tichy.

©BIU Santé

— Dans sa séance du lundi 31 janvier, la Société médico-psychologique a procédé à l'installation de son bureau de 1887, composé ainsi qu'il suit : Président, M. V. Magnan ; vice-président, M. J. Cotard ; secrétaire général, M. Ant. Ritti ; secrétaires annuels, MM. Charpentier et Paul Garnier ; trésorier, M. Aug. Voisin.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Gagnon, professeur de physiologie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. Blattin, docteur en médecine, ancien suppléant à l'École préparaloire de médecine et de phamacie de Clermont, est nommé professeur de physiologie.

M. Fredet, docteur en médecine, ancien suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

— M. le docteur Cazelles, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, est nommé conseiller d'Etat en service ordinaire.

— M. Mounod, préfet du Finistère, est nommé directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Bertrand, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf, décédé ces jours derniers à l'âge de cinquante-deux ans ; et Brard (de Jonzac), ancien représentant du peuple à l'Assemblée constituante de 1848.

— Raige-Delorme, bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine de Paris, vient de mourir à 92 ans, après une carrière aussi laborieuse que modeste. Il a collaboré longtemps aux *Archives générales de médecine*, au *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes ; il a partagé avec Dechambre la direction du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité. — Depuis plusieurs années, il existe à Paris des voitures spéciales pour le transport dans les hôpitaux des malades atteints d'affections contagieuses (variole, rougeole, scarlatine, diphthérie, fièvre typhoïde ou choléra).

Ces voitures sont mises gratuitement à la disposition du public. Pour obtenir un transport, il suffit de s'adresser à un poste de police : un télégramme est immédiatement envoyé, et la voiture, qui est toujours prête à partir, de jour comme de nuit, part aussitôt.

MM. les médecins n'ont à produire, pour leur réquisition, qu'une note indiquant la nature de la maladie.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les voitures sont convenablement aménagées et chauffées, et qu'elles sont soigneusement désinfectées après chaque transport.

Hôpital Lourcine et hôpital temporaire Pascal. — M. le docteur Pozzi continuera ses leçons de *gynécologie clinique et opératoire* les mardi, jeudi et samedi, à dix heures.

Le mardi, visite des malades au spéculum. — Le jeudi et le samedi, leçon théorique. — Le mercredi et le vendredi, opérations.

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 février 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Wickam : De la cure radicale du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. — 2. M. Trousseau : Pseudo-atrophies de la papille. — 3. M. Desnos : Deux observations d'étranglement intestinal survenu au cours d'une colique néphrétique. — 4. Vote sur la candidature de M. Thiry (de Bruxelles).

On sait combien il est indispensable, que le régime occupe le premier rang dans le traitement des maladies de l'estomac, et quelle importance il y a de s'adresser pour cet effet à des substances nutritives facilement assimilables. C'est ce qui explique la valeur du *vin de Bayard* à la peptone phosphatée comme tonique reconstituant.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Luc : Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales. — II. Revue des Journaux : De la transplantation et de la réimplantation du globe oculaire. — De l'influence du système nerveux sur la production de la chaleur animale. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle.

Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 novembre 1886,

Par le docteur Luc, ancien interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion de traiter, depuis un an, une vingtaine de malades, affectés de polypes muqueux des fosses nasales. Quelques-uns de ces cas ont présenté des particularités exceptionnellement observées qu'il nous a paru important de ne pas laisser ignorer ; mais la principale raison qui nous a porté à réunir ces observations en un travail d'ensemble, c'est l'espoir d'en tirer des conclusions pratiques pour le traitement de ces affections.

Les malades que nous avons eu à traiter sont au nombre de 19, dont 9 hommes et 10 femmes. Le plus jeune était âgé de 18 ans; la personne la plus âgée était une femme de 69 ans.

Nous croyons devoir nous arrêter un instant sur cette question de l'âge, au point de vue de ses rapports avec la marche et le pronostic de la maladie. Il nous a semblé en effet que c'était principalement chez les jeunes sujets que les polypes une fois enlevés avaient tendance à se reproduire rapidement.

La question du siège des polypes nous arrêtera plus longuement. Dans dix de nos observations, les polypes occupaient les deux cavités nasales et les 9 cas dans lesquels ils n'occupaient qu'une seule cavité se répartissent en 4 cas pour la fosse nasale droite et en 5 pour la gauche.

Mais c'est surtout le point d'implantation des polypes dans une même

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

III

GALIEN ANATOMISTE.

Nous voici arrivés, messieurs, aux premiers siècles de notre ère et à Rome, où nous trouvons Claude Galien, né à Pergame, en 128, résumant la médecine grecque, commentateur et encyclopédiste. Que de fois je vous ai parlé de cet homme supérieur, de son œuvre considérable, du bien et du mal qu'il a faits à la médecine. Je vais résumer brièvement ses travaux anatomiques.

Avant Galien, une citation pour Rufus d'Ephèse et pour Marinus, qui avaient surtout et peut-être exclusivement observé sur des espèces animales. Rufus dit expressément « qu'il ne faut pas chercher à connaître le foie de l'homme d'après celui des victimes sacrifiées aux dieux, car il diffère entièrement de celui des animaux. »

Les descriptions anatomiques de Galien sont généralement très fidèles ; elles ont été

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier et 3 février 1887.

©BIU Santé

cavité nasale qui présente de l'importance, en raison des difficultés qui peuvent en résulter pour l'opération curative.

On sait que, dans la règle, les polypes muqueux des fosses nasales prennent leur origine au niveau de la muqueuse de la partie antérieure du méat moyen et que de là ils tendent à se faire jour vers l'orifice antérieur de la cavité correspondante. Dans ces conditions, ils semblent aller d'eux-mêmes au devant de l'instrument destiné à les enlever, d'autant mieux qu'ils tendent à élargir la cavité nasale sur leur passage. C'est ainsi, en effet, que les choses se sont passées pour la plupart de nos malades ; cependant dans 2 cas l'implantation des polypes vers l'extrémité postérieure du méat moyen a suscité des difficultés opératoires spéciales.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une dame de 54 ans qui vint nous consulter au mois de juin de cette année pour une obstruction complète de la narine gauche. A l'examen, la fosse nasale droite se montra absolument normale ; du côté gauche, au contraire, nous aperçûmes un polype volumineux, situé très en arrière et qu'il nous fut impossible de saisir au moyen du serre-nœud, en raison des dimensions du cornet inférieur qui ne laissait que fort peu de jour entre lui et la cloison. Nous résolûmes d'obtenir la réduction de ce cornet au moyen du galvano-cautère, ce que nous fîmes, après avoir badigeonné les parties avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au quart. Quand la malade vint nous revoir au bout de huit jours, le polype était devenu beaucoup plus abordable, et nous nous disposions à en pratiquer l'ablation séance tenante ; mais, la malade, très pusillanime de sa nature, voulut que l'opération fût remise à un autre jour et ne reparut plus.

Nous fûmes plus heureux dans l'autre cas relatif à un jeune homme de 24 ans, M. H... (n° 195 du dispensaire). Il existait chez lui une obstruction complète de la fosse nasale droite. Par la rhinoscopie antérieure, nous aperçûmes avec difficulté un polype volumineux situé très en arrière.

Par la rhinoscopie postérieure, facile à pratiquer chez le malade, il nous fut aisé de reconnaître que le polype, gros comme une forte noisette, était

---

regardées comme infaillibles. Je vous l'ai déjà fait remarquer : le respect pour l'autorité galénique a été si grand, si complet, qu'on supposait la constitution anatomique de l'homme susceptible de changer ou d'avoir changé, plutôt que de supposer ou de trouver Galien dans l'erreur.

Et cependant, Galien n'a pas ouvert de cadavres humains ; c'est un point d'histoire acquis à la science. Les animaux qui ont servi aux expériences physiologiques de Galien sont pareillement ceux qu'il a disséqués dans un but anatomique : les singes, surtout le Magot, plusieurs mammifères, carnassiers, ruminants, solipèdes, porcins, etc. Mon prédécesseur, le professeur Charles Daremberg a, pendant deux années consécutives, cherché au muséum d'histoire naturelle, sous la direction de de Blainville et de Gratiolet, à reconnaître, dans les descriptions de Galien, le texte sous les yeux, la concordance avec l'anatomie humaine ou celle de divers animaux. Ses patientes investigations lui ont démontré que jamais Galien n'avait décrit d'après nature sur un cadavre humain ; toujours il a reproduit l'anatomie d'un mammifère, singe ou autre animal. Georges Cuvier, Camper, de Blainville et d'autres avaient soupçonné ces faits que Ch. Daremberg a mis hors de doute. Nous trouvons même dans Galien l'indication du genre de mort qu'il regardait comme le plus convenable pour tuer l'animal destiné aux explorations anatomiques. Il recommande d'étouffer la bête sous l'eau au lieu de l'égorger ou de l'étrangler avec une corde. De la sorte, les parties du cou seront, comme les autres, sans lésion.

Si Galien n'est pas le premier qui ait publié des monographies sur divers points

à moitié engagé dans le pharynx nasal. A l'aide du doigt introduit derrière le voile du palais, nous pûmes repousser complètement le polype dans la fosse nasale et en pratiquer l'extirpation au moyen du serre-nœud. La cautérisation ultérieure du pédicule fut faite par le pharynx à l'aide du miroir. Ce siège des polypes dans la partie reculée du méat moyen est loin d'être rare.

Il n'en est pas de même d'autres points d'implantation que nous avons observés. Chez un de nos malades, F..., âgé de 20 ans (n° 189 du dispensaire, il existait un seul polype implanté sur la surface convexe du cornet inférieur, et dont il nous fut facile de pratiquer l'extraction.

Chez deux malades, nous trouvâmes les polypes implantés sur la cloison. Ce siège est extrêmement rare. Le docteur Chiari (de Vienne), dans un mémoire reproduit cette année par la *Revue mensuelle de laryngologie de Moure*, dit qu'il n'a pu en trouver que 5 cas dans la science et que lui-même n'a eu l'occasion que d'en opérer un seul cas.

Nos deux faits ont présenté une physionomie très différente l'un de l'autre.

Dans le premier cas, nous fûmes consulté par un négociant de Langres, d'une cinquantaine d'années, qui nous avait été adressé par son médecin comme atteint d'une tumeur peut-être maligne de la fosse nasale droite. Le malade, M. X..., éprouvait depuis quelques mois un enchifrènement de la fosse nasale droite, compliqué de fréquentes épitaxis, mais son état général n'avait éprouvé aucune modification. L'examen des fosses nasales ne nous révéla rien d'anormal du côté gauche; à droite, au contraire, nous vîmes distinctement une tumeur du volume d'une cerise, insérée par un mince pédicule sur la partie antérieure de la cloison. Nous pûmes facilement en pratiquer l'ablation au moyen du serre-nœud, et le point d'implantation fut cautérisé au moyen du galvano-cautère, ce qui, du même coup, arrêta net la petite hémorrhagie occasionnée par l'opération. Cette tumeur enlevée, la fosse nasale se montra complètement libre et parfaitement normale. La tumeur, dont nous regrettons de n'avoir pu pratiquer l'examen

---

e d'anatomie, il est incontestablement un de ceux qui dans l'antiquité ont rassemblé l plus de documents. Ses *administrations ou manipulations anatomiques*, ses livres *sur les os*, ceux *sur la dissection des muscles, des nerfs, des veines et des artères, de la matrice, des instruments vocaux, etc.*, sont des plus intéressants.

L'ostéologie est plus exacte dans Galien que dans Celse et dans Rufus. Il a mieux décrit le sphénoïde, le temporal, le canal nasal du maxillaire supérieur, l'ethmoïde, les cornets des fosses nasales et la cloison qui les sépare. Il a bien fait connaître l'articulation de la tête avec l'atlas, et de même les os sésamoïdes. Il avance que la mâchoire inférieure, le sternum, le sacrum, le coccyx, sont composés de plusieurs pièces, le sacrum de trois, le sternum de sept. Cela est vrai pour les premiers temps de la vie ou chez certains animaux. Galien s'estimait heureux d'avoir pu observer à Alexandrie deux squelettes humains dont l'un était celui d'un voleur qu'on avait privé de sépulture ; il conseille à ceux qui veulent étudier l'ostéologie de se rendre dans cette ville. Il dit avoir eu des os à sa disposition provenant de tombeaux que les débordements de rivières avaient bouleversés, d'autres pris sur des cadavres de malfaiteurs jetés à la voirie, ou encore sur des corps d'enfants abandonnés. Dans le *liber de ossibus ad tirones*, on trouve une description bien faite du squelette, non de l'homme, mais du singe.

En myologie, Galien a fait des découvertes en disséquant surtout les singes « dont la structure se rapporte le plus à celle de l'homme. » Les muscles qu'ils a décrits le premier, ou qui étaient peu connus avant lui, sont le peaucier, le buccinateur, le pyramidal du nez, le plantaire et le palmaire, les sphincters externe et interne de l'anus, le petit

©BIU Santé

histologique, offrait tous les caractères extérieurs des polypes muqueux, seulement, à en juger d'après sa coloration rouge, la proportion des éléments vasculaires y était plus grande que d'habitude. En outre, en la fendant, nous trouvâmes son centre occupé par une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Le malade s'en retourna chez lui le jour même; il avait été convenu entre nous, qu'en cas de récidive, il nous en informerait; comme nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis, nous pouvons en conclure que la guérison s'est maintenue.

Notre seconde observation de polypes de la cloison se rapporte à une vieille femme de 69 ans, qui nous fut adressée à notre clinique par le docteur Cuffer, au mois de septembre de cette année.

Depuis plusieurs mois, les fosses nasales étaient fermées au passage de l'air, et nous trouvâmes effectivement ces cavités remplies de polypes muqueux, mais ce qui nous frappa, c'est que la plupart d'entre eux, aussi bien à droite qu'à gauche, étaient adhérents à la cloison, autour d'une perforation irrégulière ayant la dimension d'une pièce d'un franc et occupant la région antérieure de cette cloison. Nous ne pûmes, par l'interrogatoire de la malade, nous éclairer sur l'origine et la nature de cette perforation. Dans l'hypothèse d'une syphilis antérieure, nous fîmes prendre à la malade, pendant toute la durée du traitement, une dose quotidienne de 1 gramme d'iodure de potassium. Mais on sait, surtout depuis les récentes observations du docteur Schmiegelow (1), de Copenhague, que les perforations de la cloison ne sont pas toujours la conséquence d'un processus ulcéreux syphilitique ou scrofuleux, mais peuvent résulter d'une inflammation locale simple entretenue par une irritation permanente.

Quoi qu'il en soit, les polypes furent enlevés avec le serre-nœud, les points d'implantation cautérisés avec le galvano-cautère, et, au bout d'une demi-douzaine de séances opératoires, la malade put s'en retourner dans son pays complètement guérie.

(1) *Revue de laryngologie* du docteur Moure, 1886, n° 11.

pectoral, le rhomboïde, le petit droit antérieur de la tête, quelques-uns des extenseurs du rachis, les intercostaux, le poplité, enfin les lombricaux et les interosseux des pieds ainsi que des mains, dont on a, mais à tort, attribué la découverte, soit à Riolan, soit à Habicot. Galien a indiqué les muscles du larynx, particulièrement les sterno et thyrohyoïdiens ; il connaissait mal les muscles de l'œil et ignorait l'existence du grand oblique, du reste sa description de l'œil doit être celle de la brebis ou du bœuf. La structure de tous les muscles, même du cœur, est pour Galien, nerveuse ou tendineuse, erreur qui a subsisté longtemps après lui.

L'angéiologie galénique n'est guère plus complète que celle des Alexandrins qu'il cite. Il donne plus de place à la description des veines qu'à celle des artères. Les veines naissent du foie, les artères du cœur. Galien n'est pas exempt de graves erreurs, mais il a connu les anastomoses des vaisseaux mammaires avec les intercostaux et les épigastriques. Sa description des veines jugulaires est faite sur des mammifères ; l'aorte, dit-il, a deux branches l'une ascendante, l'autre descendante ; les carotides forment près de la glande pituitaire sur le cerveau un lacis admirable, mais qui n'est propre qu'à certains animaux. Le cœur est assez bien décrit ; Galien a parfaitement connu l'ouverture de la cloison interauriculaire fœtale ainsi que sa fermeture après la naissance, ouverture si improprement nommée : trou de Botal, et qui doit porter le nom de Galien.

Daremberg a pu suivre sur les singes les descriptions des muscles, celles des artères et des veines aussi loin que le permet le manque d'injections, car Galien se servait du

Plusieurs points de cette observation demeurent assez énigmatiques. Voici l'hypothèse qui nous a paru le plus vraisemblable.

Les observations de Schmiegelow ayant établi qu'une simple cause d'irritation fréquemment répétée, telle que l'habitude de détacher des croûtes avec le doigt, peut déterminer une périchondrite ulcéreuse qui aboutit à une perforation, nous avons supposé que, chez notre malade, des polypes développés au siège d'élection, c'est-à-dire dans le méat moyen, étaient venus irriter la cloison au niveau de sa portion cartilagineuse; que, les ongles de la malade favorisant cette irritation, il en était résulté une inflammation locale de la muqueuse et du périchondre sous-jacent, que, par suite de cette inflammation développée au contact d'une muqueuse et d'un polype, il s'était établi des adhérences entre l'un et l'autre, et que la muqueuse de la cloison, à la faveur de cette irritation, avait produit à son tour de nouveaux polypes. Cette hypothèse s'appuie sur cette observation que, parmi les polypes présentés par cette malade, les uns étaient insérés uniquement sur la muqueuse du méat moyen, d'autres adhéraient à la fois à cette région et à la cloison, d'autres enfin s'inséraient uniquement sur le bord de la perforation.

Si notre supposition est fondée, il s'agirait là d'une complication tout à fait insolite des polypes muqueux des fosses nasales.

Nous avons rencontré d'autres complications beaucoup moins exceptionnelles et qui sont le résultat de l'irritation exercée par les polypes nasaux sur les muqueuses du voisinage. Les laryngites et les otites moyennes développées dans ces conditions ont été depuis longtemps signalées. Nous n'en parlerons ici que pour insister sur le fait clinique suivant, qui entraîne une conclusion pratique importante. Nous voulons parler du grand nombre de malades porteurs de polypes du nez dont l'attention n'est attirée que vers les complications provoquées secondairement par ces polypes.

En voici deux exemples :

L'année dernière, Mme G..., personne d'une quarantaine d'années, vient

---

chalumeau des orfèvres pour souffler dans les vaisseaux; la splanchnologie est bien plus difficile à apprécier. Les principaux viscères ont été relatés d'après une sorte de compromis entre les carnassiers et les ruminants, même d'autres espèces animales. Galien admet la pluralité des lobes du foie, disposition qui ne se montre ni chez les Orangs, ni chez les Chimpanzés, mais qui existe chez les Magots. Il dit que la femme possède les mêmes parties génitales que l'homme, ces organes étant chez elle cachés à l'intérieur. Les ovaires sont comparables aux testicules : la femme a encore des testicules accessoires qui sont fort petits et il est difficile de dire quelles sont les parties ainsi désignées par Galien. Quant à la matrice, elle renferme autant de cavités que la femme a de mamelles, elle se divise donc en deux portions, la droite destinée aux œtus mâles, la gauche destinée aux fœtus de l'autre sexe. Il est sûr que Galien n'avait ouvert que des femelles d'animaux et qu'il avait tort, persuadé que les animaux représentent exactement l'homme, de critiquer Hérophile et même quelques préalexandrins, plus exacts que lui.

Le cerveau décrit par Galien est celui du bœuf tel qu'on le vend, ajoute-t-il, tout préparé dans les grandes villes. Il a parfaitement fait connaître l'intérieur de ce cerveau; ventricules, cloison transparente, voûte à trois piliers, et de plus : lignes saillantes de la surface concave, comparées aux cordes d'une lyre, glandes pinéale et pituitaire, *infundibulum*, corps annelés. Je dois citer encore : les couches des nerfs optiques, les cordons médullaires situés à la partie postérieure des ventricules latéraux, et dont la figure ressemble à celle des cornes de bélier ou des pieds de cheval marin,

©BIU Santé

nous consulter pour une aphonie complète survenue depuis quelques jours sans cause apparente; l'examen du larynx y révèle les lésions d'une laryngite aiguë simple; mais ayant eu la curiosité d'explorer les fosses nasales dont la malade ne se plaignait nullement, nous les trouvons remplies de polypes muqueux.

Deuxième exemple : Cette année, au mois de juin, Mme B..., personne de 32 ans, vient nous consulter pour une surdité de l'oreille gauche datant de quelques jours seulement, et accompagnée d'une sensation de tension douloureuse locale. A l'examen, la membrane tympanique se montre d'un rouge sombre, déprimée et sans reflet lumineux, offre, en un mot, toutes les apparences d'un catarrhe aigu de la caisse.

Les difficultés que nous éprouvons à faire pénétrer de l'air dans cette cavité nous portent à pratiquer l'examen du nez, et nous découvrons un grand nombre de polypes muqueux dans la fosse nasale gauche.

Les polypes sont enlevés dans l'espace d'une quinzaine de jours et, grâce à l'emploi répété de la douche d'air, l'ouïe est progressivement rétablie du côté malade.

Nous n'appuierons pas sur la leçon qui ressort de ces deux observations; elle s'impose d'elle-même.

Notre intention n'est pas d'aborder ici la question des troubles respiratoires liés à l'existence de polypes nasaux.

Quelques-uns de nos malades se sont plaints d'éprouver des accès d'étouffement nocturnes; mais nous n'avons pu établir nettement si ces accès étaient vraiment asthmatiformes.

Les vrais asthmatiques porteurs de lésions nasales que nous avons eu l'occasion d'observer étaient affectés, non de polypes proprement dits, mais plutôt d'une dégénérescence polypiforme, hypertrophique de la muqueuse; nous comptons d'ailleurs faire de ces malades le sujet d'un travail spécial.

Nous voulons, en terminant, dire les conclusions auxquelles nous a amené l'observation des faits cliniques que nous avons rencontrés jusqu'ici,

---

les tubercules quadrijumaux surnommés *nates* et *testes*, l'appendice vermiforme. De plus, la fente que Sylvius a depuis appelée aqueduc, faisant communiquer le troisième et le quatrième ventricules, le cordon médullaire et fibreux qui en termine l'ouverture et qu'on nomme commisssure postérieure, la protubérance annulaire, les cuisses et les bras de la moelle allongée.

Galien s'est attribué la découverte du nerf récurrent ; il n'a certainement pas observé chez l'homme les nerfs olfactifs, pas plus que les nerfs optiques qu'il a décrits.

En résumé, le grand médecin de Pergame s'était formé à Alexandrie, à la ville anatomique. Il regardait l'anatomie comme le fondement de la médecine, cette science a été une de ses occupations de prédilection. Moins heureux qu'Hérophile et qu'Erasistrate auxquels il donne, tout en les critiquant, des éloges qu'il ne prodiguait pas, Galien ne jugeait les organes humains que par ceux des animaux. L'ensemble de son anatomie est bien moins remarquable que ses expériences physiologiques et, je vous l'ai dit, Galien le systématique à outrance, le dogmatique absolu, a été le fondateur avancé de la physiologie expérimentale. Ce mérite très réel de Galien est ce qui, au moyen âge, avait le moins frappé ses fanatiques admirateurs.

(*A suivre.*) Prof[r] Laboulbène.

relativement à la conduite à suivre dans le traitement opératoire des polypes muqueux des fosses nasales.

L'extirpation d'un polype muqueux siégeant à l'entrée d'une fosse nasale est une opération des plus simples : *l'important et en même temps le difficile consistent à tout enlever, et à prévenir la récidive.*

Le premier ordre de difficultés est aisé à saisir : la cavité nasale ayant ses plus grandes dimensions dans le sens antéro-postérieur et ses plus faibles, dans le sens transversal, les polypes s'y accumulent les uns derrière les autres, et se présentent de plus en plus profondément situés au fur et à mesure que l'on procède à leur extirpation. Il est difficile de tracer des règles précises pour atteindre le but de débarrasser complètement les fosses nasales, les difficultés variant avec chaque cas particulier, et dépendant de la situation du pédicule et de l'étroitesse ou de l'irrégularité de forme de la fosse nasale correspondante.

Le succès est intimement lié à l'habileté personnelle de l'opérateur, et dépend surtout de la façon dont il sait s'éclairer et inspecter tous les points de la région dans laquelle il opère.

Il n'en est pas de même pour ce qui a trait au second ordre de difficultés auxquelles nous faisions allusion plus haut et consistant à obtenir la guérison radicale et sans récidives.

Nous pensons qu'il ne sera pas inutile de formuler ici certaines règles qui découlent de ce que nous avons été à même d'observer.

Les polypes nasaux ont une tendance bien connue à se reproduire, après qu'ils ont été extirpés, si l'on n'a pas soin de détruire, par une cautérisation énergique, leur point d'implantation sur la muqueuse nasale; mais cette cautérisation (pour laquelle le galvano-cautère donne des résultats supérieurs à tous les autres moyens) ne peut être pratiquée efficacement qu'après que la fosse nasale a été complètement débarrassée de tous les polypes qu'elle contenait; comme d'autre part l'ablation des polypes nasaux est une opération qui ne saurait être faite qu'en un certain nombre de séances, nous pensons qu'il y a grand intérêt à les rapprocher le plus possible afin de prévenir la repousse des premiers polypes enlevés, avant l'ablation des derniers.

Deux exemples montreront bien l'importance des propositions que nous venons d'émettre.

Nous fûmes consulté au mois d'octobre 1885, pour des polypes nasaux, par M. X..., jeune homme de 23 ans, d'une constitution devenue délicate à la suite de plusieurs attaques de rhumatisme aigu multi-articulaire, et d'une nature très sensible, très impressionnable et exigeant les plus grands ménagements.

Ce malade était déjà en traitement depuis plus de deux ans pour ses polypes nasaux, et je ne fus pas peu surpris d'apprendre qu'il avait supporté plus de soixante séances opératoires au cours desquelles une centaine de polypes au moins avaient été enlevés.

Les séances avaient été espacées à dessein afin de ménager les forces du malade, et le galvano-cautère n'avait pas été employé.

Notre étonnement diminua lorsque nous fûmes nous-même à la besogne; en effet, la sensibilité du malade était telle que nous dûmes nous borner forcément à des séances fort courtes; d'autre part, le traitement fut plusieurs fois interrompu, plusieurs semaines durant, par diverses affections

©BIU Santé

intercurrentes (attaques de rhumatisme, de bronchite) qui laissèrent, à plusieurs reprises, aux néoplasmes, le temps de pulluler à nouveau.

Il ne nous fallut pas moins d'une année entière pour arriver à un résultat complet, et encore conservons-nous quelques doutes sur l'impossibilité de toute récidive au moins pour la fosse nasale gauche, cette cavité étant étroite, irrégulière, difficile à explorer dans toute sa longueur, et la cautérisation des souches polypeuses n'ayant pu, en raison de l'extrême sensibilité nerveuse du malade, et malgré l'emploi de solutions concentrées de chlorhydrate de cocaïne, être pratiquée avec toute l'énergie nécessaire.

Dans cette intéressante observation, l'étroitesse et l'irrégularité de la fosse nasale gauche, la tendance singulière des polypes à repousser, et, par dessus tout, les ménagements exigés par la constitution et le nervosisme du malade avaient engendré un ensemble d'obstacles difficiles à surmonter.

En face de cette observation, il sera intéressant de placer la suivante à titre de contraste :

Nous fûmes consulté au mois de juin de l'an dernier par M. C..., résidant habituellement à Langres, et venu à Paris tout exprès pour se faire opérer de polypes nasaux.

M. C... est un homme d'une cinquantaine d'années, d'une forte constitution et d'une nature très énergique. Ses affaires lui défendant de rester à Paris plus de cinq jours, nous nous trouvions limité par le temps et obligé d'agir vite. Le malade consentit à subir deux séances par jour, chacune de plusieurs heures. Les fosses nasales étaient remplies de polypes muqueux, mais spacieuses et d'une exploration facile.

Nous ne retirâmes pas moins d'une dizaine de polypes de chaque côté ; cela prit les quatre premiers jours ; le cinquième fut employé à cautériser les points d'implantation.

M. C... put s'en retourner chez lui complètement guéri, et cette guérison ne s'est pas démentie depuis.

Ces deux observations nous paraissent établir de la façon la plus claire l'importance des séances opératoires rapprochées, et de la cautérisation ignée des points d'implantation pour mettre les malades à l'abri de la récidive après leur avoir épargné de longs mois de souffrances et de traitement.

REVUE DES JOURNAUX

De la transplantation et de la réimplantation du globe oculaire, par MAY. — Cet observateur a voulu contrôler expérimentalement les faits de transplantation du l'œil qui ont été publiés. Il a essayé vingt-quatre fois cette opération avec des yeux de lapin, soit sur des animaux de même espèce, soit sur des animaux d'espèces différentes, soit en réimplantant sur le même animal un œil excisé un quart d'heure auparavant. Ces dernières expériences présentaient de réelles difficultés, et il dut maintenir le globe oculaire au moyen d'un masque en peau. Six cas réussirent, et, dans cinq d'entre eux, on nota une atrophie plus ou moins marquée du globe oculaire. Les soudures maxillaires existaient dans la plupart des cas, ainsi que celle des deux bouts du nerf optique.

M. May reproche aux transplantations de l'œil du lapin sur l'homme la différence de coloration de l'iris. Pour remédier à cet inconvénient, il suggère l'idée d'obtenir par

la sélection des espèces de lapins dont le globe oculaire serait plus volumineux et les iris diversement colorés. (*New-York Med. Record*, 29 mai 1886.) — C. L. D.

De l'influence du système nerveux sur la production de la chaleur animale, par Mosso. — Cet observateur a essayé de montrer expérimentalement que l'augmentation de la chaleur animale dans l'empoisonnement strychnique a pour cause une modification de l'excitabilité des centres nerveux plutôt que les contractions musculaires tétaniformes.

Dans ce but, il abolissait la motilité des grenouilles par le curare, et leur administrait ensuite une dose élevée de strychnine. Ces animaux étaient paralysés et demeuraient immobiles pendant toute la durée de l'expérience. Néanmoins leur température s'élevait.

En répétant la même expérience sur les chiens, M. Mosso a constaté encore une élévation de la température rectale de deux à trois degrés. Il en conclut que la strychnine, qui augmente l'excitabilité du système nerveux, augmente aussi la température, et que cette dernière augmentation n'est pas en rapport nécessaire avec les convulsions et l'exagération des mouvements musculaires. (*Revista di Chir. i di Farmacol.*, 9 juin 1886.)

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1)

Séance du 22 janvier 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

M. Deligny lit un travail sur la *blennorrhée d'origine constitutionnelle*. (Sera publié.)

M. Reliquet : La communication de M. Deligny est des plus intéressantes. J'en accepte les conclusions. Il aurait pu, cependant, insister plus sur la contre-indication absolue de toutes interventions locales dans l'urèthre, sur l'inutilité et même les dangers des topiques locaux, et en particulier du nitrate d'argent dans ces écoulements spéciaux, résultant presque toujours d'hypersécrétion des glandes de l'urèthre provoquée par l'arthritisme.

La seule intervention directe permise est de pratiquer l'examen pour savoir s'il y a un rétrécissement ; de passer à des intervalles éloignés des bougies pour calmer le spasme de la région profonde du canal, s'il gêne la miction ; enfin, de passer la sonde s'il y a rétention.

J'ai observé un assez grand nombre de faits en tout semblables à ceux de M. Deligny. Deux d'entre eux m'ont intéressé beaucoup, d'autant que j'ai suivi ces deux malades pendant plusieurs années.

Chez l'un d'eux, je suis appelé en 1877. On avait diagnostiqué un rétrécissement de l'urèthre, il y avait eu plusieurs chaudepisses antérieures. Les signes fonctionnels du rétrécissement existaient. On n'avait pu passer qu'une petite bougie fine et souple. Les bougies à boules exploratrices n'avaient pas pu pénétrer dans la vessie.

Je trouve un jeune homme de 23 ans, solidement construit, quoique un peu lymphatique, ayant des antécédents héréditaires arthritiques. Chez lui, il y a aussi des alternatives de continence génitale et d'excès. L'écoulement actuel consiste en des filaments muqueux dans les premières gouttes du jet d'urine. Il y a difficulté habituelle pour uriner et assez souvent presque de la rétention.

Je ne fais jamais mon premier examen de l'urèthre avec la sonde à boule. Je commence toujours par conduire dans le canal une bougie conique olivaire souple du n° 16 au n° 18. Ici je prends le n° 18 ; cette bougie entre dans la vessie sans que ma main perçoive la plus petite résistance, le plus léger obstacle. Je la retire sans qu'elle soit serrée et derrière elle sort du méat un bourbillon muqueux blanc, sans pus.

Au toucher rectal la prostate est un peu volumineuse, mais sans noyau. Immédiate-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 5 février 1887.

©BIU Santé

ment la miction est plus facile. Je passe, à des intervalles de trois et quatre jours, quelques cathéters Béniqué. Je combats ainsi la contracture et facilite l'expulsion de l'hypersécrétion des glandes, et tout rentre dans l'ordre.

Pendant ce traitement, le malade a eu plusieurs fois des douleurs rhumatismales passagères dans les grandes articulations, mais pas assez fortes ni assez durables pour l'arrêter et attirer mon attention.

Comme il arrive souvent dans ces hypersécrétions glandulaires de l'urèthre, la miction est plus facile après le coït. C'est là le seul moyen efficace pour vider les glandes. Malheureusement ce jeune homme n'y allait pas toujours avec mesure, et, en 1878, au mois d'août, il revient chez moi. La veille, il avait fait des excès génésiques. Il avait du ténesme vésico-uréthral, des envies très fréquentes et impérieuses d'uriner. Il souffrait beaucoup en urinant et un instant après. Pas d'écoulement. Je conseillai les moyens habituels : boissons aqueuses abondantes, lavements calmants, etc. Quarante-huit heures après, il ne souffre plus en urinant; mais, brusquement, à l'extrémité de la verge, le gland est gonflé, rouge; du méat, il sort un muco-pus épais. La sensibilité du gland est très grande, mais il n'y a plus ni miction fréquente ni douleur en urinant.

Soixante-douze heures après, l'extrémité de la verge est libre; l'écoulement est très faible. Mais les fréquences de miction, la douleur en urinant, le ténesme vésico-uréthral existent.

Ces alternatives de gonflement douloureux du gland et de ténesme vésico-uréthral se répètent quatre fois, quoi que nous fassions. Puis brusquement apparaissent des douleurs dans un genou avec forte hydarthrose. Nous croyons d'abord à une arthrite blennorrhagique; mais, après environ deux mois, ce genou guérit et l'autre se prend.

Ce malade a eu successivement presque toutes les articulations des membres inférieurs prises, et enfin la colonne vertébrale. Tout cela avec des alternatives de sédation relative du côté des articulations et de poussées du côté de l'urèthre. Il est resté ainsi pendant six ans, étant amélioré tantôt par les bains térébenthinés, tantôt par le séjour dans le Midi, dans les forêts de pins. Mais toujours, quand les manifestations articulaires prédominaient, il allait mieux du côté de l'urèthre. Les topiques uréthraux, et en particulier le nitrate d'argent, ont été employés sans aucune amélioration. Tous les balsamiques ont été sans effet. Le salicylate de soude, donné avec précaution, a paru agir contre les phénomènes articulaires. En réalité, ce malade, que nous avons vu souvent au lit, ou marchant avec des béquilles, a fini par guérir relativement en se soumettant à l'hygiène des rhumatisants, et en se gardant absolument du froid et de l'humidité.

Le second malade est un de nos confrères dont l'histoire pathologique est malheureusement bien complexe et bien longue. Je me bornerai à vous en dire ce qui a rapport le plus directement au sujet si bien traité par M. Deligny. Sujet d'apparence solide; ayant depuis fort longtemps des eczémas, tantôt secs, tantôt humides, souvent sur des surfaces étendues du corps. Je crois qu'il a eu de l'eczéma partout, mais le plus souvent aux bourses, aux plis fessiers, périnéaux, etc.

Il y a quatre ans mon confrère, il avait 43 ans, me fait appeler : il a de grandes difficultés pour uriner, et il s'écoule de l'urèthre un liquide muqueux, un peu aqueux, très abondant, gommant le linge et y faisant de larges taches avec points jaunes. Son eczéma vient de disparaître. Il souffre beaucoup du périnée, qui est gonflé et très douloureux à la pression, surtout de chaque côté du raphé dans les triangles latéraux. La compression sur chacun de ces triangles ne fait rien sortir par l'urèthre.

Je me borne à vider la vessie avec une sonde molle n° 17, qui passe facilement. Puis, tant que la difficulté pour uriner a persisté, le malade s'est sondé. Malgré tous les moyens employés, deux abcès absolument symétriques se sont développés dans chaque triangle latéral du périnée; je les ouvre. Il en sort deux lambeaux de tissus sphacélés en tout semblables, et les cicatrices se font.

Dès que les masses sphacélées sont tombées, que les plaies roses n'ont plus été entourées de gonflement, la miction normale a été possible.

A peine guéri de ses abcès, notre confrère est repris de son eczéma.

Deux ans après, il vient me voir; l'eczéma a encore disparu, et il a une tuméfaction

sur le côté gauche de la verge en avant des bourses. C'est encore un abcès périphérique de l'urèthre qui se forme. La difficulté pour uriner existe, mais ne nécessite pas le passage de la sonde. Depuis quelques jours, après la disparition de son eczéma, il a été repris d'un écoulement de l'urèthre semblable à celui dont nous venons de parler.

Enfin, dernièrement, toujours dans les mêmes conditions, après la disparition de l'eczéma et l'apparition de l'écoulement de l'urèthre, il se produit du côté droit de la verge, exactement dans la position symétrique de l'abcès précédent, un abcès que j'ouvre et qui guérit encore. Ces deux derniers abcès offraient des cavités aréolaires semblables Les trois premiers abcès n'ont jamais laissé passer d'urine. Le malade me dit que l'urine passe par la petite ouverture du dernier abcès qui persiste encore. Mais je ne l'ai pas constaté.

Ainsi, suppression de l'eczéma, apparition de l'écoulement abondant de l'urèthre et, en même temps, formation d'abcès dans les glandes périphériques de l'urèthre.

Les orchites rhumatismales ou goutteuses existent. Leur apparition, et surtout leur disparition brusque, sont un de leurs signes caractéristiques. Mais il ne faut pas oublier qu'une irritation d'origine rhumatismale ou goutteuse, localisée dans la prostate ou à sa surface uréthrale, peut très bien être la cause de l'orchite inflammatoire ordinaire. Chez notre confrère, il m'est difficile de dire si ces quatre abcès périphériques de l'urèthre sont dus seulement à une inflammation d'origine purement constitutionnelle arthritique ou s'ils sont dus à l'inflammation ordinaire provoquée par l'irritation des orifices glandulaires et à la propagation de cette inflammation jusqu'à la glande. Cependant, ici, j'accepterais plutôt la première hypothèse que la seconde.

M. Duguc : M. Deligny a omis de signaler le travail de Desormeaux sur l'*endoscope*, dans lequel est décrite l'uréthrite arthritique. Dans ce cas, Desormeaux dit que la muqueuse de l'urèthre est desquamée et ressemble à une pelure d'orange. Je crois que les blennorrhées arthritiques sont fort rares; beaucoup de gens ont de ces écoulements par suite des lésions de la prostate; aussi faut-il toujours examiner cet organe.

M. de Ranse : Quand un rétrécissement survient à la suite d'une blennorrhée arthritique, y a-t-il un traitement autre à lui opposer que celui que l'on emploie dans les rétrécissements organiques ordinaires?

M. Reliquet : L'écoulement, dans les cas de rétrécissements organiques de l'urèthre, est dû à l'inflammation chronique de la muqueuse dans la partie élargie du canal qui est immédiatement en arrière du rétrécissement. Là, l'inflammation est provoquée et entretenue par la petite quantité d'urine qui reste toujours dans cette dilatation. Dès qu'on a calibré l'urèthre, c'est-à-dire qu'on a rétabli le calibre du canal au niveau du point qui était rétréci et qu'on a fait cesser la dilatation qui était en arrière du rétrécissement, l'écoulement cesse. Evidemment, l'influence arthritique peut se faire sentir en maintenant un écoulement d'hypersécrétion. Mais il faut la coïncidence de l'action localisée de l'arthritisme sur l'urèthre et du rétrécissement, ce qui est rare.

Il n'est pas rare de voir des sujets atteints de rétrécissement organique avoir des eczémas le plus souvent humides et des ecthymas mous. Ceux-ci sont dus à l'intoxication urinaire, et ils disparaissent dès qu'on a fait cesser le rétrécissement.

Élection. — M. Malibran est élu, à l'unanimité, membre titulaire.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, Baraduc.

FORMULAIRE

Savon mercuriel. — Spillmann.

On prépare du savon avec de l'huile d'olives pure, et une lessive de potasse caustique, et on le précipite deux fois de suite de sa solution, afin de le débarrasser de toute trace

©BIU Santé

d'alcali libre et de le rendre absolument neutre. Ce résultat obtenu, on le sèche, puis on le fond dans la moitié de son poids de glycérine neutre. — Dans le savon ainsi préparé, on éteint, par trituration, son poids de mercure ; on aromatise avec une essence, puis on divise en pains de 60 grammes, qui renferment 30 grammes de savon et 30 grammes de mercure. — Ce savon a, sur l'onguent napolitain, l'avantage d'être soluble dans l'eau, et de se laisser enlever par un simple lavage. De plus, comme il est neutre, il ne provoque aucune irritation de la peau. On mouille avec un peu d'eau la région de la peau qui doit être frictionnée, et on mouille la main qui pratique la friction. La peau est recouverte de papier de soie ou de papier parcheminé, maintenu avec une bande. Au bout de vingt-quatre heures, on lave à l'eau tiède, et on saupoudre avec de la poudre de riz. — N. G.

COURRIER

La mort de notre doyen, M. Béclard, est venue douloureusement nous surprendre mercredi dernier. Nous nous bornons aujourd'hui à enregistrer cette triste nouvelle ; dans quelques jours, nous rendrons un hommage mérité à la mémoire du savant et sympathique professeur que la Faculté vient de perdre.

— Le Congrès de Biarritz, dans l'Assemblée générale tenue le 8 octobre dernier, a voté les articles suivants, consacrés à l'organisation définitive du congrès international d'hydrologie et de climatologie.

Art. 1er. — Les sessions du congrès international d'hydrologie et de climatologie auront lieu tous les trois ans ; elles se tiendront alternativement en France et dans un autre pays.

Le prochain congrès, par dérogation à cet article, se tiendra à Paris, en 1889, pendant l'Exposition universelle.

Art. 2. — En France, ainsi que dans les autres pays, les sessions se tiendront dans une ville autre qu'une station thermale.

Art. 3. — Le bureau de chaque congrès est chargé de pourvoir, en temps opportun, à la formation d'un comité destiné à organiser le congrès suivant.

Art. 4. — Les communications et mémoires présentés aux sections du congrès seront rassemblés en un volume par les soins d'un comité de publication qui aura tous pouvoirs à ce sujet.

N.B. — Le volume, compte-rendu officiel des travaux du congrès, est actuellement sous presse, et paraîtra vers le mois d'avril. Il sera adressé gratuitement à tous les membres adhérents du congrès.

Société médico-pratique. — Séance du 14 février. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de MM. Schwartz et Vigier sur les candidatures de MM. Bar, Roulier et Marcotte. — 2. M. Martin : Traitement des épistaxis. — 3. M. Biron : Note sur un cas de môle vésiculaire non embryonnée. — 4. M. Desnos : Taille vésico-vaginale pour une cystite ancienne. — 5. M. Labbé : Pleurésie purulente primitive chez un enfant de deux ans, guérie par la pleurotomie antiseptique.

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; tramways-Louvre.)

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE à céder dans une grande ville du Midi. — S'adresser au Bureau du Journal.

Le Quinium Roy granulé, soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la poudre de quinquina Calisaya. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Hystérectomie vaginale. — II. A. Dehenne : Traitement de l'iritis aiguë. — III. Thérapeutique : Quelques mots sur un nouveau traitement de la phtisie. — IV. Hydrologie médicale : Royat et ses eaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier.

Hystérectomie vaginale.

Rapport sur une observation envoyée par M. le docteur Rohmer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy,

Par L.-G. Richelot (1).

Messieurs,

Notre collègue de Nancy, M. le docteur Rohmer, nous a envoyé quatre observations intéressantes à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Les trois premières ont trait à des ovariotomies, habilement pratiquées et suivies de guérison; les tumeurs ovariques se présentaient dans des conditions de simplicité assez grande, et l'opérateur n'a pas eu à surmonter de grosses difficultés. Ces trois faits démontrent que M. Rohmer sait aborder avec succès les manœuvres toujours délicates de la chirurgie abdominale, mais ils ne sauraient prêter à de longues considérations, et je vous demande la permission de m'arrêter seulement sur le quatrième.

Il s'agit, dans ce dernier cas, d'une *hystérectomie vaginale* suivie de mort. Malgré l'insuccès final de sa première tentative, j'espère que notre collègue ne s'arrêtera pas dans cette voie, et que bientôt il y recueillera des succès analogues à ceux que lui a donnés l'ovariotomie.

La malade, âgée de 32 ans, paraissait avoir son épithélioma du col depuis le mois de décembre 1885, lorsqu'elle entra en mai 1886 dans le service du professeur Heydenreich, suppléé par M. Rohmer. Elle était pâle et affaiblie par les pertes, mais peu souffrante. Un champignon épithélial bosselé, saignant, gros comme un œuf de poule, remplissait le vagin; les culs-de-sac étaient libres et l'utérus se laissait facilement abaisser. L'opération fut faite le 9 juin, avec l'assistance de MM. les professeurs Gross et Weiss. Le col étant saisi, attiré près de la vulve, le chirurgien sépara méthodiquement l'utérus de la vessie et du rectum, et ouvrit les deux culs-de-sac du péritoine, après avoir fragmenté la tumeur qui obstruait le champ opératoire.

Avant d'aller plus loin, je veux attirer votre attention sur un détail dont ersonne ne parle, et qui cependant n'est pas à négliger : c'est le point précis où porte la première incision, autour du col. M. Rohmer l'a faite, sur la lèvre antérieure, à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres de sa pointe; c'est ainsi que la font tous les opérateurs, et s'ils évitent de remonter plus haut, c'est dans la crainte de blesser la vessie. Or, s'il s'agit d'un cancer intra-cavitaire, ayant débuté dans le *canal cervical* et ne végétant pas à l'extérieur, l'incision est ainsi placée à bonne distance du néoplasme; et cette forme intra-cavitaire, qui gagne rapidement en hauteur vers la muqueuse utérine, mais qui ne déborde pas l'orifice externe et n'atteint les annexes qu'après avoir infiltré peu à peu toute l'épaisseur de la paroi, me paraît plus fréquente qu'on ne le dit généralement, car j'en ai vu dans ces

(1) Soc. de chirurgie, séance du 29 décembre 1886.

©BIU Santé

derniers temps d'assez nombreux exemples. Si, au contraire, le cancer a débuté par la *portion vaginale* du col et prend cette forme de chou-fleur exubérant qui chemine superficiellement vers les culs-de-sac du vagin et le tissu cellulaire qui les double, l'incision est proche du tissu morbide; et qui vous dit qu'elle ne laisse pas, dans la paroi vaginale, quelques traînées cellulaires qui seront le point de départ de la récidive?

Il ne faut pas se payer de mots. L'hystérectomie n'est une opération plus radicale que si elle est sûre de mieux enlever tous les tissus malades. A quoi bon extirper le fond de l'utérus avec son col, à quoi bon empiéter sur les ligaments larges, si vous laissez à l'entrée de la plaie les germes de la repullulation? Les détracteurs de l'hystérectomie s'appuient sur ce fait, qu'elle paraît suivie de récidive aussi souvent que l'amputation sus-vaginale. Or, au lieu de chercher tous les arguments qu'on peut faire valoir contre les chiffres, au lieu de rappeler qu'on a trop souvent réservé l'ablation totale pour des cancers déjà envahissants, je préfère avouer que nous avons fait jusqu'ici un certain nombre d'hystérectomies qui n'étaient radicales qu'en apparence, et n'avaient guère plus de chance de donner la vraie guérison qu'une opération parcimonieuse. Songez que la récidive, — quelques-uns de mes collègues pourraient confirmer ce que j'avance, — a pour siège ordinaire, non les annexes, mais la paroi vaginale au niveau de la cicatrice. En supprimant l'utérus et les vaisseaux lymphatiques rampant sur ses bords, on a poursuivi le mal en haut, à droite et à gauche, mais on l'a oublié aux abords mêmes du foyer opératoire. Comment faire? Impossible de porter l'incision plus haut, car on blesserait la vessie, Mais, l'incision faite et l'utérus bien dégagé, ne peut-on reprendre la paroi vaginale avec précaution, l'isoler en prenant garde à l'uretère, et en réséquer une bande circulaire plus ou moins large? Cette pratique suffira peut-être à éloigner les chances de repullulation, et je n'hésite pas à la conseiller.

Continuons notre récit. M. Rohmer, dès qu'il eut ouvert le péritoine en avant, et sans même inciser le cul-de-sac postérieur du vagin, voulut faire basculer l'utérus et ne put y parvenir. C'est là une manœuvre dont nos confrères de Bordeaux se sont faits les champions; mais il faut tomber sur un utérus bien complaisant, pour qu'elle ait chance de réussir. Quel avantage peut-on trouver à tirer sur le fond de l'organe quand son col est solidement attaché en arrière? J'aime beaucoup mieux la pratique de Schrœder qui dégage le col entièrement, saisit dans une ligature la moitié inférieure de chaque ligament large, et coupe au ras l'insertion dans la même hauteur; les ligaments se trouvant réduits à leur moitié supérieure, la torsion et la bascule se font beaucoup mieux.

Mais, alors même que l'utérus est complètement libéré, la bascule est souvent impossible. Certains ligaments non relâchés ont trop de hauteur et trop peu d'étendue transversale pour se laisser tordre. Et la manœuvre n'est pas sans péril, car elle peut, si on y met quelque vigueur, amener une déchirure dans la région dangereuse, c'est-à-dire au niveau de l'utérine; il suffit d'avoir vu saigner cette artère une seule fois pour en être convaincu. Ai-je besoin de rappeler combien l'usage des pinces à demeure, substituées aux ligatures, simplifie les opérations dans lesquelles on ne peut renverser l'utérus?

M. Rohmer, ayant ouvert le cul-de-sac de Douglas et fait le renversement, saisit en masse le ligament large avec un fil de soie enduit de cire au sublimé, plaça un autre fil au ras de l'utérus et coupa entre les deux.

Voilà qui suppose encore un ligament bien lâche et de bonne composition. Ce second fil serait bien difficile à placer dans beaucoup de cas ; il est d'ailleurs inutile, car, au moment de la section, il ne vient jamais de sang par l'utérus ; enfin, il peut être nuisible, car il tient de la place, oblige à couper tout près du premier fil, et rend plus précaire la ligature en masse, déjà imprudente par elle-même.

Notre collègue termina l'opération au bout d'une heure, en laissant deux pinces à demeure sur des artères vaginales qu'il avait cherché à lier sans pouvoir y parvenir. Il ne ferma pas la plaie et mit des tampons d'iodoforme, « après un lavage abondant au sublimé ». J'aurais mieux aimé une toilette simple avec des éponges montées, pour ne pas laisser des caillots dans la plaie ou dans le cul-de-sac de Douglas ; mais le sublimé projeté en abondance pouvait entrer dans le péritoine, y séjourner, y causer une irritation dangereuse.

L'état de la malade, d'abord assez satisfaisant, s'aggrava peu à peu, et la mort eut lieu à la fin du cinquième jour. Voici la relation de l'autopsie : « En enlevant avec précaution le paquet intestinal, on trouve que les anses d'intestin grêle, plongeant dans le petit bassin, sont agglutinées entre elles, d'une part, et d'autre part avec le rectum et la vessie; elles forment ainsi la paroi supérieure d'une cavité purulente dont la paroi inférieure est formée par l'adhérence des lèvres de la déchirure péritonéale au-dessus de la plaie du vagin. Cette cavité renferme environ 20 grammes de pus crémeux, jaunâtre, avec quelques caillots sanguins. Sur tout le reste de la surface péritonéale, on ne remarque pas la moindre trace d'inflammation; celle-ci est exclusivement limitée aux deux ou trois anses qui sont directement en rapport avec la cavité purulente. »

Pourquoi cette mauvaise terminaison, et pourquoi cette péritonite suppurée circonscrite? Notre confrère me pardonnera d' « éplucher » son observation, non certes pour le trouver en défaut, mais pour nous instruire tous et nous éclairer davantage sur une question encore neuve.

Les pinces hémostatiques ont été enlevées le soir du troisième jour. S'il s'agissait de pinces laissées à demeure sur les ligaments larges, en plein péritoine, je n'hésiterais pas à dire qu'elles sont restées trop longtemps ; c'est inutile pour l'hémostase, dangereux pour la séreuse, et il y a tout avantage, quand l'oblitération des vaisseaux est assurée, — on peut adopter trente-six heures comme le meilleur terme, — à laisser la plaie péritonéale s'adosser promptement ; plus longtemps elle reste béante, plus il y a de chances pour que des liquides sécrétés dans le tissu cellulaire viennent l'irriter. On doit donc enlever les pinces de bonne heure, et renoncer à toute suture même partielle du vagin, qui pourrait empêcher l'issue des liquides à l'extérieur. Mais ici, M. Rohmer avait placé deux pinces sur de petits vaisseaux, loin du péritoine ; leur présence n'avait pas d'inconvénients, et je passe condamnation.

Je n'en dirai pas autant des tampons d'iodoforme enlevés le même jour, et d'une « large irrigation vaginale » qui fut pratiquée immédiatement. Je regrette qu'on ait encore changé les tampons le quatrième jour pour faire « un lavage abondant au sublimé, en allant avec la canule aussi loin que possible vers la plaie péritonéale ». La pratique que j'ai suivie jusqu'ici est tout autre : les pinces retirées, j'évite avec soin toute manœuvre qui pourrait violenter le péritoine, et je ne touche aux tampons profonds que le cinquième ou le sixième jour. Seul, le plus superficiel peut être changé

©BIU Santé

pendant les lavages, qui sont faits discrètement à l'entrée du vagin. Le péritoine se ferme pendant les jours qui suivent l'ablation des pinces; puis, quand on a retiré les tampons, les irrigations vaginales se font encore avec beaucoup de douceur, et dans leur intervalle, un seul tampon est placé mollement à l'orifice pour maintenir le vagin aseptique. En somme, la plaie sous-péritonéale et le péritoine lui-même sont absolument respectés.

Pour résumer ce qui précède, je pense que, dans l'observation de M. Rohmer, les parties intéressées ont subi quelque dommage à diverses reprises, et cela par le fait même du precédé choïsi : pendant les premières tentatives de renversement, pendant la manœuvre pénible et prolongée de la double ligature en masse à droite et à gauche, pendant les essais de ligature des artérioles vaginales, enfin pendant les lavages et les pansements prématurés.

Un dernier point mérite d'être signalé : que veulent dire les « quelques caillots sanguins » trouvés à l'autopsie avec le pus crémeux, et « les débris de sang qui restent dans la plaie » et qu'entraîne le lavage du quatrième jour? S'ils datent de l'opération, c'est au moins la preuve que les irrigations n'ont pas servi à les entraîner. Mais n'est-ce pas plutôt un suintement secondaire par les ligaments larges incomplètement serrés? Je les connais, ces caillots qu'on trouve dans la cavité pelvienne au milieu d'une péritonite suppurée; je les connais depuis ma première opérée; ils m'ont dégouté des ligatures et fait changer de manuel opératoire. Je ne puis, dans le cas de M. Rohmer, affirmer leur origine, mais je pense qu'ils ont dû contribuer, pour leur part, au développement de la péritonite.

Voilà bien des motifs, Messieurs, pour en venir à la conclusion que vous avez déjà devinée, à savoir que l'usage des pinces à demeure, tel que je l'ai décrit, supprime, dans l'hystérectomie vaginale, beaucoup d'hésitations, de difficultés et de périls. J'ajoute que les soins post-opératoires, ablation des pinces, maniement des tampons et du sublimé, ont une grande importance et doivent être assujettis à des règles précises. Enfin, je vous rappelle le conseil que j'ai formulé plus haut : tailler hardiment dans la paroi vaginale, pour éloigner les chances de repullulation.

C'est par une étude minutieuse de la technique opératoire, des pansements, des conditions de la récidive, que nous finirons par donner toute sa valeur à une opération déjà tenue en grande estime par plusieurs d'entre nous. En adressant nos remerciements à M. Rohmer pour son intéressante communication, nous l'encouragerons, je l'espère, à nous aider dans cette œuvre utile.

Traitement de l'iritis aiguë

Par le docteur A. DEHENNE.

Cette affection est une de celles qui se présentent le plus fréquemment à notre observation. Elle réclame une thérapeutique active et rapide; tout retard peut amener des accidents graves.

Le diagnostic de l'iritis est relativement facile. Un symptôme qui n'existe guère dans la conjonctivite simple, avec laquelle on confond le plus souvent l'iritis (coup d'air, coup de sang), ce sont les douleurs péri et sus-orbitaires qui doivent mettre immédiatement l'esprit en éveil. De plus, l'intensité de l'injection périkératique, la contraction de la pupille et sa déformation parfaitement visible à l'éclairage latéral, ne doivent

laisser aucun doute. L'intégrité absolue de la cornée fait éliminer aisément toutes les formes de kératite.

En cas d'indécision, le plus simple est d'instiller quelques gouttes d'un collyre à l'atropine au 1/200e; les adhérences iridiennes (synéchies postérieures) se dévoilent de suite. Et puis l'on n'a qu'à continuer l'emploi de l'atropine qui détruit les synéchies et qui, après avoir aidé au diagnostic, forme la base de la thérapeutique de l'iritis. Il suffit, du reste, d'être quelque peu familiarisé avec les affections oculaires pour diagnostiquer l'iritis aiguë sans qu'il soit nécessaire d'instiller de l'atropine.

Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit au sujet du traitement de la kératite (*Union médicale*, n° 167, 11 décembre 1886): Il faut s'abstenir complètement d'instillations de collyres métalliques ou astringents qui donnent un coup de fouet à l'affection et augmentent encore la tendance aux synéchies postérieures. Incalculable est le nombre des malades qui se présentent dans nos cliniques spéciales avec le diagnostic *conjonctivite* et qui sont atteints d'iritis. Quand l'affection est récente (quatre à cinq jours) et qu'elle présente un caractère subaigu, il n'y a encore que demi-mal. Le sulfate d'atropine (collyre au 1/200e six fois par jour, à la dose de 4 à 5 gouttes chaque fois), et employé *larga manu*, a raison assez facilement des synéchies postérieures. Dès le lendemain, la pupille affecte les formes les plus bizarres et, après une huitaine de jours, elle a repris sa forme normale. Mais si le début de l'iritis remonte à dix et, *a fortiori*, à quinze jours, surtout si l'affection est suraiguë, la pupille est complètement obstruée, l'humeur aqueuse trouble, l'iris décoloré, etc. Les douleurs sont très vives. Le traitement rationnel calme les douleurs; mais, le plus souvent, la vision n'est recouvrée qu'à l'aide d'une intervention chirurgicale quelquefois très compliquée (1). Il y a donc un intérêt majeur à ne pas faire fausse route et à employer de suite les mydriatiques.

Il est une affection qui, au premier abord, pourrait en imposer pour une iritis (douleurs violentes péri et sus-orbitaires; injection périkératique, etc.). C'est le *glaucome aigu*. Ici, la confusion serait d'autant plus regrettable que les mydriatiques sont absolument contre-indiqués et exaspèrent les symptômes glaucomateux. Mais il est deux signes qui appartiennent au glaucome aigu et qui font défaut dans l'iritis : la *dilatation de la pupille*, signe capital, et l'*augmentation très notable de la tension intra-oculaire* (bille de marbre).

Le diagnostic de l'iritis est donc facile : Douleurs péri et sus-orbitaires; injection périkératique intense; déformation de la pupille rendue plus sensible par l'action de l'atropine; décoloration de l'iris, etc. Reste le diagnostic étiologique. Ici, la chose est moins aisée.

Deux grandes diathèses se partagent la pathologie de l'iris : la syphilis et l'arthritisme. L'arthritisme n'exclut pas la syphilis, et *vice versa;* de telle sorte que chacune des deux diathèses peut donner à l'inflammation de l'iris sa note spéciale, son cachet particulier; c'est même, je crois, le cas le plus fréquent. Quoi qu'il en soit, existe-t-il un signe certain qui permette de différencier à première vue l'iritis syphilitique de l'iritis rhumatismale ? Non, absolument non. Sauf dans les cas où l'iritis se complique de productions gommeuses, condylomateuses, etc., l'interrogatoire minutieux du malade, les commémoratifs seuls peuvent faire affirmer l'existence d'une origine à l'exclusion de l'autre.

Les mydriatiques forment la base du traitement de l'iritis, et parmi eux, en première ligne, il faut citer le sulfate neutre d'atropine, qu'on formule ainsi :

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 10 à 0 gr. 15 centigr.
Acide borique.....	0 — 20 centigr.
Eau distillée.....	20 grammes.

On instille de ce collyre dans l'œil malade, 4 à 5 gouttes, depuis *deux* jusqu'à *dix* fois par jour, suivant l'ancienneté et la multiplicité des adhérences.

(1) A. Dehenne : *De la sclérotomie rétro-iridienne précédant l'iridectomie dans les cas d'obstruction pupillaire totale avec effacement complet de la chambre antérieure et accidents glaucomateux.* (*Union médicale* (3e série), année 1885.)

©BIU Santé

Je ne prescris jamais concurremment, comme le font quelques auteurs, le collyre à l'ésérine. Le but à poursuivre est de dilater et de dilater constamment la pupille, jusqu'à rupture des synéchies et disparition de toute réaction inflammatoire. Le rétrécissement, même momentané de la pupille, peut être dangereux.

Il est des malades, bien rares il est vrai (1 sur 1,000 à 1,500), qui ne supportent pas l'atropine, ou plutôt dont la conjonctive ne tolère pas les instillations répétées de ce médicament. La conjonctive s'enflamme, les follicules s'hyperhémient; il y a du larmoiement, de la photophobie et chaque instillation devient le point de départ de douleurs assez vives. On assiste au développement d'une véritable *conjonctivite atropinique*, qui se produit avec les solutions les plus pures, les plus aseptiques.

Dans les cas d'intolérance conjonctivale, on emploie avec succès le collyre suivant :

Sulfate neutre de duboisine	0,10 centigrammes
Acide borique ou salicylique	0,10 —
Eau distillée	20 grammes

dont l'effet mydriatique est le même que celui de l'atropine.

Je n'ai jamais assisté à de véritables cas d'intoxication par l'alcaloïde de la belladone, même aux doses élevées mentionnées plus haut. Tout au plus ai-je constaté un peu de sécheresse de la gorge et du voile du palais chez quelques malades qui ont parfaitement supporté ce léger inconvénient.

Si la réaction inflammatoire est vive, on fait appliquer *4* ou *5 sangsues* à la tempe, du côté de l'œil malade. On recommande de laisser l'écoulement sanguin se continuer au moins pendant une heure, après la chute des sangsues. Si l'hyperhémie iridienne est modérée, on se contente de l'application de *vésicatoires volants* à la tempe ou derrière l'oreille.

Lorsque les douleurs sont très vives, il ne faut pas hésiter à pratiquer, le plus près possible de l'organe malade, une injection sous-cutanée avec 0,015 milligrammes de *chlorhydrate de morphine. Cette injection, non seulement calme la douleur, mais triomphe de l'éréthisme iridien, et facilite l'action du mydriatique.*

L'œil malade doit être tenu chaudement à l'aide d'un tampon d'ouate maintenu par un tour de bande. Après chaque instillation de la solution mydriatique, il est bon de faire des applications de *compresses d'eau de camomille très chaude* que l'on renouvelle constamment pendant cinq minutes environ. Ces applications chaudes sont très calmantes.

Dans l'*iritis rhumatismale*, lorsque toute infection syphilitique semble faire défaut, le *salicylate de soude*, à la dose maxima de 2 grammes par jour, est le médicament indiqué. J'y joins couramment quelque préparation arsenicale, soit sous forme de liqueur de Fowler (7 gouttes par jour), soit en pilules, d'après la formule suivante :

Acide arsénieux	5 centigrammes.
Fer réduit	1 gramme.
Extrait de quassia amara	2 grammes.

Pour 50 pilules. — En prendre 2 par jour au moment du repas.

Lorsque le salicylate de soude n'est pas supporté, on peut le remplacer par le *sulfate de quinine* à la dose de 0,75 centigrammes par jour ou par la potion suivante, qu'on fait prendre à la dose d'une à deux cuillerées à soupe chaque soir :

Teinture de colchique	10 grammes.
Sirop de sucre	30 —
Eau distillée	120 —

Dans l'*iritis syphilitique*, lorsque les accidents sont aigus et qu'il y a à craindre la formation rapide d'exsudats, il ne faut pas hésiter à prescrire les *frictions d'onguent napolitain, non seulement sur le sourcil et autour de l'œil malade, mais sur les membres*, au niveau des articulations du coude et du genou, alternativement sur l'une et sur l'autre, avec gros comme une forte noisette de la pommade. On y ajoutera deux grandes cuillerées à soupe, chaque jour, immédiatement avant le repas, de la solution :

Iodure de potassium..... 15 grammes.
Eau distillée..... 100 —

Je fais prendre de préférence la solution iodurée dans une petite tasse d'infusion aromatique chaude (thé ou tilleul).

Après quinze jours de ce traitement, je substitue aux frictions et à l'iodure le *sirop de Gibert* (une cuillerée à bouche tous les matins dans une petite tasse de lait chaud) Le sirop bi-ioduré est continué pendant trois semaines ou un mois, et afin d'éviter les rechutes je recommande au malade d'en prendre tous les trois mois pendant quinze jours environ.

En résumé :

1° Collyre à l'atropine ou à la duboisine au 1/200e de deux à dix fois par jour suivant le degré d'acuité de l'affection, 5 à 6 gouttes par chaque instillation.

2° *Sangsues* à la tempe ou vésicatoires volants.

3° Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine à la dose de 0,015 milligrammes.

4° Lotions d'eau de camomille très chaude fréquemment dans la journée; maintenir une température uniforme sur l'œil malade à l'aide d'un léger pansement ouaté.

5° Traitement général.

THÉRAPEUTIQUE

Quelques mots sur un nouveau traitement de la PHTISIE.

Depuis dix ans beaucoup de chercheurs ont entrepris une lutte corps à corps avec la plus redoutable de toutes les maladies « *la Phtisie pulmonaire* », cette grande faucheuse du genre humain. Mais, jusqu'à la découverte du bacille de la tuberculose, on n'étudiait le mal que dans ses effets et non pas dans sa cause, on n'avait trouvé que des moyens palliatifs qui n'étaient même pas des demi-mesures, et les médecins prescrivaient par acquit de conscience, les solutions iodées, chlorhydro-phosphatées, phéniquées et créosotées, qui, avant de cicatriser les poumons, fatiguaient, raccornissaient, et momifiaient par leur insolubilité ou leur causticité le malheureux estomac des phtisiques, leur suprême sauvegarde, leur dernier organe de résistance, en sorte que ces infortunés mouraient de consomption et de faim tout autant et peut-être plus que de leur tuberculose.

Aussitôt la découverte du bacille, une foule de chercheurs se sont mis en campagne pour arriver à détruire cet ennemi invisible jusque-là ; mais, de quel côté et avec quel agent l'attaquer ? Du côté de l'estomac ? Il ne fallait guère y songer, comme nous venons de le dire, malades et médecins étaient las des essais faits précédemment avec tous les antiseptiques connus, fort désagréables à prendre et ne pouvant détruire le bacille qu'avec des doses tuant le sujet on l'empoisonnant. Des expérimentateurs plus ingénieux, le docteur Sandras, par exemple, eurent un moment l'espérance de réussir en faisant arriver aux poumons un air fortement imprégné de substances antiseptiques (goudron, térébenthine, acide phénique, eucalyptol), seules ou combinées avec un calmant (chloroforme). Le contact étant immédiat, le succès semblait certain ; mais on ne tarda pas à s'apercevoir, qu'à dose mitigée, ces substances ne tuaient point les bacilles, et, qu'employées à doses plus fortes, elles augmentaient l'inflammation du tissu pulmonaire. Le salut n'était donc pas encore là !

Il ne restait plus que deux moyens : l'injection hypodermique et la voie rectale. C'est le docteur Bergeon qui le premier a songé à faire arriver dans le rectum un parasiticide, qui, introduit à l'état gazeux, pénétrerait dans le système de la veine porte, dans le foie, les veines sus-hépatiques et arriverait enfin au cœur droit et aux poumons. Il s'est servi pour cela d'un mélange d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré, excellent microbicide direct, auquel il a ajouté parfois de l'Eucalyptol. M. Chantemesse a employé dans le même but le sulfure de carbone, et le docteur Morel a inventé, pour réaliser ce traitement, un appareil assez compliqué pour fabriquer soi-même l'acide carbonique,

SBIU Santé

le faire passer dans un ballon ou dans un tube garni d'eau minérale sulfureuse ou de divers antiseptiques, d'où il est projeté dans le rectum. Mais cet appareil est coûteux, fragile, dangereux même à cause de la fabrication de l'acide carbonique; il ne peut être manié que par un médecin, car une quantité trop grande d'hydr. sulf. introduit dans l'intestin peut amener la mort (1) ou tout au moins des accidents gastro-intestinaux (2). Quant au sulfure de carbone, c'est un corps assez difficile à manier (3). Enfin, cette médication soulage, améliore les malades, mais ne les guérit pas, même avec un *usage prolongé pendant des années,* parce qu'elle ne tue pas les bacilles et *qu'on en trouve toujours dans les crachats,* en sorte que, si on l'interrompt quelque temps, la phtisie regagne promptement le terrain perdu.

La méthode des injections sous-cutanées donne des résultats meilleurs, plus rapides et plus durables. Déjà Déclat avait préconisé, il y a douze ans, les injections d'acide phénique dilué, mais son procédé était oublié quand le docteur Filleau l'a remis en honneur. Il cite dans un intéressant mémoire des observations assez concluantes; seulement, pour obtenir des résultats passables, il faut continuer de longues années. Les choses en étaient là, quand le docteur Roussel (de Genève) eut le premier l'idée d'employer les injections d'Eucalyptol dans le service des phtisiques de M. Bayle, à l'hôpital Laënnec. Ainsi que le remarquait dernièrement la *Gazette des hôpitaux*, ces essais eurent une réussite éclatante quand les sujets n'étaient pas moribonds. Après huit ou quinze jours d'injections sous-cutanées, les malades ont vu leur toux se calmer, leur fièvre diminuer, leurs sueurs disparaître et leur appétit renaître.

Quant aux bacilles, après deux ou trois mois de traitement, l'examen le plus sévère n'en décèle pas de traces. Cet agent provocateur a complètement disparu; le sujet engraisse, les parois des cavernes se cicatrisent, les crachats deviennent de moins en moins abondants et finissent par disparaître. Tels sont les résultats merveilleux que procurent les injections sous-cutanées d'Eucalyptol, en sorte qu'on pourrait se dire que la phtisie a enfin trouvé son maître!

Théoriquement, ces bienfaits de l'Eucalyptol s'expliquent facilement. Après sept ou huit injections, l'organisme est imprégné de cette huile essentielle dont les vertus cicatrisantes sur les plaies sont bien connues. La peau, la transpiration, les sécrétions du malade en sont imprégnées; il vit dans une atmosphère qui en est saturée; son haleine en exhale constamment, et c'est grâce à cette action incessante qu'on voit les crachats se transformer, cesser d'être purulents, et enfin diminuer de jour en jour.

Mais il fallait rendre accessible aux praticiens ce moyen de traitement. Tout le monde ne pouvait pas disposer, comme M. Roussel, d'un Eucalyptol dépouillé par quinze années de fabrication de sa résine âcre et de tout principe irritant; c'est alors que M. Le Brun, pharmacien à Paris, s'est mis à l'œuvre et, à force de recherches, de distillations et de saturations, a pu obtenir, avec les feuilles fraîches de diverses variétés d'Eucalyptus, ce qu'il a appelé son *Eucalyptine,* excessivement active et cependant n'occasionnant jamais, comme les autres eucalyptols, de l'inflammation et une tuméfaction fort douloureuse qui, dès la première injection, décourage absolument les malades.

L'Eucalyptine Le Brun est une huile essentielle obtenue, nous le répétons, avec des feuilles fraîches d'Eucalyptus, d'une couleur vert tendre, agréable à l'œil et du parfum le plus suave. Le mode d'emploi en est excessivement simple. Dans la phtisie galopante, où il faut gagner le mal de vitesse, les injections peuvent être pratiquées deux fois par jour.

Dans les autres variétés de phtisies, dans la Bronchite aiguë et le Catarrhe pulmonaire, où cette médication est appelée à remplacer tous ces sirops, pâtes et potions indigestes dont on fatigue les malades et où elle agit immédiatement sur l'organe malade, une seule injection par jour d'Eucalyptine Le Brun suffit. L'état du malade s'améliore rapidement, et alors deux ou trois injections par semaine achèvent la guérison.

En faisant peser le malade tous les quinze jours, on le verra gagner en poids

(1) Docteur Perroud : Société de biologie.
(2) Blachez : Société de thérapeutique.
(3) Dally : Société de thérapeutique.

à chaque fois. Au-dessous de 15 ans, on n'injecte qu'une demi-seringue de Pravaz; au-dessus, une seringue entière. L'injection peut être faite à toute heure du jour.

Les endroits les plus favorables et le moins sensibles sont le haut des fesses, les reins, la partie supérieure et externe des cuisses et des bras, et enfin le dos.

Chez les travailleurs et les marcheurs, éviter de faire l'injection aux bras et aux jambes.

L'aiguille doit être enfoncée obliquement sous la peau, mais pas dans les muscles. Après l'avoir enfoncée tout entière, on la retire de 1 centimètre environ pour que l'injection se loge dans le sillon qu'elle a tracé. L'injection sera poussée lentement.

Les piqûres ne doivent pas toujours se faire au même endroit. A chaque injection, l'aiguille doit être flambée à l'alcool ou lavée dans une solution de bichlorure d'hydrargyre au 1/1000e. Chaque malade doit avoir sa propre seringue.

Quelques personnes délicates ressentiront peut-être, après l'injection, une légère cuisson; il ne faut point s'en inquiéter, cela ne dure point, et, au besoin, un cataplasme de poudre de riz appliqué la nuit en ferait justice.

L'amélioration se dessine quand le malade ressent dans la bouche le goût et l'odeur de l'Eucalyptine.

Nos confrères peuvent essayer avec confiance ce traitement, qui seul, ou secondé par quelques tasses d'une eau sulfureuse iodurée comme celle de Gazost, dispense de toute autre médication, améliore les phtisiques au dernier degré et guérit tous les autres. Avec lui, la tuberculose cessera d'être la noire faucheuse du genre humain.

Dr Roberts.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Royat et ses eaux.

La station de Royat, bien modeste il y a quelques années, est devenue l'une des plus importantes de la France. Il n'était pas nécessaire d'être grand prophète pour lui prédire ce brillant avenir. Royat avait tout pour lui : Des eaux excellentes, un climat merveilleux, un personnel médical habile et dévoué. Quand, à ces avantages vinrent se joindre une direction de premier ordre et le nerf de toutes les entreprises, les capitaux, la station de Royat s'éleva, d'un seul bond, à la hauteur des plus recherchées.

Pour qu'un établissement thermal réponde à tous les *desiderata*, qu'il rende certainement guéris ou au moins soulagés les malades qu'on lui envoie, il faut qu'à un traitement raisonné se joigne une bonne hygiène, et personne n'ignore que les principaux éléments de l'hygiène sont les promenades au grand air et les distractions. Royat jouit d'un climat exceptionnellement favorable. Son altitude est de 450 mètres au-dessus du niveau de la mer; l'air y est pur et doux; abritée contre les vents de l'Ouest et du Nord par les monts Dôme, la vallée de Royat échappe à ces brusques variations de température que l'on redoute avec tant de raison dans les stations d'une plus grande altitude. Sites enchanteurs, bois, grottes, cascades, ruisseaux, rien ne lui manque de ce qui peut égayer et charmer le promeneur.

A ces dons de la nature, l'administration a su ajouter tout ce qui peut être utile et tout ce qui peut plaire. L'établissement est pourvu de tous les appareils et de tous les perfectionnements connus, douches de toute nature, salles de pulvérisation, piscine de natation; les cabinets de bains sont des merveilles de propreté et de confortable; tous sont pourvus des appareils nécessaires à l'administration des douches locales dans le bain même; les salles d'aspiration sont parfaitement installées : des gradins, disposés en amphithéâtre, permettent au malade de choisir lui-même la température qui lui convient. Enfin, tout est parfait dans l'organisation des choses utiles.

Mais l'agréable n'a pas été moins habilement traité : Casino, concerts, spectacles, gymnastique, escrime, on trouve tout à Royat, et tout y est installé avec une largeur d'idées qui ne laisse rien à désirer.

Quant aux eaux, leur valeur n'est pas contestable. La source Eugénie alimente à elle

©BIU Santé

seule tous les services de l'établissement : elle débite 1 million 400 mille litres dans les 24 heures. Cette quantité considérable de liquide a permis la création d'une vaste piscine dans laquelle les baigneurs peuvent se livrer à l'exercice agréable et salutaire de la natation; elle permet, en outre, de donner en baignoires des bains d'eau courante dont les avantages sont certains.

Tout à côté, la source César, qui débite 34,500 litres dans les 24 heures, alimente aussi des bains d'eau courante très appréciés pour leur valeur thérapeutique.

La source Saint-Mart, dite *la fontaine des goutteux*, se distingue par la quantité considérable de lithine qu'elle contient, soit 35 milligr. par litre. Elle ne s'emploie qu'en boisson.

La source Saint-Victor, ferrugineuse et arsenicale ne s'emploie également qu'en boisson. Toutes ces eaux sont gazeuses, claires, transparentes, d'une saveur très agréable et n'altèrent pas le vin; elles se transportent facilement et se conservent sans aucune difficulté.

Si toutes les eaux de Royat ont des qualités communes, elles ont cependant des différences de composition qui doivent, suivant les cas, faire préférer l'une à l'autre. La source Saint-Mart, par exemple, est la plus lithinée que l'on connaisse; son emploi est donc plus spécialement indiqué dans les affections arthritiques, les gastralgies douloureuses et les dyspepsies de toute nature, certaines affections des voies respiratoires, de la peau (eczéma), la goutte, le rhumatisme, etc. La source Saint-Victor, contenant 6 centigr. de bicarbonate de fer et 4 milligr. 1/2 d'arséniate de soude, est l'eau tonique par excellence, elle est indiquée pour tous les cas d'anémie, la convalescence, les faiblesses qu'elle qu'en soit la cause. La source César, constituée comme la source Saint-Mart, mais à doses plus faibles, est très gazeuse et préférable à toute autre; on l'emploie comme eau de table, elle est excitante, digestive et tonique.

Il n'est pas douteux que l'administration des eaux de Royat ne doive entrer dans le traitement du diabète sucré. Dans une discussion fort intéressante qui a eu lieu récemment à la Socité d'hydrologie, MM. les docteurs Martineau et Bouloumié, en constatant les excellents effets des eaux de Royat sur les diabétiques et les arthritiques, se sont demandé quelle part devait être faite à la lithine et à l'arsenic dans les succès obtenus. M. le docteur Labat a conclu que l'association des divers éléments que certaines eaux contiennent était sans doute la cause de leurs excellents effets. Nous croyons qu'il est sage d'accepter ces conclusions, car l'expérience a démontré que l'emploi isolé de l'arsenic ou de la lithine n'a pas donné des résultats aussi satisfaisants que les combinaisons naturelles que contiennent les eaux minérales et spécialement celles de Royat. C'est la source Saint-Victor qui paraît le mieux répondre à cette indication.

Disons, en terminant, qu'un séjour à Royat amènera certainement la guérison ou tout au moins le soulagement des arthritiques, des diabétiques et de tous les malades atteints d'affections gastralgiques, utérines, d'engorgements de la rate et du foie, des phthisiques mêmes chez lesquels l'élément catarrhal et rhumatismal domine, enfin de tous les anémiques et de tous les affaiblis quel que soit la cause de leur maladie. Disons aussi, qu'à défaut d'un séjour à Royat, qui n'est pas toujours à la portée de tout le monde, on obtiendra sûrement de bons effets de l'emploi à domicile des eaux transportées. L'eau de la source César donnera de l'appétit à ceux qui en manquent, facilitera la digestion des autres ; l'eau, plus spéciale de Saint-Mart, rendra aux goutteux, aux diabétiques, aux graveleux, aux rhumatisants, les mêmes services qu'elle leur rendrait à Royat ; enfin l'eau de Saint-Victor ranimera, fortifiera les anémiques, les chlorotiques, les débilités de tout genre. Toutes ces eaux feront manger et digérer les estomacs les plus récalcitrants, et personne ne l'ignore, l'estomac, c'est comme le bâtiment, quand l'estomac va, tout va.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. G. Hayem, en son nom et au nom de M. G. Barrier, donne lecture de la relation d'expériences sur les effets des transfusions de sang dans la tête des animaux décapités :

« Lorsqu'on fait passer dans une tête de chien séparée du corps et devenue inerte depuis quelques minutes, une quantité suffisante de sang oxygéné, on y voit renaître un certain nombre de mouvements remarquables.

« Témoin de ce fait, il y a une trentaine d'années, M. Brown-Séquard, vivement impressionné, y a vu la preuve d'un retour de la volonté. Depuis cette époque, cette expérience si intéressante n'a été, que nous sachions, répétée par aucun physiologiste. Nous avons pensé qu'il serait utile de combler cette lacune (1).

« Nos expériences ont été faites sur le chien, soit avec du sang de chien complet ou défibriné, soit avec du sang artériel et complet de cheval. La tête des animaux a été détachée rapidement d'un seul coup à l'aide d'une sorte de guillotine, et les déterminations relatives au temps ont été faites à l'aide d'un chronomètre à secondes.

« Dans cette première note, nous décrirons successivement : 1° les phénomènes consécutifs à la décapitation ; 2° les effets des transfusions immédiates ; 3° ceux des transfusions pratiquées à une époque de plus en plus éloignée du moment où la tête est devenue complètement immobile.

« I. — Dès que la tête est séparée du corps, les yeux sont agités de mouvements convulsifs, la physionomie exprime une sorte d'étonnement ou une grande anxiété, les mâchoires s'écartent violemment et la langue exécute quelques mouvements ou reste comme tétanisée.

« La tête de l'animal paraît avoir une certaine conscience du monde extérieur ; mais cela est douteux et, en tout cas, cette première période des manifestations agoniques dure à peine trois à quatre secondes.

« Bientôt les yeux, déjà un peu enfoncés dans l'orbite et resouverts en partie par la membrane clignotante, deviennent immobiles ; puis, la gueule s'étant refermée, il se produit une sorte d'effort respiratoire caractérisé par la dilatation des narines, le relèvement des commissures labiales, l'écartement brusque et prononcé des mâchoires, la rétraction de la langue dans le fond de la gueule.

« Dès ce moment, les sens spéciaux et la volonté paraissent éteints et le réflexe oculaire tend à s'affaiblir. Cet affaiblissement marche rapidement et, au bout de quelques secondes, le réflexe cornéen est totalement aboli.

« Pendant ce temps les efforts respiratoires se renouvellent deux, trois ou quatre fois à des intervalles assez réguliers, mais en s'affaiblissant ; puis la tête devient absolument inerte.

« Ces phénomènes agoniques durent environ une minute, jamais plus de deux minutes, et l'on note que le réflexe cornéen disparaît toujours avant la production du dernier effort respiratoire. Les pupilles sont alors dilatées ou ne tardent pas à le devenir.

« II. — En disposant l'expérience de manière que la détroncation n'interrompe pas la circulation dans la tête de l'animal décapité, nous avons vu les manifestations volontaires persister dans cette tête tant que la circulation est restée suffisante. Pour atteindre ce résultat, nous avons établi une communication préalable entre les deux carotides de l'animal destiné à être décapité et l'artère crurale d'un autre chien.

« L'expérience réussit également avec le sang de cheval et, comme ce sang est moins coagulable que celui du chien, on peut, dans ce dernier cas, étudier ces manifestations volontaires pendant environ une demi-heure.

(1) Nous devons mentionner cependant les deux essais de transfusion faits par M. Laborde sur des têtes humaines, bien que ces opérations aient été exécutées dans des conditions où elles ne pouvaient donner aucun résultat, c'est-à-dire une heure au moins après la décapitation.

©BIU Santé

« III. — Lorsque la transfusion est pratiquée quelques instants après que la tête est devenue complètement inerte, soit quelques minutes après la décapitation, on voit apparaitre successivement les mouvements suivants :

« Contractions fibrillaires de certains muscles, en particulier des lèvres; efforts respiratoires d'abord faibles, puis de plus en plus étendus et assez régulièrement espacés ; réflexes cornéens d'abord faibles et unilatéraux, puis bilatéraux et de plus en plus faciles à provoquer ; clignement spontané des yeux. Pendant ce temps les paupières sont tombantes, les pupilles contructées, et la tête semble profondément endormie.

« Les excitations de la sensibilité générale, celles des nerfs spéciaux sont absolument sans effet, aucun des mouvements produits n'a le caractère d'un acte volontaire.

« Le réveil de ces divers mouvements dans la tête exige une irrigation sanguine d'autant plus prolongée que la transfusion est plus tardive.

« Dans un cas où elle a été faite six minutes dix secondes après la cessation de tout mouvement, il ne s'est produit qu'au bout de quatre minutes d'irrigation sanguine, et les mouvements suscités, d'abord faibles, n'ont atteint leur plus haut développement qu'au bout de plusieurs minutes.

« Cette exp érience a été pratiquée avec le sang artériel du cheval et il nous a semblé que, dans ce cas encore, le sang de cheval avait les mêmes propriétés que celui du chien, c'est-à-dire d'un animal de la même espèce.

« Le résultat général de ces premières expériences est le suivant :

« L'extinction du sentiment et de la volonté paraît extrêmement rapide, sinon immédiate, après la décapitation.

« La vie consciente peut être entretenue après la décapitation, dans la tête séparée du tronc, à l'aide de l'injection immédiate de sang artériel emprunté à un animal soit de la même espèce, soit d'une espèce différente.

« La transfusion du sang, faite dans les conditions que nous venons d'indiquer dans une tête inerte depuis quelques minutes fait renaître des mouvements automatiques et des mouvements réflexes multiples et étendus, mais elle ne peut réveiller ni les sens ni la volonté.

« En d'autres termes, la vie consciente est liée à l'activité physiologique d'éléments délicats dont les manifestations fonctionnelles cessent rapidement après la décapitation et ne peuvent être réveillées dans des conditions où il est possible de faire réapparaître, à l'aide de sang oxygéné, certains actes physiologiques, automatiques ou réflexes, dépendant des centres situés dans la partie médullaire de l'encéphale (bulbe et protubérance).

« Une seconde note aura pour objet la description des effets observés dans les transfusions qui sont pratiquées pendant la période agonique. »

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'emploi à un chef des travaux anatomiques.* — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 10 janvier 1887, un concours s'ouvrira le 11 juillet 1887, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

Nécrologie. — Schrœder, professeur à Berlin et savant gynécologiste, dont les travaux sont fort estimés en France, vient de mourir. C'est une perte sérieuse pour la science et la pratique chirurgicales. Il n'avait pas cinquante ans.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 14 février 1887, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Rapport de la Commission chargée d'étudier la question du viol dans l'hypnotisme. — 2. Questions diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Les obsèques de M. le professeur Béclard. — II. Bibliothèque : Pathologie des néphrites chroniques. — III. Revue des Journaux : Du calomel comme diurétique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Nécrologie. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Les obsèques de M. le professeur Béclard.

Samedi dernier, la Faculté de médecine tout entière, la Faculté des lettres, le Conseil supérieur de l'instruction publique, l'Académie de médecine, une foule de médecins, d'étudiants et d'amis, ont rendu les derniers devoirs à notre doyen et lui ont fait un cortège imposant jusqu'à sa tombe. Plusieurs discours ont célébré, comme il convenait, ses travaux, ses éminentes qualités, les services qu'il a rendus à l'enseignement, l'honorabilité de sa vie, l'affabilité de son caractère. Nous reproduisons celui que M. le professeur Mathias Duval a prononcé au nom de la Faculté de médecine, et dans lequel se trouve retracée, au milieu de paroles émues, toute la vie scientifique de Béclard.

« Le deuil qui nous réunit est de ceux qui s'expriment plus par les larmes que par des paroles. C'est à un père que la Faculté de médecine vient dire un dernier adieu. En me désignant pour prendre la parole, en m'imposant le courage de refouler ma douleur, mes collègues me donnent du moins la consolation passagère de vivre encore un instant avec le maître pendant que je rappelle son œuvre, pendant que je rends hommage à son caractère, à son cœur.

« Les hautes qualités d'homme de science et d'homme de cœur étaient chez Béclard un héritage de famille. Il les tenait de son illustre père, Pierre-Augustin Béclard, qui, de 1818 à 1825, occupa à l'Ecole la chaire d'anatomie.

« Né le 17 décembre de cette même année 1818, Jules Béclard était reçu docteur en 1842. Dès lors s'ouvre pour lui une longue période de concours, dont le souvenir est resté ineffaçable. Le premier et le plus mémorable, celui de 1844 pour l'agrégation d'anatomie et physiologie, nous le montre en concurrence avec Claude Bernard. Le rapprochement de ces deux noms, dans cette lutte scientifique, éveille aujourd'hui un singulier intérêt, car nous savons ce que devait devenir chacun des illustres compétiteurs. C'est Béclard qui remporta la victoire. Dès ce moment s'étaient révélées chez lui les aptitudes professorales qui sont d'un si grand poids dans nos concours, aptitudes qui devaient faire de lui le maître le plus aimé et le plus apprécié des élèves ; clarté et simplicité jointes à une grande méthode d'exposition, admirable talent à revêtir son idée du mot propre, à trouver l'élégance sans la rechercher, grâce à la vivacité et à l'exactitude des expressions. De ce concours nous est restée sa thèse intitulée : ***Des principes immédiats azotés et de leur distribution dans l'économie.***

« A cette époque, le concours régnait en maître non seulement pour l'agrégation, mais encore pour les chaires magistrales. Aussi deux ans se sont-ils à peine écoulés que nous voyons le jeune agrégé, il avait alors 28 ans, entrer dans l'arène pour la chaire d'anatomie, en concurrence avec Denonvilliers. Ce concours de 1846 nous a laissé sa thèse sur le système cartilagineux, monographie qui marquait pour lui une place parmi les maîtres en anatomie générale, parmi les successeurs de Bichat, dont son père avait été l'élève et le continuateur.

SBIU Santé

« Aussi le voyons-nous bientôt s'adonner plus particulièrement à cette science en publiant, en 1852, une nouvelle édition des éléments d'anatomie générale d'Augustin Béclard, édition dont il doublait le volume par de nombreuses additions. De même, en 1855, il publiait, en collaboration avec Marc Sée, la traduction française de l'histologie humaine de Kölliker.

« Ne citons que pour mémoire son concours en 1851, pour la chaire d'hygiène où il se mesurait avec un maître, Bouchardat, dont nous déplorons encore la perte.

« Nous avons hâte, en effet, d'arriver aux travaux orlginaux de physiologie expérimentale, qui devaient le désigner plus tard comme successeur de Longet dans la chaire de physiologie.

« Ce furent d'abord (1845) ses études sur l'influence de la température, sur le développement comparé des systèmes organiques, études où, sur un terrain mixte, appartenant à la fois à l'anatomie générale et à la physiologie expérimentale, il recherchait les conditions qui amènent un développement prédominant du système nerveux ou du système sanguin. Puis, dans ce même ordre d'idée, ses deux mémoires intitulés: *De l'influence de la lumière et des divers rayons colorés du spectre sur le développement des animaux et des rayons colorés du spectre envisagés dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition.*

« Mais sa principale œuvre originale au point de vue de la physiologie expérimentale, consiste dans ses trois mémoires: *Sur le mécanisme de l'absorption et les phénomènes de l'endosmose ; — sur les fonctions de la rate et de la veine porte ; — sur la contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale.*

« Arrêtons-nous un instant sur ce dernier, il date de 1860 et, si rapides que soient de notre temps les progrès de la physiologie, les résultats qu'il annonçait sont aujourd'hui aussi actuels, aussi incontestables, quoique obtenus avec un matériel expérimental rudimentaire, que s'ils étaient nés d'hier, avec l'instrumentation perfectionnée des laboratoires. Le muscle en contraction produit de la chaleur : la quantité de chaleur qui disparaît du muscle, quand il produit un travail mécanique extérieur, correspond à l'effet mécanique produit; l'action musculaire non utilisée sous forme de travail mécanique extérieur, apparaît sous forme de chaleur ; en d'autres termes la chaleur musculaire est complémentaire du travail mécanique utile produit par la contraction ; telles sont ses conclusions, les formules actuelles sur la transformation des forces et l'équivalent mécanique ne renferment rien de plus précis.

« Béclard n'a jamais perdu de vue le haut intérêt des questions abordées dans ses études sur la chaleur ; à plusieurs reprises, même dans ces toutes dernières années, elles avaient encore été l'objet de ses méditations et de ses tentatives expérimentales. Si les préoccupations administratives, les soins de l'Ecole, les affaires de l'Académie, le travail, l'ont trop souvent éloigné du laboratoire, il n'en pensait pas moins à reprendre ses expériences, et ces derniers jours encore il venait de faire construire, pour reprendre les études sur la chaleur et le travail musculaire, un vaste appareil, dans lequel un thermomètre différentiel devait, par projection, rendre un nombreux auditoire témoin de ses indications.

« Il occupait en effet, depuis 1872, la chaire de physiologie, mais l'éclat de son enseignement magistral remonte à une date plus ancienne non seulement par les suppléances qu'il avait faites d'abord en 1846, puis à

partir de 1856 pendant trois années consécutives, mais encore et surtout par son *traité de physiologie humaine*, paru en 1856 et arrivé aujourd'hui à sa septième édition.

« Et puisque nous jugeons souvent de la valeur d'une œuvre française par le succès qu'elle obtient à l'étranger, il suffira de dire que cet ouvrage classique, qui a présidé à l'éducation de tant de générations de médecins français, a été traduite en allemand, en italien, en espagnol, en portugais, en valaque, en arabe, on peut dire dans toutes les langues.

« Ces titres scientifiques, ces œuvres didactiques de Béclard, notre douleur se complaît à leur énumération, car c'est de lui ce qui nous reste, sans que la mort en puisse rien enlever. Mais comment rappeler ce que nous avons à jamais perdu, le professeur si cher aux élèves, l'administrateur dévoué et sage, le juge bienveillant et, avant tout, le juge juste, l'homme de cœur. Comme professeur de physiologie, c'est à lui que nous devons la transformation du laboratoire de physiologie, l'institution de démonstrations expérimentales adjointes au cours théorique, l'organisation des travaux pratiques de physiologie. Ce qu'il a fait pour cette partie nouvelle de l'enseignement, son fidèle collaborateur Laborde pourrait seul le rappeler ici, si sa douleur lui permettait de s'exprimer autrement que par des larmes. Comme doyen depuis 1881, Béclard a présidé à l'organisation, aujourd'hui si complète, des exercices de dissection, de médecine opératoire, et notre collègue Farabeuf saura vous peindre les efforts et l'activité exigés par ces réinstallations, s'il peut toutefois maîtriser un instant une douleur que nous savons si profonde.

« Mais en rappelant tous ces titres à notre reconnaissance, nous n'évoquons que bien imparfaitement l'image du Maître regretté. Cette image, nous l'avons tous présente, et nos souvenirs de quelques jours à peine nous le montrent avec cette affabilité bienveillante, ces qualités aimables, ce caractère attractif qui faisaient de lui l'ami de ses collègues et le véritable père de toute la jeunesse de notre Ecole. Il savait comprendre cette jeunesse, car il était resté réellement jeune, tout en profitant de l'expérience de l'âge, et ses idées libérales, alliées à une grande sagesse et à un bon sens profond, avaient consacré le prestige de son autorité.

« Devenu, dans ces dix dernières années, père de famille, avec ce privilège de jeunesse qui ne l'avait jamais abandonné, il avait trouvé le bonheur dans un intérieur où il apportait ces qualités qui l'ont fait partout aimer. Au degré de notre propre douleur, mesurons ce qu'est la douleur de cette compagne, de cette mère et de ces jeunes enfants.

« Cher Maître, je suis l'un des nombreux disciples que vous avez pris par la main et guidés jusqu'à les faire asseoir à vos côtés; votre égale bienveillance n'a pu faire de jaloux, et chacun cependant se glorifiait intérieurement d'être votre préféré. Mais, hélas! nous sommes aujourd'hui tous égaux devant la douleur; et ce n'est pas ma voix, c'est celle de tous ceux qui vous ont connu, c'est-à-dire aimé, qui vous dit : Adieu, Maître. »

BIBLIOTHÈQUE

PATHOLOGIE DES NÉPHRITES CHRONIQUES, par le docteur Paul SNYERS, assistant à l'Université de Liège. — Bruxelles (Manceaux) et Paris (Carré), 1886.

« Faire la pathologie des néphrites chroniques », telle était la question mise au concours de l'Enseignement supérieur en Belgique pour les années 1883-1885, un délai de

©BIU Santé

deux ans étant accordé aux concurrents pour y répondre. C'est par le présent mémoire que M. le docteur Paul Snyers a conquis les suffrages du jury, et c'était justice, car non seulement l'auteur a fait preuve d'érudition et d'esprit critique dans l'appréciation des travaux de ses devanciers, mais il a élucidé divers points de pathogénie, grâce à des recherches expérimentales personnelles.

Il ne faut pas confondre nosologiquement les deux termes néphrite et mal de Bright; ce dernier complexus symptomatologique, résultant de la coexistence de lésions rénales, d'hydropisie et d'albuminurie, embrasse, outre les états inflammatoires du rein, des affections telles que la dégénérescence graisseuse, l'amyloïde et le rein de stase; d'autre part, il existe des néphrites chroniques sans œdème ni albuminurie.

L'aperçu historique, depuis Bright jusqu'à l'époque actuelle, met en présence les deux théories principales qui se sont partagé les suffrages des pathologistes : la théorie de Reinhardt et Frerichs ou de l'unicité, celle des auteurs anglais ou de la dualité du mal de Bright. Celle-ci avait jusqu'à ces derniers temps recueilli le plus d'adhérents; mais les travaux les plus récents l'ont singulièrement ébranlée, et M. Snyers a pris comme épigraphe cette phrase de Cohnheim : « En présence d'un examen microscopique fait sans idée préconçue, la séparation absolue et la formule d'opposition entre la néphrite parenchymateuse et interstitielle sont insoutenables. »

Le livre de M. Snyers se divise en deux parties :

La PARTIE GÉNÉRALE comprend une anatomie pathologique générale où sont exposées les lésions anatomiques, leur pathogénie interprétée et l'identité du processus fondamental dans les néphrites chroniques mise en lumière.

Ayant répété personnellement des expériences (ligatures de l'artère rénale et de la veine, modifications expérimentales de la composition du sang par injections de cantharidine, de chromate de potasse, ligature de l'uretère), M. Snyers conclut que, dans la majorité des cas, il y a identité fondamentale du processus pathologique; les lésions débutent par les épithéliums (ou les glomérules); le tissu conjonctif prend part à l'inflammation d'une façon secondaire. Le vaisseaux se comportent comme le tissu conjonctif, sauf dans les cas d'artério-sclérose généralisée. L'altération des éléments parenchimateux du rein est une dégénérescence graisseuse amenée par un manque d'oxygène, L'insuffisance d'oxygénation peut dépendre de causes générales, états cachectiques, scarlatine, septicémie; ou de conditions locales (stase veineuse ou afflux trop lent du courant sanguin).

Dans la symptomatologie générale, l'*albuminurie* a été étudiée avec grand soin. Les circonstances dans lesquelles on rencontre l'albuminurie sont analysées et discutées, et l'existence de l'albuminurie physiologique parfaitement établie. Les conditions pathogéniques de l'albuminurie sont les modifications de la pression, de la vitesse et de la composition du sang; — les altérations du parenchyme rénal.

L'*urémie* est l'objet d'un chapitre important terminé par cette conclusion que les diverses théories, qui font dépendre les accidents urémiques de la présence d'un seul élément de l'urine dans le sang sont insoutenables. M. Snyers aurait encore eu une somme d'arguments plus considérable pour établir sa conclusion s'il avait eu connaissance des travaux si complets de M. le professeur Bouchard sur la question.

L'*hypertrophie du cœur* se montre à toutes les périodes du mal de Bright, dit M. Snyers, aussi bien à l'état aigu qu'à l'état chronique; mais aucune des théories proposées jusqu'ici pour l'expliquer (théories de la dyscrasie, théories cardiaques, théories vasculaires) n'est applicable à tous les cas.

La thérapeutique générale est très complète.

La deuxième partie du livre de Snyers (PARTIE SPÉCIALE) comprend la *classification des néphrites chroniques*. Voici celle qu'adopte l'auteur, en la basant à la fois sur les caractères anatomiques du rein, les symptômes et la marche de la maladie : les néphrites chroniques hémorrhagiques, le gros rein blanc, le petit rein blanc granuleux, le rein tacheté, le rein contracté (petit rein rouge).

La description de ces diverses formes de néphrites chroniques est faite succinctement; mais, il faut bien reconnaître que l'auteur, n'ayant ni voulu ni pu faire un traité com-

plet des néphrites dans l'espace de temps dont il disposait, avait le droit de s'en tenir à l'indication des caractéristiques principales.

En résumé, le mémoire de M. Snyers sur la pathologie du rein vivra plus que ne vivent d'ordinaire les travaux de concours; il fait grand honneur à la littérature médicale belge.

P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Du calomel comme diurétique, (*The Practictioner*, septembre 1886). — Les recherches entreprises par Jendrassick sur les propriétés diurétiques du calomel paraissent avoir abouti à des conclusions extrêmement intéressantes, s'adressant à un médicament d'un emploi aussi universel surtout dans la médecine infantile. Il paraîtrait en effet que jusqu'ici les propriétés diurétiques du calomel ont passé par trop inaperçues ou n'ont pas suffisamment fixé l'attention des thérapeutes, détournée au profit de ses propriétés purgatives, altérantes ou sialagogues. Or, la quantité des urines rendues après l'administration du calomel à dose altérante chez certains ascitiques a pu atteindre le chiffre étonnant de 9 litres 500 centil. dans les vingt-quatre heures.

L'action diurétique du calomel n'est pas immédiate, elle apparaît ordinairement vers le deuxième, troisième ou quatrième jour, atteignant généralement son maximum d'intensité vers le deuxième jour et allant en diminuant ensuite.

La quotité de la diurèse dépend de deux facteurs : la dose de calomel employée et l'abondance de l'épanchement péritonéal existant au moment de l'administration du médicament.

Dans les premières expériences la dose de calomel fut portée à 0,25 centig. (4 grains) répétés de trois à cinq fois par jour ; mais l'effet diurétique est naturellemeut proportionnel à la quantité de calomel réellement absorbé. Les meilleurs résultats sont obtenus quand se montrent les premiers symptômes du mercurialisme : goût métallique, ptyalisme, stomatite légère. Lorsque la dose de protochlorure mercureux, au lieu d'être simplement altérante, est assez forte pour produire des effets purgatifs, l'action diurétique est presque nulle. Lorsque par l'administration des petites doses renouvelées on a réussi à déterminer la polyurie, la durée de celle-ci ne peut être prolongée ou entretenue au delà de ses limites normales par l'administration ultérieure des doses fractionnées. Dans les faits observés par Jendrassick quand l'ascite ne disparaissait pas après la première administration du médicament, ce qui fut toujours exceptionnel, une nouvelle prise donnée le second jour restait constamment sans résultats au point de vue de la polyurie. Mais le renouvellement de la médication, après quelques jours de repos, ne manquait pas d'amener le résultat désiré. La diurèse se prolongeait toujours alors jusqu'à la disparition complète de l'hydropisie et de l'œdème.

Quant à expliquer la nature de ce phénomène de diurèse, l'auteur se récuse complètement ; il lui a toujours été impossible de produire la polyurie avec le calomel chez les individus en bonne santé de même que dans le cas d'épanchement pleurétique ou d'ascite due à une maladie de Bright. Le calomel, selon lui, serait surtout utile dans l'hydropisie des affections cardiaques avec état satisfaisant des reins. Son action diurétique en semblable circonstance se montrant supérieure à celle même de la digitale. Des expériences ultérieures permettront, il faut l'espérer, de pénétrer mieux la nature intime de l'action diurétique du calomel et la raison de cette spécialisation de ses effets.

Si le calomel à doses réfractées produit de la diarrhée, il n'y a pas lieu de la combattre, mais, s'il y a en même temps des épreintes douloureuses, quelques gouttes de laudanum n'empêcheront pas l'effet diurétique de se produire. Quant à la stomatite, le chlorate de potasse en collutoire, en pastilles ou en sel, donné en même temps que le calomel, suffit pour la combattre (1).

(1) Voir aussi : *Die Archiv für Klinische Med.* (Avril 1886).

©BIU Santé

Dans un article du *Medical Chronicle* (juillet 1886), le docteur Collins (de Manchester), paraît être arrivé de son côté aux mêmes conclusions que Jendrassick relativement aux propriétés diurétiques du calomel.

Cet auteur rapporte l'observation d'un homme de quarante-quatre ans adonné à tous les excès et atteint de cirrhose hépatique avec ascite et urine rares, sur qui on essaya en vain l'effet de tous les diurétiques ordinairement en usage y compris, nous dit le périodique précité, le bitartrate et l'acétate de potasse, le genièvre et le copahu.

La quantité moyenne journalière des urines ne dépassait pas 6 à 8 onces (180 à 250 grammes). Il prescrivit 5 grains de calomel unis à 5 grains de gingembre pulvérisé pour un bol de 0,60 centigr. à renouveler toutes les douze heures. Le malade alla du corps deux ou trois fois abondamment, et dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'administration du premier bol, il passa 20 onces (640 grammes) d'urine en outre de ce que la spoliation intestinale avait produit et de la quantité d'urine rendue en même temps que les selles.

Pendant les trois jours suivants la quantité moyenne des urines atteignit 960 grammes par jour. Au cinquième jour on répéta la dose de calomel et ultérieurement tous les trois ou quatre jours. L'augmentation de la diurèse, déterminée par le calomel, se maintint pendant trois semaines consécutives p.oduisant quelquefois, mais par exception, un peu de diarrhée. Le malade s'améliora tout d'abord, mais il est inutile de dire que l'affaiblissement augmenta et que la mort survint au bout d'un certain temps.

L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES.

MM. Rummo et Ferrannini ont fait, sur les variations physiologiques diurnes et nocturnes du pouls du cerveau, des expériences desquelles il résulte que :

« 1° Il y a un cycle dans les variations diurnes et nocturnes du pouls du cerveau.

« 2° Le matin (de huit h. à dix h.), le pouls du cerveau, chez le même individu et à la même heure, est variable suivant les jours : *tricuspide, anacrote, catacrote*. Les modifications observées pendant la suite du jour et de la nuit sont différentes suivant les divers types du pouls observés pendant la matinée.

« 3° Après déjeuner (de onze h. à trois h.), il y a un renforcement du pouls du cerveau qui dure de trois à quatre heures.

« 4° Dans les dernières heures du jour (de quatre h. à six h. du soir), le pouls cérébral offre une moindre tension.

« 5° Après le dîner (de six h. à dix h. du soir), le pouls se renforce d'une manière considérable.

« 6° Pendant le sommeil normal, compris chez nos deux sujets, de dix heures du soir à six heures du matin, nous avons relevé trois phases nettement distinctes. Dans une première phase, entre dix heures du soir et une heure du matin, le pouls du cerveau se maintient presque semblable à celui qu'on avait observé après le repas du soir, c'est-à-dire sensiblement renforcé. Dans une deuxième phase (de une h. à quatre h. du matin), les différents caractères du pouls indiquent une diminution considérable du tonus des parois des vaisseaux. Dans la troisième phase (de quatre h. à six h. du matin), cette diminution du tonus, qui avait atteint son maximum vers trois heures dix minutes, fait place à un renforcement qui se continue jusqu'au réveil. Le passage d'une de ces phases à la suivante est graduel. Le sommeil le plus profond s'observe pendant la deuxième phase.

« 7° Au moment du réveil, soit la nuit, soit le matin, nous avons constamment noté une modification du pouls qui persiste peu de minutes après le réveil, et que nous avons dénommée *période spasmodique du pouls cérébral*, et qui consiste en une succession de pulsations très petites et irrégulières dans un espace de temps très court.

« 8° Cette période passée, on voit chez l'individu réveillé tous les caractères du pouls de la troisième phase.

« Dans une autre série de recherches, nous avons provoqué une interversion des heures du sommeil et de la veille, nos sujets dormant le jour et veillant la nuit. Les résultats de quatre séries d'expériences faites à des jours éloignés les uns des autres sont les suivants ; 1° Pendant la nuit, les sujets éveillés conservent le renforcement du pouls cérébral que nous avions noté chez eux quand ils dormaient jusqu'à minuit. 2° L'individu continuant à veiller, il s'établit une période d'alternatives de renforcement et d'affaiblissement, jusqu'à ce que cet affaiblissement soit au maximum à six heures du matin. A sept heures, les individus ne peuvent résister au sommeil. 3° On n'observe pas chez les individus qui dorment dans le jour, de six heures à onze heures du matin, les trois phases que nous avons décrites dans le sommeil normal de la nuit. Au contraire, il y a toujours une diminution considérable de la tension du pouls, que nous n'avons jamais vue pendant la veille et le sommeil normal. 4° Au moment du réveil, vers onze heures du matin, on n'a pas noté la période spasmodique du pouls que nous avions observée au moment du réveil qui suit le sommeil normal.

« De ces variations du pouls du cerveau observées pendant le sommeil normal et interverti au point de vue des heures, nous avons conclu que : 1° le sommeil normal n'est pas accompagné pendant toute sa durée de la même modification de la circulation cérébrale, mais on y observe des variations distinctes en trois phases ; 2° le sommeil interverti s'accompagne d'une diminution notable de la tension du pouls cérébral ; 3° pendant la veille intervertie, si l'individu continue à lutter contre le sommeil, la tension du pouls tend à diminuer de plus en plus.

« En ajoutant à ces faits les variations simultanées du cœur, du pouls et les variations pléthysmographiques de l'avant-bras ou du pied, dont nous parlerons ultérieurement, nous pouvons établir la théorie biologique expérimentale du sommeil normal. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Rapport sur une observation intitulée « Névralgie mammaire ayant résisté à tous les traitements médicaux; guérison par l'ablation du lobule douloureux. » — Quelques expériences sur les effets des balles de petit calibre à enveloppe d'acier; discussion. — Lymphangiome de la région crurale opéré avec succès. — Présentation de malades : constriction des mâchoires par tissu cicatriciel; opération d'Esmarck; amélioration notable. — Vaste collection purulente de la hanche et de la fesse; opération; guérison. — Opération d'Alexander; guérison. — Election d'un membre titulaire.

M. Terrillon fait un rapport sur une observation de M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, relative à une affection douloureuse de la glande mammaire, d'un diagnostic difficile, chez une jeune femme de 21 ans.

A la suite d'une contusion du sein gauche, cette jeune femme éprouvait, dans un des lobules de la glande, une douleur à forme névralgique, s'exaspérant par la pression et aussi sous l'influence de chaque époque menstruelle. Le lobule malade était semblable aux autres, il n'était pas augmenté de volume. Toutefois, on sentait à la palpation une sorte d'induration qui laissait le diagnostic incertain entre l'existence d'une tumeur et celle d'une simple névralgie. Tous les moyens médicaux ayant échoué pendant un traitement qui ne dura pas moins de treize ou quatorze mois, la malade, à bout de patience, vint réclamer les secours de la chirurgie.

M. Routier pratiqua l'ablation du lobule douloureux. Les suites de l'opération furent des plus simples; la plaie se cicatrisa rapidement par première intention et, depuis plus d'un an que cette opération a eu lieu, la douleur a disparu sans retour.

L'examen microscopique du lobule enlevé a montré l'existence d'une hypertrophie de l'organe constituée surtout par le développement du tissu cellulaire interstitiel.

Il s'agissait donc ici, contrairement au titre de l'observation, non d'une *névralgie mammaire*, mais d'une tumeur douloureuse de la mamelle. Il y avait là un travail de

©BIU Santé

néoformation qui eût pu donner naissance ultérieurement à un néoplasme dont l'opération a arrêté le développement.

— M. Chauvel communique un travail intitulé : *Quelques expériences sur les effets des balles de petit calibre à enveloppe d'acier.*

Ces expériences ont eu pour but de contrôler celles de Réger, de Beck, de Reverdin. L'auteur a exécuté des tirs sur le cadavre avec des balles de 8 millimètres, à noyau de plomb et enveloppe d'acier, du poids de 16 grammes et de 33 millimètres de longueur, animées d'une vitesse initiale considérable.

Il résulte de ses observations que, *à courte distance et à pleine charge,* ces projectiles produisent des effets qui se rapprochent de ceux du fusil Chassepot, effets que l'on a qualifiés à tort d'*explosifs :* déchirures étendues des tissus mous, fracas des os, foyers traumatiques énormes renfermant une bouillie formée par les tissus broyés, dispersion des esquilles dans tous les sens, éclatement de la peau. — A demi-charge et à vitesse plus faible, correspondant à une distance de 800 à 1,000 mètres environ, ces balles font dans les parties molles un trajet à peine marqué, un canal très étroit à parois accolées. Dans les os spongieux, canal étroit, net, direct, sans écrasement ; fissures multiples étendues, mais sans mobilité des fragments osseux tant que le périoste n'est pas enlevé. Donc, possibilité de conservation sous un pansement antiseptique.

Pour les os longs et le tissu compact, il y a fracture esquilleuse, broiement de l'os, perte de substance étendue, peu de conditions favorables à la conservation.

Il n'est donc pas juste de nommer ces balles *balles humanitaires,* et leur action paraît considérable malgré l'absence de fusion, de morcellement, de déformation.

M. Trélat rappelle ce qu'il a eu déjà l'occasion de dire dans une récente discussion, que ces balles, quoique petites, produisent sur les intestins de larges blessures.

M. Reclus, au sujet des blessures de l'intestin par balles de revolver, a fait des expériences encore en cours d'exécution avec des balles de cinq et de sept millimètres. Avec les premiers projectiles, lorsque leur direction est perpendiculaire à l'axe de l'intestin l'orifice d'entrée ou de sortie de la balle est nul ou presque nul. — Avec les balles de 7 millimètres, on constate que presque toujours les perforations antérieures et postérieures ne dépasseront pas le diamètre de la balle, c'est-à-dire 7 millimètres.

Dans un seul cas, où l'intestin avait été pris en écharpe la largeur de la blessure dépassait le volume de la balle.

Enfin, dans un cas, la balle avait produit deux orifices séparés simplement par un pont de cinq millimètres de largeur, particularité dont M. Reclus cherche encore l'explication.

M. Pozzi dit que cette circonstance pourrait s'expliquer par le fait que la balle aurait traversé l'intestin au niveau d'une plicature. Il admet avec M. Trélat que de petites balles peuvent déterminer de larges perforations par suite de la direction oblique du projectile.

M. le docteur Nélaton, chirurgien des hôpitaux, lit une observation de lymphangiome de la région crurale qu'il a opéré avec succès. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

— M. Polaillon présente un jeune malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde et d'une perte de substance de la joue gauche, avait une constriction des mâchoires très serrée. M. Polaillon a pratiqué l'opération d'Esmarch, après laquelle le malade a pu ouvrir la bouche assez bien pour y introduire des aliments ; mais, le tissu cicatriciel s'étant reformé, il a fallu pratiquer une seconde opération, qui a eu lieu il y a neuf mois et dont les résultats paraissent satisfaisants.

— M. le docteur Delorme (du Val-de-Grâce) présente un jeune malade auquel il a pratiqué l'ouverture d'une vaste collection purulente de la hanche et de la fesse. Le foyer de ce vaste abcès a été soigneusement gratté, l'articulation sacro-iliaque a été raclée de manière à enlever tous les tissus malades. Malgré la grande étendue de la dénudation osseuse, malgré de vastes décollements entre le rectum et le sacrum, la

cicatrisation s'est faite avec une rapidité extraordinaire. Aujourd'hui, comme on peut le voir, le jeune malade marche et court facilement, bien que tous les ligaments de l'articulation sacro-iliaque aient été détruits.

M. Pozzi présente une jeune femme à laquelle il a pratiqué l'opération d'Alexander pour une rétro-flexion extrêmement prononcée qui lui rendait la vie insupportable. Il a placé à demeure dans l'utérus un pessaire à tige dans le but de prévenir la reproduction de la courbure de cet organe et de le maintenir en antéversion combinée avec une latéroversion légère.

M. Bouilly a eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Alexander sur une femme qui a parfaitement guéri sans qu'on ait été obligé de recourir à l'emploi d'un pessaire intra-utérin.

M. Terrier pense que l'introduction du pessaire intra-utérin peut avoir des inconvénients sérieux. Pour lui, en cas pareil, il croirait devoir tout faire pour s'en dispenser.

M. Pozzi ne voit aucun inconvénient à l'introduction du pessaire à tige; le seul reproche sérieux qu'on puisse lui faire, ce serait d'être inutile.

— Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie a procédé, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire. Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Segond; — en deuxième ligne, M. Quénu; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Nélaton, Prengrueber, Reynier et Routier.

M. Segond a été élu par 23 voix sur 30 votants. — A. T.

NÉCROLOGIE

M. Béclard (Jules), doyen de la Faculté de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, est mort mercredi dernier 9 février; né le 17 décembre 1818, il était dans sa 69e année. Il était le fils du professeur d'anatomie Béclard, mort en 1825, et, après avoir fait d'excellentes études au lycée Henri IV, embrassa la carrière médicale. Très lié avec Ferrus, il devint son interne à la maison de Charenton et s'y adonna à l'étude de l'anatomie et de la physiologie. Après avoir passé sa thèse en 1842 sur les différentes formes d'ictère, il concourut en 1844 pour l'agrégation en anatomie et physiologie, et fut nommé, n'ayant pas 26 ans. Il concourut de nouveau, en 1846, pour la chaire d'anatomie, où fut nommé Denonvilliers, et en 1852 pour la chaire d'hygiène, qu'obtint Bouchardat. Le concours pour le professorat ayant été aboli, il dut attendre, pour entrer à l'Ecole comme professeur, la mort de Longet, dont la chaire lui fut donnée en 1871.

Ce long stage n'avait pas été perdu pour la science. Outre sa thèse d'agrégation *sur les principes immédiats azotés, et leur distribution dans l'économie animale*, ses deux thèses pour le concours du professorat, *sur le système cartilagineux* (1846) et *sur l'hygiène de la première année* (1852), il publia des mémoires *sur les fonctions de la rate, sur celles de la veine-porte* (1846), *sur l'histoire de l'absorption et de la nutrition* (1851), *sur l'influence de la lumière sur les animaux, sur la contraction musculaire dans ses rapports avec la chaleur animale* (1861), etc.; une troisième édition (1853), puis une quatrième (1865) des *Eléments d'anatomie générale* de son père; son *Traité de physiologie*, arrivé à sa septième édition; il a traduit de l'allemand, avec M. Marc Sée, les *Eléments d'histologie* de Kölliker; rédigé avec Axenfeld un *Rapport sur les progrès de la médecine en France* (1868) qui fait partie de la collection des rapports sur les progrès des sciences et des arts, demandés par M. Duruy; enfin donné plusieurs articles au *Dictionnaire encyclopédique* (*Accroissement, larynx, etc.*).

Après la chute de l'Empire, la carrière politique ne pouvait manquer de tenter cet esprit si libéral, mais, s'il put entrer au Conseil général, il était trop modéré pour rallier, comme député, la majorité des suffrages dans le canton de Charenton, et les électeurs préférèrent envoyer à la Chambre un candidat d'opinions plus avancées.

©BIU Santé

M. Béclard occupait depuis longtemps une situation prépondérante dans le corps médical. Nommé membre de l'Académie en 1862, il fut élu la même année secrétaire annuel, et les éloges remarquables qu'il prononça presque chaque année en cette qualité le désignèrent pour remplacer, comme secrétaire perpétuel, M. Dubois (d'Amiens), à la mort de ce dernier (1873).

La sympathie et l'estime de ses confrères lui avaient valu l'honneur d'être nommé encore président de l'Association générale des médecins de la Seine ; et lorsque M. Vulpian se démit, en 1881, de ses fonctions de doyen, ses collègues à la Faculté ne pouvaient lui trouver de plus digne remplaçant que M. Béclard. La tâche était lourde, par suite des transformations de l'enseignement et de la réorganisation de la Faculté, auxquelles la modicité des crédits affectés imposa une certaine lenteur ; mais l'organisation d'un des plus importants, celui de l'Ecole pratique, fut terminée, et celle des autres allait recevoir une nouvelle impulsion, lorsque la mort est venue l'arrêter dans cette voie.

Les obsèques de M. Béclard ont eu lieu samedi dernier ; les discours prononcés sur sa tombe au nom du conseil supérieur de l'instruction publique, de l'Académie de médecine, de la Faculté, de diverses autres sociétés savantes, ont rappelé les mérites de M. Béclard comme savant, comme orateur, comme professeur, comme administrateur ; on a pu lire plus haut celui, si remarquable de M. le professeur Mathias Duval ; nous ne pouvons que nous associer ici aux regrets unanimes que laisse la mort de ce savant, auquel il ne manquait plus que le titre de membre de l'Institut, de cet orateur dont les discours resteront comme des modèles, de ce professeur qui savait attirer les élèves, de cet administrateur mort pauvre. C'était un homme de bien.

L.-H. Petit.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 15 février 1887.

Mardi 1er février. — Pas de thèses.

Mercredi 2. — M. Courbet : Du délire initial de la fièvre typhoïde. (Président, M. Damaschino.) — M. Latière : Contribution à l'étude des fractures de l'olécrâne et, en particulier, des fractures compliquées. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 3. — M. Fromond : Du traitement par le feu de certaines affections de la cornée. (Président, M. Panas.) — M. Millermann : De l'auto-inoculation traumatique. (Président, M. Panas.)

Vendredi 4. — M. Deschiens : Les difficultés du diagnostic entre l'ostéomyélite insidieuse et l'ostéosarcome du fémur. (Président, M. Trélat.) — M. Guiot : Du kératocône et de son traitement par la cautérisation ignée périphérique de la cornée. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 5. — M. Vrain : Contribution à l'étude de la paralysie générale, à début précoce. (Président, M. Ball.) — M. Petresco : Du kératocône et de son traitement par les myotiques et la compression. (M. Panas, président.)

Pas de thèses du lundi 7 au jeudi 10.

La Faculté étant fermée du 10 au 14, à cause de la mort de M. le Doyen, la soutenance des thèses a été remise à la semaine suivante.

FORMULAIRE

Traitement des éphélides. — Halkin.

Pour faire disparaître les taches de rousseur, on trempe dans l'acide phénique concentré un pinceau de blaireau que l'on égoutte avec soin ; puis la peau, préalablement lavée et séchée, est tendue au moyen de deux doigts de la main gauche, afin d'en faire disparaître les plis, et on l'enduit d'une seule couche de l'acide, exactement limitée à la

partie tachetée, on laisse sécher. — La cautérisation produit une croûte mince qu'il faut se garder de détacher, et qui tombe d'elle-même dans l'espace de 8 à 10 jours. A ce moment, la peau conserve encore quelque temps une coloration rose, qui disparaît peu à peu, pour faire place à la coloration normale. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Le Conseil de la Faculté de médecine, appelé à présenter une liste de candidats pour la chaire de médecine expérimentale, vacante par la démission de M. A. Chauveau, s'est réuni il y a quelques jours. Les candidats, au nombre de trois, sont présentés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Arloing; en seconde ligne, M. A. Rodet ; en troisième ligne, M. Nepveu.

— M. Poullet, agrégé, est chargé de conférences d'obstétrique.

— M. Didelot, agrégé, fera un cours de minéralogie aux élèves en pharmacie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le conseil de la Faculté a arrêté ainsi qu'il suit les listes de présentations pour les chaires déclarées vacantes:

1° Clinique médicale. — En première ligne : M. Spillmann ; en deuxième ligne : M. Emile Demange;

2° Clinique obstétricale. — En première ligne : M. Alphonse Herrgott ; en deuxième ligne : M. Remy.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Sont nommés professeurs suppléants :

M. le docteur Pierre Bernard, chargé du cours de zoologie médicale ;

M. le docteur Lavrand, chargée du cours d'hygiène ;

M. le docteur Toison, chargée du cours d'histologie.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Toulouse, Vaudey, Pantalony, Gilles, Guende, Bonnefoy, Stéfany et Bar.

Externes : MM. Martel, Lechaux, Bourdillon, Doulet-Fortunay, Garnier et Comier.

M. le docteur Luton, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près de la bibliothèque de cette ville.

— La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient de décerner les récompenses suivantes :

Médaille d'or. — M. le docteur Bruneau (de Paris), pour sa thèse sur l'empoisonnement par le gaz d'éclairage.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Prieur (de Taverny), pour sa thèse sur la fièvre typhoïde, à Saint-Denis, de 1873 à 1884.

Médailles d'argent. — M. le docteur Lacroix (de Lille), pour sa thèse sur la fièvre jaune d'après l'épidémie de la Martinique en 1880-1881. — M. le docteur Dufourcq (de Bordeaux), pour sa thèse sur l'importation de la fièvre typhoïde dans les pays chauds.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Galliot (de Bezons), Rousseaux (de Noisiel) et Thuillier (de Blain).

— L'Exposition internationale qui se tiendra au Hâvre de mai en Octobre 1887 comptera, l'affluence des demandes le fait présager, dans les fastes industriels.

Nous croyons devoir informer nos lecteurs que la dernière limite pour les demandes d'admission est irrévocablement fixée au 25 février, l'espace couvert étant relativement restreint.

Notre confrère M. Louis Bourne, directeur du *Travail*, 2, rue de Provence, à Paris, chargé officiellement de l'organisation des Sections de l'Hygiène et de l'Alimentation à l'Exposition internationale de 1886, se tient à la disposition des intéressés pour tous les soins d'installation et de représentation à forfait à cette exposition.

Les ministres des affaires étrangères, de la marine et des colonies, du commerce et

©BIU Santé

de l'industrie s'intéressent tout particulièrement à cette Exposition, à laquelle ils ont accordé leur puissant patronage.

Prusse. — Le Landtag prussien a voté un fonds destiné à donner des bourses aux élèves et étudiants allemands des provinces de Posen, Prusse occidentale et Silésie où les Allemands sont en lutte avec la population slave. D'après l'explication donnée par le ministre, le fonds doit servir à faciliter à la « population allemande loyale » les moyens d'élever ses enfants, lorsqu'ils se distinguent par l'application et la bonne conduite : la bourse, qui variera de 150 à 450 marcks, ne sera donnée qu'aux élèves des trois classes supérieures. Le fonds réservé aux étudiants est destiné à créer pour les professions de médecin, pharmacien, architecte, dentiste, et pour le service de l'État et de l'Église une race de solides Allemands. Tout étudiant qui reçoit une bourse doit contracter par écrit l'engagement de résider dans une des régions polonaises, après la fin de ses études, pendant tout le temps que durera sa préparation professionnelle et, une fois établi, pendant encore 5 ans au moins. Les bourses varient de 300 à 900 marcks.

(*Revue internationale de l'enseignement*).

Université de Vienne. — Le ministre de l'instruction a pris des mesures contre l'usage assez répandu parmi les étudiants de faire signer les registres de présence par des remplaçants et de se faire donner des certificats d'assiduité sans assister au cours (quelques-uns même ne résidaient pas à Vienne).

A la suite d'une discussion dans les trois Facultés de droit, médecine et philosophie, le Sénat de l'université a étudié à son tour la réforme des privat-docenten. On se plaint que ce titre soit donné trop facilement à des hommes sans valeur scientifique qui s'en font un procédé de réclame. Le Sénat pense que le principe de la liberté d'enseignement serait compromis par un changement de la législation en vigueur ; il se borne donc à proposer que l'examen d'habilitation consiste non plus en un petit travail écrit, mais en un mémoire scientifique imprimé où le candidat donne la preuve qu'il est maître des matières qu'il enseigne. (*Revue internationale de l'enseignement.*)

Faculté de médecine de Vienne. — Le ministre ayant, au mois de juillet dernier, engagé la Faculté à examiner s'il ne conviendrait pas, pour empêcher l'encombrement de la Faculté de médecine, de fixer un chiffre maximum d'étudiants, la commission chargée par la Faculté d'étudier la question a déposé un rapport que la Faculté, au mois de décembre, a adopté à l'unanimité. Ce rapport conclut en sens inverse de la proposition du ministre. Après un exposé historique de la question, il ajoute : « La circulaire du ministre recommande avant tout une espèce particulière de *numerus clausus* en indiquant qu'il y aurait à faire une différence entre certaines catégories d'étudiants, et à accorder un droit de préférence à ceux des étudiants qui sont en première ligne amenés à fréquenter l'Université de Vienne. La mesure qu'on propose est dirigée contre les sujets de la couronne de Hongrie et des États des Balkans. Mais ici, au seuil de cet Orient où la vieille Université de Vienne doit faire pénétrer la vieille civilisation de l'Occident et les acquisitions de la science moderne, voulons-nous chasser les pionniers de l'influence autrichienne ? Ici où nous sommes appelés à nous présenter en conquérants dans le meilleur sens du terme, où l'histoire et la nature nous tracent notre tâche, devons-nous élever un rempart pour nous enfermer ? » La Faculté rejette donc bien loin ce système étroit et dangereux ; elle ne croit pas que ce soit un malheur pour l'Autriche de réunir dans la résidence de l'Empereur un grand nombre d'étudiants de toute la monarchie. — Pour parer aux inconvénients qui résultent de l'encombrement, la Faculté recommande la fondation d'une autre Faculté de médecine en Cisleithanie, mais surtout les agrandissements devenus nécessaires dans la Faculté de Vienne, avant tout, de grands amphithéâtres de cours et la transformation de l'hôpital général en un hôpital de l'Université.

(*Revue internationale de l'enseignement.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© Santé

Sommaire

I. A. Dehenne : Des gommes de l'iris. — II. H. Hallopeau : Agent infectieux typhoïde (deuxième article). — III. Bibliothèque : Sœur Jeanne des Anges. — La rage : Deux jours chez M. Pasteur. — IV. Revue des Journaux : De la résorcine. — De la paralysie diphthéritique des muscles de l'œil. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Des gommes de l'iris.

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 décembre 1886

Par le docteur A. Dehenne, membre titulaire.

Messieurs,

Je vous demande la permission de vous faire passer sous les yeux un certain nombre de dessins représentant des gommes de l'iris, à des phases diverses de leur développement. J'ai fait faire ces dessins par un habile dessinateur, M. Prost, dans un double but. J'ai voulu vous montrer des lésions oculaires qui ne se présentent pas très fréquemment à notre observation, surtout avec cette multiplicité que vous pouvez constater sur les planches qui accompagnent la première observation. Mais j'ai eu surtout pour objectif de vous démontrer, grâce aux planches de la deuxième observation, que l'irido-choroïdite gommeuse guérit admirablement, et sans laisser aucune trace, lorsqu'elle est diagnostiquée et soignée à temps, tandis que dans le cas contraire, malgré un traitement très énergique, les lésions ne disparaissent qu'après un long temps, et souvent même elles entraînent après elles l'atrophie du globe oculaire. Aussi la rapidité du traitement est-elle la condition *sine quâ non* de la guérison de cette forme grave de l'iritis. J'ai recueilli, il y a huit mois, une troisième observation de gommes de l'iris: je vous la raconterai, mais malheureusement je ne pourrai pas vous montrer le dessin. La malade, jeune femme de vingt-cinq ans, présentait une lésion en tout semblable à celle qui fait le sujet de la deuxième observation. Je lui avais donné rendez-vous pour le lendemain. Elle ne vint que dix jours après, et sous l'influence du traitement antisyphilitique institué de suite et *largâ manu*, l'amélioration avait été telle que le dessin n'eût plus eu aucune signification.

Tout retard dans le diagnostic d'une affection oculaire, quelle qu'elle soit, est presque toujours extrêmement préjudiciable au malade, peut-être plus dans l'iritis que dans toute autre affection, à cause de la formation rapide des synéchies postérieures, de l'obstruction pupillaire qui en est la conséquence, et des phénomènes glaucomateux consécutifs à l'obstruction des voies de filtration de l'œil. Dans la forme gommeuse de l'iritis, les deux conséquences sont peut-être encore plus fatales. Malheureusement les maladies des yeux sont, en général, si peu connues, que presque tous les diagnostics posés, avant que le malade ne vienne nous consulter, se résument en *coup d'air* ou *coup de sang*, qu'il s'agisse de conjonctivites, de kératites, d'iritis, de glaucome, etc., etc., et tout l'arsenal thérapeutique d'un grand nombre de praticiens se compose d'instillations de nitrate d'argent, les pires de toutes, car d'elles on ne peut pas dire que si elles ne font pas de bien, elles ne font pas de mal. Au contraire, les instillations de nitrate d'argent sont extrêmement nuisibles, et si j'insiste sur ce fait, c'est que sur dix malades, neuf ont vu leur affection aggravée par l'emploi de

©BIU Santé

ce médicament, qui, à mon sens, ne rend des services que dans l'ophthalmie purulente, non en instillations, mais en badigeonnages.

Le *nitrate d'argent en instillations* devrait être absolument *proscrit* de la thérapeutique oculaire. Dans les iritis en particulier, il augmente la congestion iridienne et précipite la formation des synéchies, sans compter qu'il exaspère les douleurs. Ces réflexions me sont inspirées par l'histoire suivante :

Observation Ire. — M. B... m'amène son fils, âgé de 11 ans, le 19 octobre 1886. Cet enfant, pâle et d'apparence assez chétive, est malade depuis trois mois environ. A la fin de juillet, sortant de la distribution des prix, il rentra chez lui en se plaignant un peu de l'œil gauche, qui, paraît-il, à ce moment-là, était déjà légèrement enflammé; on mit la rougeur de l'œil sur le compte des quelques larmes que l'enfant avait versées, parce qu'il n'avait pas eu de prix, et il n'en fut plus question. Trois jours après, pourtant, comme l'enfant souffrait, et que l'œil était beaucoup plus rouge, on fit venir le médecin de la famille, qui diagnostiqua un coup d'air et ordonna du nitrate d'argent en instillations. L'affection s'aggrava, et, au bout d'un mois, toute vision avait disparu de ce côté. On l'amena alors chez un oculiste, qui diagnostiqua une irido-choroïdite gommeuse, et institua le traitement spécifique, *trop tard* malheureusement. Trois semaines après, on le conduisit à ma consultation particulière. Comme vous pourrez en juger par la planche que vous avez sous les yeux, le diagnostic de « *gommes multiples de l'iris* » s'imposait. Il y avait trois foyers bien distincts.

L'aspect charnu des petites tumeurs, leur vascularisation sont des caractères presque certains. L'examen ophthalmoscopique montrait l'existence d'un vaste exsudat sous-rétinien qui empêchait d'éclairer le fond de l'œil. Un instant, on aurait pu hésiter entre la *gomme* et le *tubercule*. Mais, en dehors de la rareté excessive du tubercule iridien, dont l'existence n'a jamais été bien démontrée, l'enquête très minutieuse à laquelle je me suis livré ne m'a laissé aucun doute.

Le père et la mère ne présentaient pas d'antécédents; mais la nourrice avait été contaminée, et une note que m'envoya à ce sujet mon excellent ami le docteur Burlureaux ne fit que confirmer mon diagnostic. Je soumis immédiatement le petit malade aux frictions d'onguent napolitain et à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Le traitement fut admirablement supporté, et quelques jours après, je commençai les injections de pilocarpine de la façon suivante :

Nitrate de pilocarpine.....	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.....	25 grammes.

Une injection sous-cutanée tous les deux jours à la dose de 5 gouttes, le matin *à jeun*, et le malade étant couché. La salivation commençait à se produire cinq à six minutes après l'injection, et durait une heure environ. Après quinze jours de ce traitement, l'iris avait perdu sa coloration feuille-morte, pour revenir à son aspect normal; les petites tumeurs externes avaient disparu; la tumeur interne unique avait diminué de volume, et les trois tumeurs inférieures avaient perdu de leur vascularisation, et semblaient remplir moins complètement la chambre antérieure. Le malade comptait les doigts à 50 centimètres. Le traitement local, sous forme d'instillations fréquentes de sulfate d'atropine, avait été institué dès le premier jour, avec recommandation absolue de ne pas le cesser un seul instant.

Jusqu'à présent, le résultat n'est pas très brillant, mais je ne vous ai donné lecture de cette observation que pour vous montrer toute la gravité de cette affection abandonnée à elle-même. Diagnostiquée et traitée dès les premiers jours, localement à l'aide de l'atropine, et généralement avec les frictions hydrargyriques et l'iodure de potassium, elle n'aurait pas suivi cette marche progressive, et nous aurions probablement assisté à une

© Santé

guérison rapide et complète (1). L'observation suivante en est la preuve.

Obs. II. — Mme F..., femme de ménage, âgée de 37 ans, vient à ma clinique au mois de janvier 1886. Elle est atteinte d'une iritis syphilitique double. L'accident primitif (chancre induré) remonte à six mois environ. La roséole, les plaques muqueuses à la bouche, la chute des cheveux, etc., ont suivi la marche classique. Lors de sa première consultation, elle souffre des yeux depuis huit jours. L'œil droit a été pris le premier; l'œil gauche n'est douloureux et injecté que depuis la veille. L'atropine et le sirop de Gibert forment la base du traitement.

Un mois après le début des accidents oculaires, la guérison est complète, sans persistance de la moindre synéchie. L'atropine à hautes doses avait détaché rapidement les adhérences qui avaient commencé à se former à droite, et la pupille avait repris de suite sa forme ronde et régulière.

Au mois d'août de la même année, l'œil droit est atteint de nouveau et guéri en moins de quinze jours; le 29 novembre Mme F... revient à la clinique, me disant qu'elle souffre horriblement depuis six jours du même œil droit. Elle ne dort ni jour ni nuit; il lui semble que sa tête éclate. Je constate l'existence d'une iritis aiguë avec formation de quelques synéchies; l'iris est irrégulier, décoloré, et présente à sa partie inféro-interne une gomme énorme remplissant toute la chambre antérieure et sillonnée par quelques petits vaisseaux, qui forment du reste à sa base un cercle complet. La photophobie est intense, et l'examen complet n'est possible qu'à l'aide de l'anesthésie par la cocaïne. Le fond de l'œil s'éclaire difficilement. L'acuité visuelle a considérablement baissé; les doigts sont à peine distingués, à travers un fort brouillard, à la distance de 50 centimètres environ.

Le collyre suivant est prescrit :

Sulfate neutre d'atropine.....	0,15 centigrammes.
Eau distillée.....	15 grammes.

5 à 6 gouttes toutes les deux heures.

Lotions chaudes en permanence. Frictions d'onguent napolitain. Iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50, puis 2 grammes, puis 3 grammes par jour.

Dès le lendemain, les douleurs sont calmées. La pupille se dilate et laisse voir quelques débris de synéchies à la partie supérieure. C'est ce jour-là que M. Prost a l'obligeance de faire le dessin que vous avez sous les yeux.

De jour en jour l'amélioration s'accentue, et aujourd'hui, 9 décembre, la guérison est presque complète.

La malade ne souffre plus du tout. La pupille est largemeent dilatée. La gomme ne se présente plus que sous la forme d'un petit point jaunâtre non saillant et légèrement vascularisé. Le fond de l'œil s'éclaire bien et ne présente aucune lésion. L'acuité visuelle est parfaite, tout en tenant compte de la dilatation de la pupille et de la paralysie de l'accommodation.

La planche III comparée à la planche II vous montre le progrès considérable qui s'est fait en l'espace de onze jours, sous l'influence d'un traitement institué rapidement et suivi consciencieusement par la malade.

La troisième observation n'est pas moins instructive; elle est, du reste, presque calquée sur celle-ci.

Obs. III. — Mme T..., âgée de 25 ans, vient à ma clinique le 10 avril 1886. C'est la première fois qu'elle souffre des yeux. Elle a fait, un mois auparavant, une fausse couche de cinq mois. Elle s'est mariée il y a un an environ. Depuis son mariage, elle a toujours été souffrante. Je dirige mon interrogatoire avec toute la prudence nécessaire en pareil cas.

(1) Aujourd'hui, 12 janvier, l'amélioration est considérable. Sur neuf gommes, il n'en reste plus que deux petites occupant la partie inférieure de la chambre antérieure. Le fond de l'œil commence à s'éclairer et la vision a beaucoup gagné.

©BIU Santé

Elle se rappelle avoir eu, peu de temps après son mariage, des ganglions inguinaux, indolents et multiples, des petites boules qui roulaient sous les doigts. Elle a eu mal à la gorge pendant plusieurs semaines. Les cheveux sont tombés. Les ganglions occipitaux sont encore très manifestement hypertrophiés.

L'œil gauche est injecté et extrêmement douloureux. La pupille est petite et irrégulière; l'iris, décoloré, présente à sa partie inféro-interne une tumeur analogue à celle de la planche II.

Le traitement spécifique est immédiatement prescrit. Le sulfate d'atropine est instillé à hautes doses.

Je recommande à la malade de revenir le lendemain. J'espérais pouvoir prendre le dessin de son œil; mais elle ne vient nous voir que dix jours après et presque complètement guérie. Toute trace de gomme avait disparu,

De ces faits, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les gommes de l'iris sont des manifestations assez rares de l'infection syphilitique.

2° Soignées au début de leur apparition, elles guérissent facilement, rapidement et sans laisser aucune trace.

3° Le sulfate d'atropine doit être instillé à très hautes doses.

4° Les frictions d'onguent napolitain et l'iodure de potassium forment la base du traitement général.

5° La pilocarpine est un adjuvant très utile dans les cas anciens.

6° Il faut proscrire absolument tous collyres irritants.

Agent infectieux typhoïde (deuxième article) (1).

Meisels assure avoir, comme l'avait fait Hein, constaté la présence des bacilles typhiques dans le sang pris sur le vivant dans la rate ; ses observations ont porté sur neuf sujets. Il a trouvé les mêmes bacilles, en quantité moindre, dans le sang obtenu par la piqûre d'un doigt; leur nombre augmenterait en raison directe de l'élévation de la température. Au contraire, Frænkel et Simmonds, Lucatello et Neuhauss ont cherché en vain ces éléments dans le sang des doigts; mais le dernier de ces auteurs les a trouvés dans le sang des taches rosées; dans neuf cas sur quinze, il a pu les recueillir et les cultiver (2).

Seitz n'a retrouvé les bacilles dans l'urine des typhiques que dans les cas où les reins étaient malades, ces organes, conformément à l'opinion exprimée par Wyssokowistch, ne laisseraient pas, lorsqu'ils sont sains, passer les bactéries.

Les affections secondaires, telles que les pneumonies, les érysipèles, les gangrènes, les méningites, les phlegmons rétro-tonsillaires qui compliquent la fièvre typhoïde, ne sont pas liées à la présence de bacilles, on n'y trouve que des microcoques de différente nature : c'est ainsi que Seitz, dans un érysipèle et dans une gangrène développés chez des typhiques, a trouvé et cultivé des streptocoques et que Neumann dans une pneumonie secondaire a obtenu un micrococcus en chaînes, semblable au coccus que Passet a décrit dans le pus.

---

(1) Extrait de l'*appendice* du traité élémentaire de pathologie générale de H. Hallopeau (2e édition).

(2) W. Meisels, *über dem Vorkommen von Typhus Bacillen im Blute und dessen Diagnostiche Verwerthung* (*Wien. Méd. Woch.* 1886). — R. Neuhauss, *Nachweis der Typhus Bacillen am Leben* (*Berl. Klin. Woch.* 1886). — C. Seitz, *Bakteriolog. Stud. zur Typhus Aetiologie* (München, 1886).

© BIU Santé

Neuhauss a constaté la présence des bacilles typhiques dans la rate et les reins d'un fœtus de quatre mois provenant d'une femme convalescente d'une fièvre typhoïde et sans fièvre depuis trois jours.

MM. Chantemesse et Widal (1) ont fait, au laboratoire du professeur Cornil, une série de recherches sur les bacilles de la fièvre typhoïde. Ils ont découvert, dans l'eau d'une maison de Pierrefonds où la fièvre typhoïde avait sévi et dans l'eau d'une maison de Paris où cinq personnes avaient contracté cette maladie, le microbe typhique avec tous ses caractères morphologiques et biologiques tels qu'ils ont été décrits par Eberth, Gaffky, Cornil et Babès.

Ils ont retiré à plusieurs reprises du sang de la rate de typhiques, au dixième jour de la maladie, à l'aide d'une ponction avec un trocart stérilisé, une goutte de sang qui, ensemencée sur la gélatine, a donné une culture pure de bacilles typhiques ; ils ont employé, pour leurs études, la méthode ordinaire, et en outre, ils ont découvert un procédé particulier qui facilite beaucoup la recherche de ce microbe ; ce procédé consiste dans l'addition à la gélatine peptone, d'un gramme pour cinq cents d'acide phénique pur : ils retardent ainsi ou empêchent le développement de tous les micro-organismes autres que celui de la fièvre typhoïde, de telle sorte qu'ils écartent les difficultés qu'apporte le développement des micro-organismes communs qui autrement fluidifient les plaques de culture avant que les colonies typhiques deviennent perceptibles. Grâce à ce procédé, ils en ont découvert facilement dans les garde-robes des typhiques. Ils ont retiré ce micro-organisme de tous les organes et particulièrement des ventricules du cerveau.

Comme propriété biologique de ce bacille, ces auteurs signalent en outre sa résistance aux acides ; ils ont pu le cultiver dans la gélatine peptone contenant 1/500 d'acide chlorhydrique pur, ce qui démontre que l'acidité normale du contenu stomacal ne saurait lui opposer une barrière infranchissable.

Ce micro-organisme se cultive bien dans la gélatine peptone additionnée de 1/100,000 de sublimé ; il ne se développe pas quand le milieu de culture en contient 1/20,000. L'acide salicylique n'est, contre ce bacille, qu'un antiseptique médiocre ; il n'en est pas de même du sulfate de quinine qui, de tous les antiseptiques, est, en pareil cas, le plus puissant.

MM. Chantemesse et Widal ont inoculé des cultures pures de bacilles typhiques à divers animaux, la souris, le cobaye et le lapin ; inoculées dans le péritoine des souris, ces cultures amènent ordinairement la mort en vingt-quatre heures avec tuméfaction de la rate et gonflement des ganglions mésentériques. Dans la pulpe de la rate et dans le cerveau de ces souris, on trouvait le bacille typique.

Inoculés dans le péritoine des cobayes, ces bacilles font succomber quelques-uns de ces animaux au bout de deux ou trois jours avec du gonflement de la rate et de l'hypertrophie des plaques de Peyer ; ceux qui résistent sont très manifestement malades pendant plusieurs jours ; chez ces derniers, la réinoculation paraît rester inefficace.

Les femelles pleines inoculées avortent au bout de deux ou trois jours et peuvent guérir ; dans l'eau de l'amnios et dans les organes du fœtus, on trouve à l'état de pureté le bacille typhique. Les lapins contractent aussi

(1) Chantemesse et Widal, *Société anatomique et communication orale*, 10 décembre 1886.

©BIU Santé

une maladie à laquelle ils résistent le plus souvent ; elle se traduit par de la fièvre, de l'anémie et de la diarrhée.

Au point de vue de l'étiologie de la maladie, MM. Chantemesse et Widal ont fait des recherches dont l'importance ne le cède pas à celle des précédentes.

Ils ont reconnu que les spores du bacille typhique résistent longtemps à la dessiccation et qu'elles sont capables de donner une culture vigoureuse quand on les inocule de nouveau. Cette constatation peut éclairer un point d'étiologie de la fièvre typhoïde ; elle permet d'admettre que le développement de cette maladie peut être dû à l'inspiration de spores transportées par l'atmosphère.

Les mêmes auteurs ont trouvé le 13 octobre dans l'eau contaminée de Pierrefonds et de Paris des microbes typhiques qui étaient au nombre de 30,000 par litres ; le 21 octobre ils étaient beaucoup moins abondants et le 21 novembre on n'en trouvait plus, au moins dans la nappe d'eau superficielle (1).

BIBLIOTHÈQUE

Sœur Jeanne des Anges, par MM. Gabriel Legué et Gilles de la Tourette. — Delahaye et Lecrosnier, 1887.

Ce livre reproduit, en le commentant, un manuscrit de la Bibliothèque commmunale de Tours, manuscrit peu connu et document, jusqu'ici, trop laissé de côté, sur l'histoire des religieuses démoniaques de Loudun ; les procès d'Urbain Grandier et l'influence de l'hystérique Jeanne des Anges dans quelques circonstances de la vie du cardinal de Richelieu.

Notons d'ailleurs que M. Charcot a voulu attirer l'attention du lecteur sur l'importance de ce manuscrit et recommande, dans une courte préface, l'ouvrage et ses deux auteurs. Bien que cette publication fasse partie de la bibliothèque dite diabolique, le savant professeur n'hésite pas à y placer le nom de sainte Thérèse, de célébrer quelque peu les mérites et les vertus de cette sainte hystérique. On le voit, l'hospitalité de la bibliothèque diabolique est fort large, puisque les vertus des saintes y sont presque proclamées.

Cette introduction désarmera peut-être les adversaires de ces ouvrages où la médecine livre combat à la théologie comme si la science n'avait pas plus à gagner en restant au-dessus des débats religieux.

Au reste, laissant de côté ces considérations, rendons justice à l'érudition de MM. Gabriel Legué et Gilles de la Tourrette. En effet, ils nous font connaître le portrait d'une hystérique aux diverses périodes de sa vie et leur livre possède à ce point de vue toute la valeur d'une observation clinique recueillie au lit de la malade. Ils nous rappellent l'enfance de Jeanne des Anges et ses précoces tendances névrosiques. Plus tard, dans l'âge adulte, ils nous font assister à ses accès de démonopathie; puis, vers la fin de sa vie, ils nous la montrent paralytique.

Caractère, mœurs, état mental : Jeanne des Anges possédait bien la physionomie clinique et l'état mental, dont Legrand du Saulle, — un grand nom déjà trop vite oublié — et dont M. Henri Huchard ont donné des descriptions classiques l'un dans son livre sur les hystériques, l'autre dans le *Traité des névroses* et les *Archives de neurologie.*

Enfant, elle avait les bizarreries et les inconstances de ce caractère. Elle passait pour rebelle, indomptable et indisciplinée. Quant elle prit le voile, ce fut encore sous l'influence de ce même état mental et avec ce besoin de paraitre qui devait la conduire

(1) Brouardel, *Sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Pierrefonds en août et septembre 1886.*

à l'éclat du scandale, à des extravagances et plus tard à de prétendus miracles. La vocation religieuse ne la tourmentait guère, et si elle l'adopta, ce fut pour faire parler d'elle plutôt que pour monter au ciel. Triste religieuse et vaniteuse hystérique, telle fut Jeanne des Anges, dont ses contemporains eurent le tort de trop s'occuper. Le silence eût guéri sa maladie, une tapageuse renommée l'aggrava.

A Loudun, on le vit bien dans le procès d'Urbain Grandier, le galant curé, dont la figure ne restera pas dans l'histoire comme celle d'un martyr quoiqu'il ait été brûlé vif. Après ce tragique événement, la névrose de la supérieure du couvent de Loudun prit une autre forme sous la direction des jésuites qui devinrent les exorcistes de ces religieuses. L'hystérie démoniaque de Jeanne des Anges se transforma en hystérie miraculeuse sous forme de maladies ou de guérisons simulées, de pseudo-grossesse et de stigmatisation. C'était l'heure d'exploiter la crédulité et la superstition : « La chemise parfumée de l'huile de saint Joseph » que cette fille disait avoir vu dans ses rêves fut promenée à travers la France, à Paris, à Rueil, à Saint-Germain, à la cour, sur les plaies du cardinal et, paraît-il, favorisa « l'heureuse naissance du prince qui devint le grand roi. »

MM. Legué et Gilles de la Tourette ont pris soin dans un chapitre préliminaire de raconter ces épisodes. Aussi leur ouvrage intéresse vivement les historiens ; car il apporte quelque lumière sur la condamnation de Grandier, confirmant une fois de plus les données récemment acquises sur les troubles mentaux hystériques. A ce point de vue tout médical, on ne saurait donc méconnaître la valeur clinique d'une autobiographie comparable à ces autographes de cérébraux et de spinaux dont les auteurs publient de temps en temps des exemples. — C. L. D.

La rage : Deux jours chez M. Pasteur, par M. G.-E. Fredet. — Clermont-Ferrand, 1886.

En prononçant, devant l'auditoire un peu mondain de l'Académie de Clermont, le discours qui fait le sujet de cette brochure, notre estimé confrère entendait à la fois proclamer avec admiration les travaux de M. Pasteur et recommander chaleureusement la fondation de l'Institut qui en sera le couronnement. Son enthousiasme, — est-il besoin de le dire? — a été communicatif et, en lisant cette brochure qui arrive à son heure, on partage en partie les conclusions de l'orateur. En effet, quel que soit le mérite des hypothèses, les faits existent, et on ne saurait qu'applaudir à la création d'un Institut qui contribuera, il faut l'espérer, au développement des études de médecine expérimentale.

La brochure de M. Fredet possède la valeur d'un document d'actualité au moment où de vives discussions sont ouvertes entre les médecins et les biologistes. Nous ne doutons pas que les lecteurs n'éprouvent, en la parcourant, un double sentiment de satisfaction et de regret : la satisfaction procurée par une œuvre de mérite; le regret d'arriver trop rapidement à la dernière page. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

De la résorcine. (Wyss, Andeer, Ihle, *Deutsch. med. Zeitunger Fortschrift Geng*, 5, I, 1886; *Medical chronicle*, octobre 1886.) — L'introduction de la résorcine dans la thérapeutique est, comme on le sait, due aux persévérants efforts de Andeer. De fait, cet antiseptique nous a donné d'excellents résultats dans diverses circonstances où nous avons eu l'occasion de l'employer et que nous nous proposons de faire connaître ultérieurement. On sait aussi qu'Andeer l'a beaucoup vanté sous forme de pommade et sous forme de solution contre la pustule maligne et contre l'érysipèle.

Contre la première affection, Andeer emploie la résorcine incorporée à une pommade; contre l'érysipèle, sous forme de compresses imbibées d'une solution forte maintenue en permanence *loco dolenti*. Le docteur Ihle (de Leipsig) recommande hautement la résorcine contre certaines maladies cutanées parasitaires et spécialement dans l'herpès ton-

©BIU Santé

surant. Une pommade à la résorcine calme rapidement l'inflammation, détermine une desquamation de l'épiderme en larges pellicules qui emportent le parasite avec elles, à moins que celui-ci ait pénétré profondément dans le cul-de-sac des follicules pileux.

Dans le sycosis parasitaire de la barbe, la résorcine rend l'épilation inutile; ce topique détermine la chute du poil malade. Le docteur Ihle, dans ces circonstances, emploi la résorcine sous forme d'une pâte composée de résorcine et de poudre d'oxyde de zinc qu'on applique deux ou trois fois par semaine sur les parties malades. La résorcine entre dans la pâte, d'abord dans la proportion de 10 p. 100, car la résorcine est, par elle-même, modérément caustique; plus tard, si les téguments la supportent bien, on augmente la proportion de résorcine jusqu'à 50 ou 80 p. 100 du mélange en diminuant parallèlement la quantité d'oxyde de zinc. A mesure que la maladie rétrocède, on diminue la dose. Pour prévenir la repullulation des spores, on doit continuer, pendant un certain temps après la guérison, l'application sur les parties intéressées d'une pommade à 3 p. 100 de résorcine. Le docteur Ihle déclare très efficace et très digne de confiance l'emploi de la résorcine dans le pityriasis versicolore et l'eczéma marginé. Contre les végétations condylomateuses, une solution à 80 p. 100 de résorcine appliquée en topique à l'aide d'un pinceau, détermine rapidement leur disparition; pendant quelque temps après la guérison, on ferait bien de continuer l'emploi d'une solution de résorcine réduite à 10 p. 100 pour prévenir la récidive de ces végétations. Dans l'eczéma aigu et dans l'impétigo, les propriété irritantes de la résorcine en contre-indiquent l'usage.

Ce n'est cependant l'avis ni de Andeer ni de Wyss qui, au contraire, la préconisent dans l'eczéma. Le docteur Wyss dissout la résorcine dans l'huile, la glycérine ou la vaseline dans la proportion de 4 à 20 p. 100. Ce dernier auteur aurait trouvé ce topique efficace dans l'eczéma des narines et du pourtour des narines. Dans l'eczéma aigu, il pense que la résorcine agit en cautérisant les surfaces à vif, et en recouvrant par conséquent celles-ci d'une sorte de croûte protectrice et antiseptique.

Pour nous, nous laisserons à d'autres le soin de vérifier la légitimité des affirmations de Wyss, et nous nous garderons bien d'imposer aux malades atteints d'eczéma aigu un surcroît de douleur et de gène, ce qui est quelquefois pis que la douleur, en ajoutant au feu qui les dévore l'excitation d'un topique dont l'efficacité et les indications dans les affections ulcéreuses, parasitaires et subinflammatoires résultent justement de ses propriétés irritantes, antiseptiques et substitutives.

Nous continuerons, comme par le passé, à traiter les eczémas aigus par les adoucissants antiseptiques, les topiques calmants, les dérivatifs, etc., jusqu'à disparition de tout symptôme d'éréthisme vasculaire et d'inflammation locale. Contre l'eczéma des narines, nous donnons et resterons fidèles à l'emploi de la pommade à la fleur de soufre et aux lotions boriquées chaudes qui nous ont rendu de si notables services.

Lucien Deniau.

De la paralysie diphthéritique des muscles de l'œil, par Remak. — Ce phénomène morbide fut constaté dans 100 cas de diphthérie, et n'a pas paru un symptôme de la malignité de la maladie dans 90; il se manifesta deux ou six semaines après les premiers symptômes de la maladie, et le plus souvent s'accompagnait de paralysie de l'accommodation.

Aucun des malades ne présentait l'association de la mydriase avec la paralysie des muscles ciliaires; 28 étaient atteints simultanément de paralysie du voile du palais, 1 seul de paralysie de la troisième et de la sixième paire. Ce dernier présentait, en outre, des symptômes tabétiques; il succomba, et, à l'autopsie, on trouva des taches hyperémiques et des noyaux hémorrhagiques dans les centres nerveux.

La diplopie homonyme fut constatée dans la plupart des cas. Les réflexes du genou manquaient dans 4 et l'acuité visuelle était diminuée chez le plus grand nombre de ces malades. Remak ne partage pas l'opinion de Nagel qui attribue les troubles visuels à une névrite causée par le virus diphthéritique. (*Centralb. für prakt. Augenheilk.*, juin 1886.)

C. L. D.

© BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Worms, comme associé libre.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Worms prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Lacour pour le titre de membre correspondant national;

2° Une lettre de M. le docteur José Pereira-Genniarez (de Rio-Janeiro) pour le titre de correspondant étranger;

3° Une *Etude pratique* sur les cicatrices vaccinales par M. le docteur Paul Lalagade (d'Albi);

4° Un mémoire sur la dystocie par le docteur Saleh Soubhy;

5° Des indications thérapeutiques de l'eau minérale d'Eaux-Bonnes par M. le docteur Marcelin Cazeaux.

M. le Président donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Jules Béclard, secrétaire perpétuel; cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

— La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 février 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Desnos, secrétaire général, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société aux obsèques de M. Gallard. (Applaudissements.)

M. Kelsch lit une remarquable biographie de M. Zuber, mort au Tonkin dans les circonstances que l'on sait. (Applaudissements.)

M. Duguet présente un malade, âgé de trente et un ans, qui porte à la région lombaire du côté gauche une tumeur dont le développement a commencé il y a onze ans, et qui ne l'a pas gêné jusqu'ici. Cette tumeur n'est ni un lipôme, ni un abcès par congestion, mais bien un kyste hydatique siégeant dans la masse sacro-lombaire, et dont le diagnostic est basé sur l'existence d'un frémissement vibratoire, frémissement hydatique très net. Ce signe dont tous les classiques reproduisent la description se rencontre en réalité d'une façon exceptionnelle.

M. Féréol, tout en admettant parfaitement le diagnostic de M. Duguet, rappelle qu'on rencontre dans certaines pleurésies et certaines péritonites le frémissement vibratoire tout semblable au frémissement hydatique.

M. Gingeot lit une observation d'*hémichorée préhémiplégique*. — Depuis douze ans que la question des hémichorées liées à l'hémiplégie est à l'ordre du jour, on ne s'est guère préoccupé en général que de celle qui suit l'hémiplégie, c'est la seule qu'ait décrite Weir Mitchell. M. Charcot, qui a signalé le premier les hémichorées précédant l'hémiplégie, n'en a rapporté que trois observations, et M. Gingeot n'en a trouvé en tout jusqu'à ce jour que six autres bien nettes, aussi a-t-il cru intéressant de relater la suivante.

Une pensionnaire de Sainte-Périne, âgée de soixante-dix-sept ans, dans les antécédents de famille de laquelle on relève l'arthritisme, qui a présenté elle-même quelques manifestations névropathiques dans le cours de sa vie (convulsions dans l'enfance, tic

©BIU Santé

facial, il y a dix ans), indemne de syphilis et d'alcoolisme, éprouvait depuis quelque temps une sensation continuelle de froid aux pieds et une légère céphalée. Elle trébuche un jour dans un escalier et se remet dans la journée même de l'émotion qu'elle avait ressentie. Mais le surlendemain, elle éprouve un étourdissement sans perte de connaissance, et bientôt après un affaiblissement graduel du membre supérieur gauche. Cet accident semble se dissiper, mais le lendemain se développaient des mouvements choréiformes des membres du côté gauche, mouvements désordonnés dont cependant les plus fréquents consistaient en une élévation et un abaissement alternatifs. Ces mouvements atteignirent d'emblée leur maximum d'intensité, puis diminuèrent et disparurent au bout de quelques heures ; mais en même temps la parésie s'accentuait aux deux membres de ce côté.

L'hémiplégie guérit à peu près complètement par la suite, sans qu'il en restât d'autres troubles nerveux qu'une certaine tendance à la propulsion.

M. Gingeot insiste sur l'absence d'anesthésie dans ce cas. Dans la plupart des observations d'hémichorée on signale les troubles de la sensibilité.

Il est probable que la cause de la lésion a été soit une hémorrhagie cérébrale graduelle, en deux temps, soit une irrigation artérielle insuffisante. Il serait téméraire de préciser en quel point du faisceau pyramidal droit a porté cette lésion.

M. Debove relate une observation de pleurésie purulente latente à épanchement considérable, en consultant ses collègues sur la meilleure conduite thérapeutique à tenir dans ce cas. M. Debove rappelle certains cas analogues cités antérieurement. M. Dieulafoy a parlé d'un malade qui, ayant un épanchement pleural purulent de plusieurs litres, accomplit plusieurs fois la traversée de l'Atlantique à la recherche du meilleur mode de traitement. M. N. Gueneau de Mussy a rapporté l'histoire d'un général russe qui fit campagne dans le Caucase avec une pleurésie purulente et parcourut ensuite les capitales de l'Europe pour consulter les plus célèbres médecins.

Le malade observé par M. Debove est un homme de 30 ans qui, en 1884, sentait depuis six mois ses forces décliner, rendait quelques crachats striés de sang, mais restait apyrétique et, sauf une certaine pâleur, un peu d'anhélation à l'occasion des exercices, se trouvait dans un état peu alarmant en somme, lorsqu'on lui trouva un épanchement pleural. Par thoracentèse, on évacua un litre d'un liquide séro-purulent qui, aux ponctions ultérieures, devint franchement purulent. M. Debove insiste sur cet épanchement purulent d'emblée; on a beaucoup exagéré en accusant la thoracentèse de favoriser la transformation purulente des épanchements. L'existence d'épanchements purulents d'emblée est incontestable.

Ce malade subit 4 ponctions en un an. Puis, M. Debove voyant l'épanchement se reproduire sans cesse, se décida à n'y plus toucher. Or, depuis cette époque, le malade, porteur d'un épanchement pleural purulent qu'on peut évaluer à 3 litres, avec refoulement manifeste du cœur à droite, est demeuré en apparence bien portant, sans fièvre, sans troubles digestifs, sans dyspnée, aidant volontairement les infirmiers dans leurs travaux. On ne lui trouve d'ailleurs aucun signe de tuberculose. A coup sûr le pronostic est grave. Mais que faire à cet homme? M. Debove n'oserait pas lui faire l'empyème de peur d'être conduit à lui faire ultérieurement une opération d'Estlander; or, il est très peu enclin à conseiller cette dernière opération depuis qu'il l'a vue dans deux cas de pleurésies purulentes anciennes précipiter la mort des malades. Il ajoute que l'on a depuis quelque temps proclamé sans réserves, notamment en Allemagne, l'indication de la pleurotomie dans tous les cas de pleurésie purulente. Lui qui, ayant publié en France le premier cas de pleurotomie aseptique suivi de guérison rapide, n'est pas suspect d'hostilité envers cette méthode; mais, pourtant, il croit qu'en certains cas les malades n'en tirent aucun bénéfice.

M. Guyot demande si M. Debove a constaté que le poumon se dilatait après chaque ponction.

M. Debove répond que, n'ayant jamais retiré plus d'un litre de liquide à la fois, il lui a été difficile de constater la tendance du poumon à reprendre sa place.

© Santé

M. Guyot reconnaît la difficulté d'une pareille constatation. Toutefois, si elle pouvait être faite et s'il était avéré que le poumon est encore dilatable, il conviendrait de pratiquer l'empyème.

M. Rendu dit que les exemples cités par M. Debove comme l'ayant découragé de la pleurotomie ne sont probants que contre l'Estlander. Pour ce qui est de cette opération, M. Rendu pense, comme M. Debove, qu'elle n'a pas tenu ce qu'on en avait espéré. M. Bouilly lui-même, qui a fait en France les premières opérations d'Estlander, ne la trouve plus applicable pour les cas où le poumon est séparé de la paroi thoracique par une grande cavité pleurale. Mais cela n'empêche pas la pleurotomie d'être indiquée dans ces cas.

M. Debove : Quand on a fait la pleurotomie, et qu'il persiste une fistule intarissable, on se trouve conduit nécessairement à faire l'Estlander.

M. Joffroy a vu, à Bicêtre, l'un des malades dont l'observation a découragé M. Debove. Lorsqu'on eût réséqué sept côtes, on constata que la cavité pleurale était d'une dimension extraordinaire; on aurait pu y mettre la tête, et l'autopsie a montré que le poumon, réduit à un moignon informe, était recroquevillé derrière des adhérences indestructibles. Ce qui avait cependant légitimé l'opération, c'était la cachexie croissante qui devait inévitablement conduire le malade à la mort. En outre, le sondage pratiqué par le trajet fistuleux était loin de faire croire que la cavité pleurale eût des dimensions semblables.

M. Bucquoy n'admet pas qu'on puisse se résoudre à laisser pendant des mois un épanchement purulent si considérable dans la poitrine d'un homme sans chercher à l'en débarrasser. La conduite la plus naturelle est de pratiquer des ponctions successives en grand nombre, qui permettront au poumon de se dilater peu à peu. Lorsque, après un nombre variable de ponctions, on verra que le poumon ne gagne plus de terrain et que l'épanchement se reproduit chaque fois en même quantité, le moment sera venu de faire l'empyème dans une cavité rétrécie.

M. Debove : Si je voyais qu'après un certain nombre de ponctions, la pleurésie tendît à guérir, je continuerais à ponctionner.

M. Bucquoy : Non, il arrive un moment où l'amélioration par les ponctions cesse; c'est le moment de faire l'empyème.

M. Dumontpallier, qui a examiné attentivement les cas d'opération d'Estlander publiés jusqu'à ce jour, croit que le résultat définitif, dans la grande majorité des cas, n'est pas meilleur que celui de l'empyème. Pour lui, quand après trois ou quatre ponctions l'épanchement purulent continue à se reproduire s'il y a de la fièvre, et surtout s'il devient fétide, sa règle de conduite est de faire la pleurotomie.

M. Dumontpallier reproche au procédé de thoracentèse par aspiration de MM. Potain et Dieulafoy de ne pas permettre de constater la dilatabilité du poumon. Avec les appareils aspirateurs, en effet, tant qu'il y a du liquide dans la plèvre on le retire, que le poumon reprenne ou non sa place. Au contraire, avec le trocart de Trousseau et la baudruche de Reybard, le pus ne s'échappe qu'autant qu'il est chassé par la dilatation du poumon. Ce vieux procédé éclairerait la question chez le malade de M. Debove.

M. Féréol rappelle que le point en discussion est relatif aux pleurésies purulentes latentes, sans fièvre ni dyspnée. Il a vu jadis un malade de ce genre qui venait tous les six mois se faire ponctionner à la Maison de santé. Il reprenait ensuite ses occupations. C'est pour des cas de ce genre que M. Debove a bien eu raison de signaler qu'on est en droit de se demander si la pleurotomie est utile. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement général de la diathèse goutteuse. — H. Rendu.

Les alcalins sont particulièrement préconisés pour combattre la diathèse goutteuse.

©BIU Santé

On prescrit habituellement le citrate et le carbonate de lithine. L'acide benzoïque qui s'élimine de l'économie à l'état d'acide hippurique, peut être administré à la dose quotidienne de 0,25 à 0,50 centigr. ou 1 gramme au plus. — Dans le cas d'accidents franchement aigus, développés chez des malades vigoureux, les eaux de Vichy, maniées avec précaution, ont des chances de produire un soulagement rapide, complet et durable. — Si les accidents sont subaigus, à tendance congestive, on recommande Châtel-Guyon ou Carlsbad, à cause de leurs propriétés laxatives. Aux goutteux chroniques, qui sont parfois en même temps graveleux et diabétiques, on prescrit de préférence Contrexeville, Evian et Plombières. Enfin, dans les cas de raideurs articulaires provoquées par des dépôts tophacés, on a recours aux sources à thermalité considérable, telles que Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault et Louèche. — N. G.

COURRIER

Par décrets en date du 10 février 1887, ont été nommés :

1° Professeur de médecine expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Lyon, M. Arloing, agrégé, docteur ès sciences et professeur de physiologie à ladite Faculté ; — 2° professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, M. Guignard, docteur ès sciences, pharmacien de première classe ; — 3° professeur de physique à la Faculté des sciences de Besançon, M. Lagarde, docteur ès sciences ; — 4° professeur de zoologie et physiologie animales à la Faculté des sciences de Caen, M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences ; — 5° professeur-adjoint à la Faculté des sciences de Caen, M. Pauchon, docteur ès sciences, maître de conférences physiques à ladite Faculté.

Nécrologie. — Le professeur Frédéric Horner, de Zurich, est mort le 20 décembre dernier.

Né à Zurich, le 27 mars 1831, il étudia la médecine à Zurich, à Vienne, à Paris et à Berlin, où il suivit les cours d'Albert de Græfe, et revint dès 1854 pratiquer l'ophthalmologie dans sa ville natale. En 1862, il obtint la création d'une clinique ophthalmologique au nouvel hôpital cantonal de cette ville ; en 1873, il fut nommé professeur titulaire et fonda une clinique privée qui devint rapidement très florissante.

Horner a fait de nombreuses communications à la société ophthalmologique d'Heidelberg et a publié d'importants travaux dans les *Klinische Monatsblætter für Augenheilkunde* du professeur Zehender, son compatriote.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonamy, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Toulouse, Campardon (de Paris, Dagand (d'Alby-Savoie).

— Le mardi, 1er mars 1887, à deux heures, 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, du second lot de la fourniture des *instruments de chirurgie en gomme élastique* nécessaires au service des divers établissements de l'administration pendant trois années à partir du 1er janvier 1887. — Evaluation pour les trois années : 12,000 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.

CLIENTÈLE A CÉDER. — Banlieue immédiate. Produit justifié : 10,000 francs. Prix demandé : 6,000 francs comptant.

S'adresser à M. Schreiber, 15, rue Richelieu.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Sommaire

I. A. Weber : Du phénomène respiratoire de « Cheynes-Stockes ». — II. Correspondance. — III. Thérapeutique : L'ichthyol. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle.

Du phénomène respiratoire de « Cheyne-Stokes »

Dans un certain nombre de maladies, mais plus fréquemment chez les brightiques, il n'est pas rare de voir les mouvements respiratoires affecter un rhythme spécial. Soit brusquement, sans indice précurseur, soit plutôt au cours d'une dyspnée continue préexistante, le malade cesse complètement de respirer. Le thorax reste immobile : on assiste à une véritable pause de la respiration. Au bout d'un temps qui varie de quelques secondes à une minute et demie, de faibles mouvements thoraciques apparaissent, d'abord rares et superficiels, puis, rapidement, de plus en plus fréquents et profonds. Ces derniers se maintiennent à un maximum d'intensité dont la durée variable n'est pas en rapport avec celle de la pause respiratoire du début. Ils ne tardent pas à perdre progressivement de leur fréquence et de leur étendue pour redevenir rares et superficiels. Une nouvelle pause respiratoire survient et la série des accidents dyspnéiques recommence comme nous venons de le dire.

Tel est le rhythme respiratoire spécial observé pour la première fois par Cheyne en 1819, décrit par Stokes en 1854, et appelé *phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes* par Traube, en 1871.

Un certain nombre d'auteurs (Biot, Saloz, etc.), ont cru devoir donner à la succession régulière, périodique des deux phases d'apnée et de dyspnée qui constituent le type respiratoire de Cheyne-Stokes, un caractère pathognomonique. Il nous paraît difficile d'accepter entièrement leur opinion. L'analogie plus ou moins grande de la respiration de Cheyne avec d'autres troubles dyspnéiques, ses variétés cliniques, sa pathogénie encore entou-

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

IV

MONDINI DE LUZI ET SON ÉPOQUE

Tandis que, à l'école d'Alexandrie, on avait fait de l'anatomie humaine en ouvrant le corps de l'homme, vous venez de voir que dans la suite et à Rome, Galien n'observait que sur des animaux, se trompant souvent dans ses inductions. Après la chute de l'empire romain, l'anatomie n'est plus cultivée ; les esprits s'égarent dans de vaines discussions, on interprète des textes, on n'interroge plus la nature. Aussi les commentateurs, Oribase (IVe siècle), Aétius d'Amide, Alexandre de Tralles (V[e] et VIe siècles), Théophile Philarète, Paul d'Egine (VIIe siècle), n'offrent dans leurs œuvres que des reproductions et des descriptions peu ou point originales.

De long siècles se passent pendant que les Arabes, auxquels le Coran défendait le contact des cadavres comme une impureté criminelle, copient servilement Galien qu'ils

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier, 3 et 12 février 1887.

©BIU Santé

rée de tant d'obscurités ne nous autorisent pas à nous prononcer dans ce sens. Ainsi, pour ne parler que des variétés cliniques, Traube fait remarquer dans l'un de ses travaux que le cycle respiratoire constitué par la succession des deux phases en question est quelquefois si court, les pauses si peu accusées que l'on se croirait facilement en présence d'une dyspnée vulgaire. Il nous semble donc impossible d'établir une limite nette entre la respiration de Cheyne et la dyspnée en général. Nous nous bornerons à dire qu'il s'agit là d'un *rhythme respiratoire dyspnéique particulier*.

Quoi qu'il en soit, tous les auteurs qui se sont occupés du sujet, ont cherché à déterminer la durée des deux périodes d'apnée et d'hyperpnée (Biot). Ainsi, d'après Saloz, la durée de la phase d'apnée varie de cinq à quarante-cinq secondes, celle de la phase dyspnéique de quinze à soixante-quinze secondes. Quoique la première soit ordinairement la plus courte, elle peut dans certains cas surpasser la seconde. D'ailleurs ces deux phases ne seraient, sous ce rapport, nullement proportionnelles entre elles; bien au contraire, elles augmenteraient ou diminueraient en raison inverse l'une de l'autre.

Cliniquement, la respiration de Cheyne-Stokes ne présente pas habituellement une telle simplicité. Le plus souvent, on observe une série de phénomènes concomitants. Ceux qu'il faut mettre au premier rang, sont les troubles de l'appareil circulatoire sur lesquels les auteurs sont loin d'être d'accord. Ils consistent en modifications très appréciables de la fréquence du pouls et de la tension artérielle : la période d'apnée coïnciderait avec une *augmentation de la tension artérielle et un ralentissement des pulsations cardiaques*. C'est l'opinion de la plupart des auteurs. Ainsi Traube a observé le fait en question pendant les pauses de longue durée (1871). Plus tard (1874), il revient sur sa première assertion et ne l'admet que dans quelques cas exceptionnels. La même année, Filehne fait remarquer que cette modification de l'appareil circulatoire ne survient qu'à la fin de la pause et de la période dyspnéique. Néanmoins, ce fait d'observation clinique et expérimentale n'était pas admis d'une façon absolue. Déjà Leube

---

regardent comme un oracle. Il faut arriver au quatorzième siècle pour voir poindre la renaissance anatomique ; le premier rénovateur que je dois vous indiquer est Mondini, qui sera suivi plus tard par une brillante phalange.

Mundinus ou Mondini était de la famille de Luzi et ne doit pas être confondu avec Mondino de Forli. Comme en Grèce, pour Homère, cinq villes d'Italie ont revendiqué Mundinus ; les témoignages les plus authentiques sont en faveur de Bologne, où il est né vers 1250 et où habitait son père, apothicaire : Franzoli de Luzi. Mondini a professé à Bologne, il y a ouvert publiquement des cadavres ; il a composé plus ou moins d'après nature, un petit traité, alors chef-d'œuvre, où peu soucieux du style mais dans un but pratique, il a rassemblé toutes les connaissances anatomiques de son époque. Le livre de Mondini, dont je vais vous montrer un beau spécimen, a été dans toutes les mains, et pendant longtemps les professeurs d'anatomie le lisaient et l'expliquaient à leurs élèves ; il a eu un grand nombre de commentateurs. Mundinus est mort en 1325 ou 1326.

Le curieux traité de Mundinus résume en quelques pages les diverses parties du corps humain, désignant leur situation, leur nombre, leur dimension, leur apparence et de plus leurs usages, les maladies ainsi que les accidents auxquels elles sont sujettes. La splanchnologie mérite surtout l'attention, parce qu'elle est étudiée avec plus de soin. Dans la description de la peau, Mundinus parle de la couche graisseuse placée en dehors et du pannicule charnu situé à l'intérieur de la précédente couche, lequel n'est pas nerveux comme d'autres membranes, ni charnu comme un muscle, mais composé

© BIU Santé

avait constaté pendant la pause que le pouls avait sa fréquence normale et qu'il ne présentait d'autres modifications qu'une faiblesse et une irrégularité plus grandes pendant l'apnée. D'autre part, Bernheim dans une de ses observations (Obs. IX) note une grande fréquence du pouls pendant la pause, mais sans différence appréciable de la tension artérielle. Enfin, dans un travail plus récent (1879), Filehne affirme d'après ses expériences que le maximum de la pression artérielle et le minimum de la fréquence du pouls coïncident avec le fastigium de la période dyspnéique.

Enfin, les résultats des recherches de Saloz (1881) sont aussi contradictoires au point de vue de l'époque d'apparition des troubles circulatoires au cours de la respiration de Cheyne-Stokes. En résumé, si les recherches des différents auteurs ont donné des résultats peu concordants, il en ressort un fait constant, l'augmentation de la tension artérielle, coïncidant suivant la loi établie par Marey avec la diminution du nombre des pulsations.

Parmi les autres troubles de l'appareil circulatoire, il faut citer la fréquence du bruit de galop, la dépression de la grande fontanelle (Filehne, Hein, Rosenbach), enfin la *pâleur avec décoloration des muqueuses*. Ce dernier signe, bien que nié par un grand nombre d'auteurs, est de la plus grande importance pour la théorie de Filehne et mérite d'attirer toute l'attention des cliniciens. Tout en venant à l'appui de la théorie de Filehne, il est entièrement comparable aux accès de pâleur que l'on observe à la période terminale des cardiopathies artérielles. Mais là ne se borne pas l'analogie. Un phénomène semblable peut se produire dans d'autres organes. C'est ainsi que notre maître, M. Henri Huchard, se basant sur la théorie de M. Potain sur le spasme musculaire, nous expliquait la pathogénie de certaines congestions pulmonaires chez les emphysémateux, en faisant jouer le premier rôle à l'ischémie : à l'auscultation, les râles de congestion seraient disposés autour d'un foyer d'étendue variable au niveau duquel la respiration ferait défaut.

M. Cuffer, dans sa thèse (1878), a d'ailleurs largement profité de cette

---

de chair, de nerf et d'une membrane. Les ventricules du cerveau humain sont plus grands que ceux du cerveau des animaux. La pointe du cœur est dirigée vers la gauche et sa racine penche vers la droite. Il donne à l'orifice de la matrice le nom bizarre de : Museau de Tanche.

On acquiert la certitude en lisant ce célèbre manuel que Mundinus a regardé dans des cadavres humains ; toutefois, si on quitte la splanchnologie, on trouve que l'auteur passe rapidement sur les muscles, les vaisseaux et les os. La grossièreté de ses préparations est manifeste ; ainsi, pour arriver aux muscles profonds des extrémités, il dit : Après les veines (de l'avant-bras), on remarque beaucoup de muscles et beaucoup de cordons (tendons) grands et gros ; donc il ne faut pas tenter l'anatomie sur un pareil cadavre (frais), mais dans un corps desséché au soleil pendant trois ans. Les procédés pour démontrer les nerfs sont aussi défectueux.

Vous devez remarquer, messieurs, que l'étude des os, ou l'ostéologie, placée en tête de nos ouvrages classiques, a été négligée par les anciens anatomistes, Galien excepté. Il semble que la charpente du corps leur parût un objet secondaire ; ils ont commencé l'anatomie de l'homme de l'extérieur à l'intérieur, par la peau, examinant ensuite les gros viscères, le foie, les intestins, les poumons, le cœur, les muscles, les vaisseaux et en finissant par les os.

Mundinus, au lieu de s'en tenir aux observations qu'il avait faites, cherchait à les concilier avec les idées galéniques. Il avait vu l'utérus sur deux cadavres de femmes, dès 1315, en janvier et en mars, et cependant il le décrit comme Galien ; il donne aux

©BIU Santé

idée du spasme vasculaire, et insisté sur le rôle que celui-ci doit jouer dans la production des accidents urémiques. A l'exemple de Filehne, il mentionne également la pâleur du visage pendant le phénomène de Cheyne-Stokes; le spasme vasculaire explique, d'après lui, tout l'ensemble des troubles circulatoires. L'augmentation de la tension sanguine est due au « refoulement du sang des artères périphériques vers l'organe central ». De là, le pouls dur et sec, les battements cardiaques énergiques, quelquefois un bruit de galop, tous symptômes révélant l'effort du cœur pour vaincre « la gêne circulatoire causée par le rétrécissement du calibre des artères ».

Tels sont ies signes observés du côté de l'appareil circulatoire. Il résulte de leur étude que c'est plutôt dans l'hypothèse du spasme, dans celle de l'ischémie, qu'il faut chercher l'explication des troubles cardio-vasculaires concomitants de la respiration de Cheyne-Stokes et de ce trouble dyspnéique lui-même. Ces symptômes d'ailleurs ne sont pas les seuls que l'on rencontre. Le malade présente souvent une série d'autres accidents aussi importants, quoique moins constants.

C'est ainsi qu'il n'est pas rare d'observer du myosis : la pupille devient punctiforme, au début de la pause; elle a perdu toute réaction à la lumière; dès la reprise respiratoire, au contraire, elle commence à se dilater.

En outre, il n'est pas rare de constater pendant la période d'apnée, tantôt une déviation latérale conjuguée des yeux se produisant lentement et le plus ordinairement en haut et à droite, tantôt des mouvements oscillatoires (nystagmus) des globes oculaires dans le sens horizontal. Ces phénomènes cessent, en général, pendant la phase de dyspnée : toutefois, Saloz a remarqué un nystagmus persistant chez un de ses malades pendant toute la durée du phénomène.

Ces phénomènes oculaires sont en rapport avec les phénomènes convulsifs de certains groupes musculaires. Les secousses convulsives surviennent également pendant la pause respiratoire, siègent à la face et aux membres, mais sont le plus souvent localisées à un côté du corps.

Enfin, il n'est pas rare de voir le malade en proie à la plus vive agitation

---

ovaires le nom de testicules de la femme et leur attribue l'usage de sécréter une humeur analogue à la salive. Il admet parfois cinq lobes au foie. Les théories de Mundinus sont très singulières : il prétend que l'abdomen est composé uniquement de parties molles et dépourvu d'os, afin de pouvoir se dilater dans la tympanite et l'hydropisie ; le rasoir est l'instrument qu'il préfère pour la paracentèse, mais il ne pratique pas cette opération sur la ligne médiane, parce qu'en lésant les aponévroses on excite les convulsions. Il avait la passion des étymologies, partagée par beaucoup de médecins du moyen âge ; c'est ainsi qu'il fait dériver le mot aorte de *adorta*, celui de colon de *a collis et cellis*, à cause des cellules où les matières alvines sont retenues et prennent leur forme.

Malgré ses imperfections et sa trop grande soumission aux dogmes galéniques, l'ouvrage de Mondini de Luzi a rendu les plus grands services. A l'exemple du rénovateur, Nicolas Bertrucci mort en 1342, Pierre de la Cerlata, Bertapaglia de Padoue, font aussi de l'anatomie.

Avant de vous faire connaître les successeurs de Mundinus, jetons un coup d'œil sur l'état de la science en Italie et en France. Je dois vous rappeler qu'au début du dix-huitième siècle une ordonnance de Frédéric II, empereur d'Allemagne et roi des deux Siciles, avait prescrit à Salerne, la dissection d'un cadavre, à la place des démonstrations faites sur les animaux. Le 7 mars 1308, une nouvelle ordonnance fut rendue qui entre dans plus de détails et accorde plus de cadavres. Or, c'est à cette époque et à Bologne que professait Mondini de Luzi. Mais nous avons la certitude que Mundinus, s'il

pendant la période dyspnéique. C'est l'existence ou l'absence d'agitation qui caractérise les deux variétés du rhythme de Cheyne-Stokes admises par M. Cuffer. L'une est remarquable par une agitation et un délire intenses, l'autre par une dyspnée relativement tranquille : la première comparable à l'intoxication expérimentale par le carbonate d'ammoniaque, l'autre à l'action que produit la créatine chez les animaux.

Pour terminer ce qui a trait à la symptomatologie du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, il faut mentionner certains troubles intellectuels. Ordinairement, le malade présente pendant la pause, à un degré variable, de la somnolence et de l'obnubilation. Il existe une sorte d'état comateux plus ou moins profond et d'autant plus accusé que l'agitation a été plus grande pendant la période dyspnéique. Il est à remarquer cependant qu'on tire assez facilement les malades de cet état semi-comateux en les excitant d'une façon ou de l'autre.

Nous venons d'énumérer les différents accidents que les auteurs ont coutume d'appeler phénomènes concomitants du rhythme respiratoire de Cheyne-Stokes. Mais là ne se bornent pas les modifications cliniques de ce mode respiratoire. Le rhythme respiratoire de Cheyne-Stokes proprement dit ne s'établit pas ordinairement d'emblée avec tous ces caractères bien accusés, et il ne disparaît pas sans laisser un certain degré de gêne respiratoire. Dans la majorité des cas, il est précédé et suivi par une variété de dyspnée à laquelle on a donné le nom de *rhythme intermédiaire*. et qui constitue une sorte de transition entre la respiration régulière ou dyspnéique habituelle et le véritable phénomène de Cheyne-Stokes. Ce rhythme est représenté par des alternatives d'accélération et de ralentissement des mouvements respiratoires. Il peut d'ailleurs se rencontrer isolé, et il est fréquent d'observer, comme l'a fait Schiff, chez des vieillards ou des cardiaques avec lésion mitrale une influence favorable du sommeil sur la production de ce rhythme. Ce rhythme nous montre encore combien il est difficile d'établir une séparation bien nette entre le type respiratoire de Cheyne-Stokes et la dyspnée vulgaire. Les formes cliniques du phéno-

---

a le premier exécuté l'ordonnance royale, n'a pas commencé à ouvrir des corps. Dès 1302, Guillaume de Varignana, assisté de physiciens et de médecins-chirurgiens, a pratiqué, à Bologne, des autopsies pour découvrir un poison et il fit connaître l'état des viscères. Il y a plus, Guillaume de Saliceti, non à Milan comme on l'a dit par erreur, mais à Bologne même, ouvre des corps morts avant G. de Varignana et constate un engorgement sanguin du poumon. Vers le milieu du dix-huitième siècle, Thaddæus a fait allusion à ces ouvertures de cadavres et plus tard Bertrucci les a positivement indiquées. Il y avait donc, en Italie, un courant en faveur des études d'anatomie humaine qui triompha de tous les préjugés.

En France, les premiers cadavres anatomisés le furent à Montpellier, grâce à Louis d'Anjou qui, en 1376, accorda aux chirurgiens de prendre tous les ans le corps d'un des criminels qu'on exécuterait. Cette permission fut ratifiée l'année suivante par Charles le Mauvais, roi de Navarre, qui était alors seigneur de Montpellier, et de plus, en mai 1396, par lettres patentes de Charles VI.

A Paris, il faut arriver au quinzième siècle pour trouver le recteur de l'Université, octroyant, en 1478, la dissection publique d'un cadavre à la Faculté de médecine. En 1483, on exige des bacheliers médicaux des certificats d'aptitude aux connaissances anatomiques; les ouvertures de cadavres paraissent avoir été assez communes en 1496, puisque la Faculté décide que tout cadavre qui aura servi aux études sera inhumé en terre sainte. Neuf ans après, un de nos anciens doyens, Jean Loysel ou Avis, mentionnait, le 17 janvier 1505, sur une page des commentaires « *Incepta fuit lectura anatomica*

©BIU Santé

mène sont, en effet, variables à l'infini : les modifications portent soit sur l'ordre de succession des troubles respiratoires, soit sur la durée respective des périodes d'apnée et de dyspnée ou sur celle du cycle tout entier, soit encore sur l'absence ou non des phénomènes concomitants.

En résumé, la respiration de Cheyne-Stokes est un trouble respiratoire particulier, variable en lui-même et accompagné d'un certain nombre d'accidents plus ou moins constants, accidents circulatoires, pupillaires, convulsifs et cérébraux, qui tous, en apparence du moins, plaident en faveur de l'hypothèse d'une ischémie des centres nerveux.

L'étude pathogénique de ce syndrome nous obligerait à passer en revue un grand nombre de travaux parmi lesquels nous devons citer ceux de Traube, Van Dusch, Filehne, Leube, Bernheim, Mader, Hein, Rosenbach, Sokolow et Luchsinger, Rosenthal, Begbie, Broadbent, Warry, Mickle, Andrew, Ziemssen (d'Erlangen), Biot, Cuffer, Blaise et Brousse, H. Huchard, Ortille, Saloz, Uribe, Fr. Franck, Schiff, Brown-Séquard, etc., etc. Nous nous bornerons donc à énumérer les maladies dans lesquelles on observe le phénomène de Cheyne-Stokes.

C'est à la période terminale de la néphrite interstitielle, dans l'athérome cérébral et dans certaines affections du cœur, qu'on le rencontre le plus souvent. Il est relativement facile de s'expliquer avec la théorie ischémique sa grande fréquence dans ces maladies. Ici, en effet, les conditions pathogéniques semblent réalisées au plus haut degré par le fait de l'athérome, cause directe d'un défaut d'irrigation du bulbe, par les lésions cardio-vasculaires qui viennent augmenter la gêne circulatoire des centres nerveux, enfin peut-être par l'altération du sang. La plupart des maladies sont des vieillards athéromateux. La lésion est constituée par la sclérose, scléroses cardiaque, vasculaire, pulmonaire, cérébrale et surtout rénale; que le développement de cette lésion soit le fait de la sénilité, de l'alcoolisme ou de l'intoxication saturnine, le résultat est le même. L'embolie (Bernheim) et l'hémorrhagie cérébrale peuvent présenter aussi le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. On l'observe chez des sujets soumis à des

---

par decanum in domo regia de Nesle... et duravit lectura per tres dies integros » (Reg. mss. de la Faculté, t. III, p. 569). Quelle était donc cette innovation et pourquoi ce choix de l'Hôtel de Nesle pour les démonstrations anatomiques ? C'est que l'Ecole de la rue de la Bucherie n'avait pas encore d'amphithéâtre ; celui-ci ne fut construit qu'en 1604, ouvert à tous les vents et à la pluie, sans vitrage. Aussi le Doyen avait réuni ses auditeurs à l'Hôtel de Nesle qui occupait à peu près la place des bâtiments actuels de l'Institut, et le vieil hôtel qui avait tour à tour appartenu à Amaury de Nesle, à Jeanne de Bourgogne, à Philippe le Long, à Charles le Sage, à Isabelle de Bavière, à Charles VII, étant veuf de propriétaire, pouvait, avec ses vastes locaux au besoin avec ses souterrains, très favorablement servir aux démonstrations anatomiques qu'on cachait aux profanes.

Nous touchons aux premières années du seizième siècle et nous voilà déjà éloignés de Mondini de Luzi. En remontant jusqu'à l'apparition de son Traité, on constate que le novateur avait donné l'impulsion et que l'usage s'était définitivement établi dans les universités d'ouvrir chaque année devant un public choisi des cadavres humains. Un garçon barbier était chargé de l'opération qu'il exécutait sommairement avec un rasoir, puis le professeur démontrait les principales parties du corps d'après l'ouvrage de Mondini. Les procédés scientifiques de l'anatomie ne se perfectionnèrent que lentement.

(*A suivre.*)

Prof[r] LABOULBÈNE.

BIU Santé

pertes sanguines abondantes ou répétées, chez des hémophiliques, dans la méningite, la méningite tuberculeuse (Van Dusch, 1867 ; Körber, 1872), les tumeurs cérébrales, la dégénérescence du cœur (Cheyne). Enfin, il n'est pas rare, dans un certain nombre de maladies aiguës générales, telles que la scarlatine (Lutz, 1871), la diphthérie (V. Hüttenbrenner, 1875), la fièvre typhoïde (Nothnagel, Andrew, Rezki, 1869) et même certaines affections pulmonaires (Rehn, 1870-1871). Les grands traumatismes (Observ. de Bernheim), l'intoxication aiguë par la morphine (Filehne, Bernheim, de Cérenville), l'asphyxie par la vapeur de charbon et le chloroforme (Bernheim), sont quelquefois suivis de respiration de Cheyne-Stokes.

D'une façon générale, il est permis de porter un pronostic très grave toutes les fois que les pauses dépasseront la durée moyenne et auront une tendance à se prolonger. Le phénomène de Cheyne-Stokes peut n'apparaître que pour quelques instants ; il peut aussi persister pendant plusieurs semaines. Il peut être suivi de guérison (Lutz), mais le plus souvent il est l'indice d'une mort prochaine. Bien qu'on l'ait vu persister jusqu'au moment même de la mort, il est ordinairement remplacé par une dyspnée continue stertoreuse. Enfin, il se produit quelquefois à intervalles prolongés : il est alors franchement intermittent. Ce fait sur lequel Biot insiste dans sa thèse prouve une fois de plus le rôle important du spasme artériel.

Traitement. — Il n'existe, à proprement parler, aucun traitement du phénomène respiratoire de Cheynes-Stokes, et il ne fait de doute pour personne qu'il faut avant tout agir sur la maladie causale. Cependant il est permis de se demander si l'apparition du phénomène chez un malade n'implique pas une indication thérapeutique. A cette question, nous n'hésitons pas à répondre d'une façon affirmative. En effet, malgré quelques rares insuccès, les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine ont le plus souvent calmé l'angoisse et la dyspnée du malade. Si la morphine n'est pas supportée, on utilisera le chloral.

L'électrisation des nerfs phréniques (Leube), des nerfs vagues (Rosenbach) et des nerfs cutanés de la face et du cou (Bernheim) n'a donné que des résultats négatifs ou peu accusés. Il en est de même des inhalations d'oxygène (Sacchi) et de nitrite d'amyle (Filehne).

Nous donnerons donc la préférence à la médication morphinée, qui seule a donné quelques résultats positifs et « combat avec une efficacité presque constante les accidents d'anémie cérébrale (H. Huchard) ». Telle est la véritable indication thérapeutique fournie par l'apparition chez un brightique du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes.

A. Weber.

CORRESPONDANCE

Paris, 15 février 1887,

Mon cher Richelot,

Ce n'est pas Jendrassik qui a la priorité dans l'emploi du calomel s'adressant comme hydragogue à l'anasarque et aux épanchements cavitaires d'origine cardiaque.

Ce n'est pas davantage Stokes.

Voici ce qu'on lit dans un traité paru en 1807, intitulé :

« Observations sur la préparation, l'utilité et l'administration de la digitale pourprée,

©BIU Santé

par William Hamilton, M. D., médecin, bourg de Saint-Edmond, Suffolk. London, 1807.

« Page 98 : Quand la digitale, seule, ne réussit pas à dissiper l'anasarque, on peut lui adjoindre d'autres diurétiques, la scille, les cristaux de tartre, etc... et surtout le mercure qui souvent devient le meilleur diurétique. J'ai très communément employé le calomel, ou si les intestins étaient irritables, les frictions mercurielles, pendant quelques jours avant d'avoir recours à la digitale. »

D'après l'assertion d'Hamilton j'ai toujours employé les frictions mercurielles dans l'anasarque avant d'avoir recours à la digitale. Plus d'une fois j'ai constaté l'étonnement des confrères qui me demandaient mon moyen. M. Bezançon, interne à la Charité l'an dernier, pourrait affirmer que dans un cas d'anasarque je lui ai conseillé d'employer d'abord les préparations mercurielles, que c'était ma pratique habituelle. Il ne s'agit pas de moi ; il s'agit d'Hamilton qui en 1807 proposait le moyen qu'aujourd'hui on donne comme nauveau. *Multa renascuntur...*

Vous connaissez la suite ; mais les choses ne renaissent que pour un certain nombre, elles ne sont jamais mortes pour d'autres. Comment Stokes ne connaissait-il par le travail d'Hamilton, de son compatriote ? J'ai rendu à Bouillaud l'iodure de potassium ; je rends à Halmilton le calomel.

Rendez à l'équité le service de publier cette petite note et croyez moi, surtout,

Votre tout dévoué ami,

P. Durozier.

THÉRAPEUTIQUE

L'ichthyol,

Par M. le docteur Lartigau.

L'ichthyol est un nouveau médicament très en vogue aujourd'hui en Autriche et en Allemagne, et qui a été introduit dans la thérapeutique par le docteur Unna (de Hambourg).

L'ichthyol est extrait par distillation d'une roche bitumeuse du Tyrol, formée par un résidu de matières animales décomposées, provenant de poissons et d'animaux marins préhistoriques.

L'aspect de l'ichthyol est celui du goudron, mais il en diffère par son odeur toute spéciale et par ses propriétés physiques et chimiques. Il est surtout caractérisé par sa richesse en soufre. Mais ce soufre lui est si intimement uni qu'il ne peut en être extrait que par une décomposition complète. Cette propriété, qui le différencie d'une façon essentielle des préparations sulfureuses en usage, a fait dire à Unna que « c'est une préparation très soluble et toute spéciale du soufre, qui produit des effets sulfureux particuliers et d'une importance extraordinaire ».

Or, si l'on considère les applications si nombreuses du soufre, consacrées par la plus longue pratique, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, applications entravées toutefois par l'irritation que produit le médicament et par son insolubilité, on conçoit sans peine l'importance considérable que peut avoir l'emploi de l'ichthyol.

D'après Unna, et considéré d'une façon générale, l'ichthyol est un antiphlogistique puissant. Il anémie et dégonfle rapidement tous les tissus. — Cependant, il ne doit être employé que lorsque l'épiderme est intact. S'il pénètre jusqu'au derme, l'absorption devenant trop forte, il faut s'abstenir, parce qu'il surviendrait des phlyctènes ou des éruptions vésiculeuses qui nuiraient à la marche de la maladie.

Le docteur Unna donne l'ichthyol à l'intérieur autant qu'à l'extérieur, surtout dans les manifestations chroniques. — Il prétend qu'aucun moyen interne n'approche de son efficacité ; qu'il est bien supérieur, entre autres, à l'arsenic ou aux combinaisons sulfureuses, dont il possède d'ailleurs au plus haut degré les propriétés anticatarrhales. Il peut, en outre, être continué pendant des années sans aucun danger.

A l'intérieur, l'ichthyol s'administre à la dose de 1 à 2 grammes par jour chez l'adulte. — 20 à 50 centigrammes chez les enfants.

Ceci posé, l'ichthyol est tout particulièrement indiqué comme usage externe dans les tuméfactions sous-cutanées et dans les irritations et inflammations de la peau, — *avec épiderme intact.*—Ainsi, dans les *œdèmes*, l'*angiectasie*, les *cutites* et les *dermites*, l'*entorse*, le *furoncle* au début, les diverses *manifestations rhumatismales*, et enfin la plupart des *maladies de la peau*, Unna en a retiré des avantages qu'aucun autre moyen ne lui avait jamais procurés.

Dans les affections de la peau, ce qu'il faut considérer avant toute chose, nous ne saurions trop le répéter, c'est l'intégrité de l'épiderme — Mais cette intégrité existant, presque toutes les maladies de peau sont favorablement influencées par l'ichthyol.

Précisons cependant, avec Unna, et donnons en même temps les indications de doses.

Dans la *couperose*. — S'agit-il de la forme érythémateuse ou eczémateuse avec l'épiderme mince, lisse ou écailleux, avec tendances à congestion, l'ichthyol doit être appliqué à petites doses, 2 p. 100.

S'agit-il de la couperose acnéique, boutons d'acné sur fond tumefié, bleu, rouge, avec épiderme épais, inégal, sans tendance à l'eczéma, ichthyol à haute dose, 10 p. 100 jusqu'à 25 p. 100.

Nulle crainte à avoir pour les yeux, comme avec le soufre, dont l'emploi devient, dans ces cas, impossible.

Dans les diverses formes d'*eczéma*, qu'il soit aigu ou chronique, l'ichthyol est excellent, et une seule application suffit souvent pour amener une amélioration notable, surtout pour enlever les démangeaisons. Il est souverain, en effet, contre le prurit.

Mais si l'épiderme n'est pas intact, il ne faut pas l'employer, ou il faut user de faibles doses et en surveiller l'action. Seulement, même dans ce cas, surtout s'il s'agit d'un eczéma chronique, on se trouvera très bien de l'usage interne.

Qu'il y ait, au contraire, intégrité de l'épiderme, on pourrra employer, sans aucune crainte, des doses de 10 p. 100.

De même dans le *lichen* des enfants, l'*urticaire* aigu ou chronique, l'*érythème* noueux, les divers *herpès*, le *pityriasis*. — Dans le pityriasis ou dans les autres affections du cuir chevelu ou des parties couvertes de poils, l'ichthyol a ce grand avantage sur le soufre, le goudron ou autres produits habituellement employés, qu'étant très soluble dans l'eau, il est facile de nettoyer les parties avec de l'eau de savon ou de l'eau pure. Disons en passant que, dans les brûlures du premier degré, rien ne réussit mieux pour enlever la douleur et empêcher la production des phlyctènes.

Dans la lèpre, le psoriasis, le sycosis, le lupus, l'ichthyol ne peut servir que d'adjuvant utile. A l'intérieur, nous en recommandons en outre l'essai, dans les cas de bronchite tenace et de catarrhe, aux lieu et place des diverses eaux sulfureuses.

En France, l'ichthyol a été encore peu employé, sauf sous la forme de pellicule popularisée par le docteur Gécé.

Cette pellicule, très résistante et très souple en même temps, adhère parfaitement sans aucun bandage, et s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude. Elle forme une sorte d'épiderme artificiel qui maintient l'agent actif en contact permanent avec la surface malade et l'isole des agents extérieurs. Elle rend de grands services dans le traitement des affections de la peau que nous avons énumérées.

Mais elle ne peut suffire cependant à tous les cas. Il n'est pas toujours possible de l'appliquer, et elle n'est pas toujours assez énergique.

Pour obvier à cet inconvénient, et en présence des difficultés d'application de l'ichthyol à doses variables, des ennuis que présente l'emploi de pommades à différents titres, le docteur Gécé a imaginé une solution qui peut servir aussi bien pour les doses faibles que pour les doses fortes.

Cette solution, parfaitement limpide et titrée à 20 p. 100, s'applique au pinceau.

On l'étend avec le doigt, en frictionnant légèrement pour faciliter l'absorption.

Si l'on veut des effets plus énergiques, on renouvelle plusieurs fois la même opération, séance tenante.

©BIU Santé

Si l'on veut des effets moindres, on étend une petite quantité de solution avec plus ou moins d'eau, selon les effets qu'on veut obtenir. Dans tous les cas, on recouvre avec un peu de ouate, une fois la friction terminée.

On peut donc ainsi, — sans changer de produit, — partant des doses les plus faibles, arriver progressivement aux doses les plus fortes, et inversement, des doses les plus fortes descendre aux doses les plus faibles.

Et en se reportant à ce que nous avons dit plus haut, on verra facilement quels sont les cas où l'on devra employer de préférence soit la pellicule, soit la solution à dose forte ou modérée.

Mais ce n'est pas tout. Il est indispensable d'employer l'ichthyol à l'intérieur chaque fois qu'il s'agit d'une affection de la peau, dans le furoncle, les manifestations rhumatismales, dans le catarrhe des bronches, où il remplace avec avantage, comme nous l'avons dit, les préparations sulfureuses, dont il n'a pas les propriétés irritantes.

En Allemagne, on l'administre en solution; mais le goût très prononcé de sulfure de carbone que possède l'ichthyol n'a jamais permis au docteur Gécé d'en obtenir un usage prolongé, et il a souvent rencontré des malades qui se refusaient à en faire usage. Il a essayé alors la forme pilulaire. Il y avait une difficulté : c'était de concilier l'état semi-liquide de l'ichthyol avec la dose, ce qui nécessitait l'absorption chaque jour d'un trop grand nombre de pilules.

Par un tour de main, la difficulté a pu être évitée; les pilules contiennent 20 centigrammes d'ichthyol pur, et il suffit d'en administrer 1 ou 2 chez les enfants, 4 à 8 chez les adultes. Mais cette dernière dose peut être souvent dépassée avec avantage et sans jamais occasionner d'inconvénients. C'est à jeun qu'il faut prendre ces pilules, et on peut les partager en deux ou trois doses. La première le matin, les autres avant les deux principaux repas, — ou la dernière en se couchant.

Aujourd'hui que l'emploi de l'ichthyol est ainsi devenu facile, il est à désirer qu'on en essaye l'application dans ces cas si nombreux où la thérapeutique nous offre peu de ressources vraiment efficaces, et il est à présumer que nous en retirerons les mêmes avantages que nos voisins.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le général Menabréa, élu membre correspondant dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Reiset, adresse une lettre de remerciement à l'Académie.

M. le professeur Cornil prie l'Académie de l'inscrire parmi les candidats à la place laissée vacante dans la section de médecine et de chirurgie par le décès de M. Paul Bert.

M. Moniez, professeur à Lille, adresse une note sur la génération des cochenilles. On n'avait jusqu'ici pas pu découvrir les mâles. M. Moniez les a trouvés, à l'état embryonnaire, contenus dans la femelle.

Malgré les plus patientes recherches, il n'a pu les voir, ni à l'état de complet développement, ni en dehors de la femelle. Il suppose que la génération se passe à l'intérieur, au moyen de la migration des spermatozoaires, et il se demande si un grand nombre de cas de porthogénèse n'ont pas le même mécanisme. Il va même jusqu'à supposer que le mâle peut n'être représenté que par les seuls spermatozoaires, développés au sein de la femelle.

M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts rappelle que la ville de Tours se prépare à honorer la mémoire du général Meusnier, et il prie l'Académie d'envoyer à M. le docteur Fournier tous les documents de nature à faciliter la rédaction d'une notice sur la vie et sur les travaux aérostatiques du général. — MM. les secrétaires perpétuels donneront à M. le docteur Fournier les indications bibliographiques qui sont à leur connaissance.

© BIU Santé

M. le docteur Amagat envoie un mémoire sur la vaccine, dans lequel il établit, entre autres choses, ce fait assez inattendu, à savoir que les plus belles cicatrices sont l'indice de la plus grande réceptivité à une nouvelle contamination par le vaccin; c'est-à-dire que plus les premières marques de vaccin sont larges, plus on a de chances pour que le vaccin prenne une seconde fois.

M. Aucoc, de l'Académie des sciences morales et politiques, adresse une note à propos du cinquantenaire des chemins de fer. Il démontre par des dates précises que plusieurs chemins de fer existaient en France bien avant l'inauguration de la ligne de Saint-Germain à Paris, en 1837. Ainsi le chemin de fer de Saint-Étienne à Lyon date du mois de février 1823. Il y donc longtemps que le cinquantenaire aurait dû être célébré (en 1873.) — On a répété, à satiété, que la France s'était laissé devancer, sous ce rapport, par les nations voisines. Pas de beaucoup. C'est en 1825, qu'on vit, pour la première fois, en Angleterre, la vapeur transporter des voyageurs et leurs bagages. Mais il faut dire que les locomotives ne marchaient pas plus vite, alors, que de bons chevaux. La vitesse ne fut obtenue sur les chemins de fer que lorsque fut établie la première chaudière tubulaire, et c'est au Français Seguin qu'elle est due. La France n'a donc pas été aussi en retard qu'on se plaît à le dire.

M. Richet présente, au nom de son fils Charles et de M. Henriot, la description d'un nouvel appareil de dosage de l'acide carbonique et de l'oxygène dans l'acte de la respiration. Cet appareil est à la fois plus sûr et plus simple que tous ceux employés jusqu'à présent. — Le savant professeur présente encore un volume de M. le docteur Just Lucas-Championnière, relatif à la cure radicale des hernies; à l'aide de son procédé, et grâce à la méthode antiseptique, l'auteur a guéri les dix malades qu'il a opérés.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Chauveau, nommé membre titulaire. Voici la liste de présentation :

En première ligne, M. Leudet (de Rouen); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Feltz (de Nancy) et Oré (de Bordeaux).

Sur 50 votants, majorité 26, M. Leudet obtient 41 suffrages ; M. Oré, 6; M. Lister, 1. Il y a un bulletin blanc.

M. Leudet est élu.

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau un volume contenant la biographie de Paul Bert, par M. Bérillon.

— M. le docteur Lemoine (de Reims) donne lecture d'un travail duquel il résulte que les terrains des environs de Reims sont les meilleurs pour étudier la faune tertiaire.

M. L.

FORMULAIRE

Traitement du panaris. — Polaillon.

Au début de l'inflammation, onctions d'huile phéniquée ou badigeonnages de teinture d'iode, puis applications émollientes et narcotiques, la main étant placée dans une position élevée. Si l'état inflammatoire augmente, on débride hardiment le doigt sur la ligne médiane, par une incision allant jusqu'à l'os, s'il s'agit de la dernière phalange, mais n'intéressant pas les gaines, lorsqu'il s'agit de la première et de la seconde phalange. Immédiatement après l'incision, on plonge le doigt dans un bain antiseptique, et on le le panse antiseptiquement. — Pendant la période de suppuration, s'il s'agit d'un panaris superficiel, on ouvre la phlyctène et on abrase l'épiderme, dans tous les points où il est soulevé. On lave le derme avec un liquide antiseptique, et on panse avec le protective de Lister, ou avec des compresses imbibées de liquides émollients. — Dans le panaris sous-cutané, on incise, dès que l'on soupçonne la suppuration, en évitant de porter le bistouri sur les parties latérales du doigt. Enfin dans le cas de suppuration

©BIU Santé

de la gaine, on pratique une incision en haut et en bas, afin d'établir un drainage du canal ostéo-fibreux ; pansements antiseptiques. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Marie, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux, est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Féré, démissionnaire.

— L'Académie des sciences a procédé, dans la séance du lundi 14 février 1887, à l'élection d'un correspondant dans la section de médecine et chirurgie. Les candidats, au nombre de trois, étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. le docteur Leudet, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Rouen ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. le docteur Feltz, professeur d'anatomie et physiologie pathologiques à la Faculté de médecine de Nancy, et M. le docteur Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le nombre des votants étant 50, majorité 26, M. Leudet obtient 41 suffrages (élu) ; M. Oré, 6 ; M. Lister, 1 ; bulletin blanc et bulletin nul, 2.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort d'un médecin qui sera vivement regretté de ses confrères et de ses malades, le docteur Pollosson (de Bourgoin), père de MM. Maurice Pollosson, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Auguste Polloson, récemment reçu docteur en médecine.

CONCOURS. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rabot.

Les épreuves ont été très brillantes et ont mis particulièrement en relief les qualités des candidats qui, pour la première fois, affrontaient le concours.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, le dimanche 27 février 1887, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le docteur J. Rochard, de l'Académie de médecine.

Ordre du jour : 1° Discours de M. le docteur J. Rochard ;

2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache ;

3° Rapport sur les mémoires envoyés pour les prix, par M. le docteur Marjolin ;

4° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Perier ;

5° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Marbeau.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — FÊTES DU CARNAVAL. — *Billets d'aller et retour.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les billets d'aller et retour délivrés aux conditions du tarif spécial A n° 9, les 19, 20, 21 et 22 février, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du 23 février.

Les billets pour Paris conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

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 ; tramways-Louvre.)

CLIENTÈLE A CÉDER. — Banlieue immédiate. Produit justifié : 10,000 francs. Prix demandé : 6,000 francs comptant.

S'adresser à M. Schreiber, 15, rue Richelieu.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. G. Schlemmer : Des théories pathogéniques de l'asthme d'après les travaux allemands. — II. Stapfer : Calendrier de grossesse. — III. Bibliothèque : Prolifération de la cellule par karyokinèse. — Guide des mères et des nourrices. — IV. Revue des Journaux : De la bactériurie. — Traitement de la néphrite scarlatineuse. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Des théories pathogéniques de l'asthme

D'APRÈS LES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le docteur G. Schlemmer, médecin consultant au Mont-Dore.

Pour éviter des redites, dans un article destiné à jeter un coup d'œil d'ensemble sur les travaux allemands concernant l'asthme, le procédé qui me paraît le meilleur consiste à passer d'abord en revue les principales *données expérimentales relatives à la respiration* qui jadis leur ont servi de base ou qui leur servent de point d'appui.

I

Traube (1) avait admis que, dans une respiration normale, l'acide carbonique en s'accumulant dans les poumons excitait à leur extrémité les fibres centripètes du vague et provoquait ainsi la phase inspiratoire suivante. Or, en surchargeant le poumon de CO^2, Knoll (2) n'a provoqué aucun mouvement inspiratoire, et Brown-Séquard (3) a constaté une contraction des muscles bronchiques. Ces fibres de Reissessen font-elles partie, en réalité, des muscles expirateurs? C'est là un point que nous traiterons à propos de la pneumatose.

Expériences relatives au sang. — D'après Gad (4), qui recherche l'action de l'acide carbonique, non plus dans le poumon, mais dans le *sang irriguant les centres respirateurs*, toutes les dyspnées résultant d'une oxydation insuffisante de ces centres commencent par une série d'efforts inspiratoires; s'appuyant sur ce qu'un excès de CO^2 provoque sur la phase inspiratoire un effet de renforcement plus accusé qu'un défaut équivalent d'O, et sur ce que la cause la plus habituelle de dyspnée consiste dans une suractivité musculaire qui produit de l'acide carbonique en excès avant que l'oxygène ait subi une diminution suffisante, il conclut à une impressionnabilité particulière des centres inspirateurs automatiques à l'égard des variations de l'acide carbonique, du moins dans les limites des échanges gazeux physiologiques. Quant aux centres expirateurs, leur activité serait mise en jeu, non par l'acide carbonique, mais par une excitation centripète résultant de l'expansion pulmonaire (Hering-Breuer); en tous cas, dans les conditions normales, l'expiration serait un acte purement passif. — D'accord avec Dupuy (5) pour réfuter la théorie de Preyer, qui rapporte à des excitations périphériques la première inspiration, Knoll (6) montre qu'on n'obtient, ni par l'excitation des nerfs sensitifs, ni par une surcharge d'O, une respiration rythmique; il attribue les origines de ces mouvements réguliers

(1) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886. 475.
(2) *Ibid.*, 474.
(3) *Sem. méd.*, 1885, 204. — *Un. méd.*, 1885, II, 536.
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 724. — Voir aussi : Garnier, *Sem. med.*, 1886, 300.
(5) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 725. — *Sem. méd.*, 1886, 24.
(6) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 297. — *Sem. méd.*, 1886, 160.

©BIU Santé

à l'action directe du sang sur le centre respirateur bulbaire, sans se décider d'ailleurs en faveur de l'influence déterminante de l'excès de CO^2 ou du défaut d'O; mais il réserve une part importante à l'intervention des nerfs sensitifs.

Pour démontrer que l'excitation des centres respiratoires n'est pas due à l'influence des nerfs centripètes (irrités soit par la pénétration de sang veineux dans le poumon à la suite d'un travail musculaire, soit par les processus intra-musculaires de la contraction elle-même), et qu'elle ne résulte pas davantage de la propagation inconsciente d'une impulsion volontaire destinée au fonctionnement musculaire, Zuntz et Gepper (1) sectionnent la moelle et provoquent par l'électrisation du sciatique un état tétanique durable des extrémités inférieures : dans ce cas, comme dans le cas de travail volontaire du muscle, l'analyse comparée du sang durant le repos et durant le travail indique que la quantité d'O introduite par l'accroissement des mouvements respiratoires est bientôt plus que suffisante pour compenser l'augmentation de CO_2 résultant de l'effort musculaire. De ces expériences, les auteurs concluent que le sang exerce directement sur les centres respirateurs une influence régulatrice, non seulement en raison de sa teneur en O et en CO_2, mais aussi en raison d'une substance encore indéterminée qui est formée notamment par l'activité musculaire et dont l'action se maintient quelque temps, alors même qu'il y a de l'O en excès.

Expériences relatives aux centres respirateurs et aux nerfs. — Nous venons de voir que Gad admettait pour la respiration normale un *centre inspirateur* représenté par des *cellules ganglionnaires automotrices*, les centres expirateurs n'entrant en jeu que sous l'influence des réflexes ou des impulsions volontaires. Rosenthal (2), en sectionnant la moelle (à l'exception d'un pont de substance extrêmement ténu, au-dessous du calamus scriptorius) constate que la respiration est plutôt activée et qu'elle cesse dès qu'on coupe ce mince lien qui reliait la moelle à l'encéphale; observant d'autre part que la section transversale pratiquée à 4 millim. au-dessus de l'extrémité du calamus, ou plus haut, n'interrompt pas la respiration, il place au niveau du calamus le siège du centre respirateur. Etayé sur cette expérience, Knoll (3) admet un centre respirateur automatique exclusivement bulbaire soumis à l'excitation directe du sang, et un appareil régulateur représenté par le nerf vague, dont les excitations émanent de sources encore insuffisamment précisées.

Mais, reprenant en France les expériences de Nitschmann et de Langendorff (4), Wertheimer (5) a pu étudier, après la section de la moelle entre l'atlas et l'axis, sur des mammifères adultes, la persistance de la respiration spontanée, que Brown-Séquard (6) avait déjà démontrée sur des animaux nouveau-nés. La respiration artificielle permet de voir se rétablir, généralement de haut en bas, après l'inhibition traumatique momentanée de la moelle, l'activité des centres expirateurs et inspirateurs médullaires distincts; lorsque la moelle est partout réveillée, le caractère accéléré, inégal et superficiel de la respiration, l'énergie plus grande des inspirations

(1) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 401 et 881.
(2) (3) et (4) *Ibid.*, 474.
(5) *Un. méd.*, 1886, I, 466. — *Sem. méd.*, 1885, 85.
(6) *Un. méd.* 1886, I, 446.

opposée à la fréquence des expirations actives (parfois même redoublées), l'influence complexe, mais constante de l'excitation des nerfs sensitifs, la cessation des mouvements rythmiques du diaphragme sitôt qu'on sectionne le phrénique, autorisent Wertheimer à conclure que les centres *spinaux* automoteurs, *expirateurs* et *inspirateurs*, *distincts*, envoient aux muscles respirateurs du tronc des impulsions rythmiques, et que le bulbe ne possède que le rôle d'appareil modérateur et régulateur.

Si Christian (1), enfin, en excitant certains points des tubercules quadrijumeaux et des couches optiques, a vu l'inspiration se suspendre ou s'exagérer, comme on l'observe d'ailleurs lorsqu'on irrite divers nerfs sensitifs, on ne saurait se fonder là-dessus pour considérer ces points comme des centres respirateurs.

Quant à l'influence des *nerfs* sur les mouvements de la respiration, elle est extrêmement complexe; mais il suffira de rappeler ici les expériences de Donders (2) et de Gillavry (3) en Allemagne, de Brown-Séquard (4) et de Regnard (5) en France, de Graham Brown (6) en Ecosse, pour établir que l'excitation du pneumogastrique peut déterminer par ses fibres centrifuges la contraction et, par ses filets centripètes, le relâchement des muscles de Reissessen. En outre, Riegel (7), excitant le bout central du vague, a provoqué une contraction du diaphragme, qui ne se produisait plus lorsqu'il sectionnait les phréniques. — D'après Knoll (8), l'excitation d'une partie des filets sensibles de ces nerfs provoquerait un effet inspiratoire, à l'instar de certains filets du trijumeau, du glosso-pharyngien et du nerf optique; les splanchniques produiraient, au contraire, l'expiration; plusieurs nerfs, sensitifs, enfin, seraient en partie inspiratoires et en partie expiratoires; à leur excitation succéderaient tantôt des mouvements expiratoires actifs (tels que la toux ou l'éternuement sous l'action du froid), tantôt des phénomènes d'arrêt (comme on l'observe, par exemple, après l'introduction de vapeurs irritantes dans le nez).

Il n'est pas inutile non plus de signaler les expériences de Stricker (9), qui a démontré, à l'aide de l'antiarine et de sections successives, l'existence de centres vaso-moteurs dans toute l'étendue du système cérébro-spinal, et qui a constaté, avec Basch et OErtel, à la suite d'un travail exagéré, comme à la suite d'une excitation du corps strié et de la région motrice de l'écorce, une élévation de la pression sanguine.

(*A suivre.*)

(1) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 475.
(2) (3) *Wien. med. Blætt.*, 1885, 749. — *Centr. f. klin. Med.*, 1885, n° 20 *bis*, 46.
(4) *Sem. méd.*, 1885, 204.
(5) *Un. méd.*, 1885, II, 538.
(6) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 204.
(7) *Wien. med. Blætt.*, 1885, 721. — *Centr. f. klin. Med.*, 1885, n° 20 *bis*, 38. — *Prag. med. Woch.*, 1885, 270.
(8) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 474. — *Berl. klin. Woch.*, 1886, 297. — *Sem. méd.*, 1886, 160.
(9) *Sem. méd.*, 1886, 56. — Voir aussi : FRANCK, *Sem. méd.*, 1885, 219 et 224.

©BIU Santé

Calendrier de grossesse (1)

Par M. le docteur Stapfer, ex-chef de clinique d'accouchements.

Les lecteurs de l'*Union* nous demandent souvent des choses pratiques.

Nous publions ce calendrier qui rendra de véritables services au praticien, en lui évitant un petit calcul toujours fastidieux et souvent mal fait.

Quelques médecins penseront qu'on a déjà publié des calendriers de ce genre, plus compliqués que le petit calcul lui-même, partant, peu utiles, et qu'en définitive il est plus simple de faire le petit calcul.

Notre calendrier n'est pas compliqué. Il se lit comme un almanach. Telle est notre réponse à la première objection. Quant à la seconde, tirée de la simplicité du calcul à faire, tout dépend du calcul qu'on fait.

Il est une première façon de compter tout à fait élémentaire, dont la conversation suivante donnera l'idée.

— Quand avez-vous eu vos règles pour la dernière fois ?

— Le 25 avril.

— 25 avril, 25 mai, *un*, — 25 mai, 25 juin, *deux*, etc., etc., répond le docteur qui compte à haute voix ou *in petto*. Arrivé au 25 janvier et au neuvième doigt, il note cette date comme devant être celle de l'accouchement ou à peu près. D'autres médecins, plus avisés, s'arrêtent au troisième doigt, parce qu'ils comptent en arrière pour aller plus vite. Ils disent :

25 avril, 25 mars, — 25 mars, 25 février, — 25 février, 25 janvier, et voilà la date, car, l'année ayant 12 mois et la grossesse 9, il suffit de retrancher 3 mois pour trouver le terme de la gestation.

Cela est, je le répète, bien élémentaire. Notons, cependant, que souvent le praticien s'embrouille, et qu'ennuyé de s'embrouiller dans un calcul *aussi simple*, il finit par demander à sa cliente :

— Quand comptez-vous accoucher?

Celle-ci fixe une date que son docteur accepte. De là, toutes sortes d'erreurs plus ou moins préjudiciables. En somme, mauvaise façon de calculer l'âge de la grossesse. Un médecin consciencieux ne saurait s'en contenter. Elle l'expose, lui tout le premier, à de gros ennuis.

D'autres praticiens s'informent de la durée ordinaire des règles. La femme dit qu'elle perd habituellement pendant huit jours; ils ajoutent huit à la date du début et font leur calcul. Cela est encore insuffisant. Une femme, qui dit qu'elle perd pendant huit jours, ne perd que pendant sept jours, comme l'a fait remarquer P. Dubois, car pour tout le monde huit jours valent une semaine, et celle-ci n'est pourtant composée que de sept jours.

D'autres accoucheurs, pour plus d'exactitude, prennent une moyenne. La date de la conception étant incertaine, et la fécondation se faisant soit après la dernière époque menstruelle, soit avant la première disparition, soit dans la période intercalaire, ils comptent neuf mois à dater de la fin des dernières règles et ajoutent quelques jours pour avoir la date probable de l'accouchement. Cette manière classique de compter est fort utile dans la pratique hospitalière. Les résultats sont suffisants. On ne peut le plus souvent en avoir de plus rigoureux, car les renseignements d'une femme du peuple sont d'ordinaire assez vagues. Elle ne tient pas note de ses époques. Dans la pratique urbaine, il faut plus de précision. Les femmes fournissent tous les renseignements désirables, font leurs calculs elles-mêmes, et, toujours pressées d'en finir, sont disposées à devancer en imagination le terme de leur grossesse. Elles viennent consulter, enchantées de faire consacrer leur involontaire erreur par l'autorité médicale. Celle-ci doit rectifier, s'il y a lieu, leur manière de compter, et c'est rendre aux femmes un service dont elles sont en définitive reconnaissantes, que de leur faire envisager la perspective

(1) Nous avons pensé être agréables à nos lecteurs en leur donnant le calendrier de grossesse que M. Stapfer a dressé avec soin et qui, encarté dans le journal comme *Supplément*, pourra être facilement conservé. (*N. de la R.*)

©BIU Santé

d'une prolongation qui ne les expose à aucun danger et exerce seulement leur patience.

Nous ne pouvons pas dire à une femme avec certitude quel jour elle accouchera. Il y a environ vingt jours d'incertitude. Nous pouvons seulement — et c'est quelque chose — fixer à peu près les termes extrêmes de cette période et indiquer deux dates, l'une est la date prochaine, ou date probable des auteurs, l'autre est la date extrême, qu'il importe de fixer, à mon sens, et pour la détermination de laquelle j'ai fait ce calendrier. C'est la date sur laquelle les femmes ne comptent jamais, qu'elles acceptent avec un sourire d'incrédulité, et qu'elles atteignent assez souvent, à leur grande terreur si elles n'ont pas été prévenues, car elles croient à une grossesse prolongée, et au grand ennui du médecin accusé de ne pas savoir son métier puisqu'il a fixé une date plus rapprochée.

J'ai donc essayé de fixer ces deux dates sur le calendrier que nous offrons aux lecteurs de l'*Union*.

Toutes deux sont calculées d'après la disparition des règles *normales*. Lorsqu'une femme n'est pas réglée ou mal réglée, on en est réduit, sauf dans certains cas fort rares, à se fier aux premiers mouvements actifs du fœtus et les chances d'erreur sont grandes.

Pour fixer avec une précision suffisante la date extrême, je me suis servi des diverses tables publiées par les auteurs français et étrangers et d'observations personnelles en nombre suffisant pour me donner quelque confiance dans le chiffre obtenu, quitte à rectifier plus tard ce chiffre s'il y a lieu. Ce chiffre est 294. Il est exceptionnel que l'accouchement se fasse après le 294e jour écoulé depuis la cessation des règles.

J'ai vu le 306e jour dépassé par une femme qui accoucha naturellement d'un très bel enfant et le 309e jour atteint dans un cas de pseudencéphalie. Le corps de l'enfant était volumineux et il n'y avait pas excès de tension de l'utérus par hydramnios.

Le point de départ du calcul est le suivant : On compte *un* du lendemain du dernier jour des règles *normales*, c'est-à-dire égales en quantité et qualité aux règles habituelles.

Pour fixer la date prochaine, ou probable des auteurs, j'ai adopté la méthode du professeur Tarnier : Neuf mois plus cinq jours. Le point de départ est le même, et le calcul est, cela va sans dire, comme pour la date extrême, fait par jour, car les mois ne sont pas tous égaux et leur alternance n'est pas régulière. La date prochaine ou probable est donc le 275e jour en comptant du lendemain du dernier jour des règles normales.

Le calendrier est de lui-même très clair. Il n'y a qu'à lire, mais, pour en expliquer nettement l'usage, je ne saurais mieux faire que de supposer une conversation entre l'accoucheur et la femme enceinte. On va voir que je mets les points sur les *i*.

Quand avez-vous eu vos règles pour la dernière fois ?

— Au commencement de janvier.

— Quand ont-elles fini ?

— Le 4 janvier.

— Perdiez-vous encore le 4 janvier?

— Oui.

— Et le 5?

— Non, je ne perdais plus.

— Vous en êtes bien certaine?

— Tout à fait certaine.

— Vous aviez eu vos règles comme vous les avez d'habitude? Même abondance et bien rouges?

— Oui, comme d'habitude.

— A votre idée, quand croyez-vous accoucher?

— Du 5 au 15.

L'accoucheur prend alors le calendrier, cherche la colonne de janvier marquée R. T., ce qui signifie *Règles terminées*, et s'arrête à la date du 5; puis il lit à haute voix les deux dates qui font suite sur la même ligne et sur deux colonnes, marquée l'une D. P. ou date prochaine, l'autre D. E. ou date extrême : 6 *oct.* 25 *oct.*

©BIU Santé

Vous n'accoucherez *peut être* que le 25.

— Comment! si tard! C'est impossible.

— Il est certainement possible que l'accouchement se fasse le 25. Je ne puis fixer une date précise dans cette période du 6 au 25 oct.; mais ne croyez pas que les choses ne soient pas normales, si vous n'accouchez que le 25. *Sachez même que ces deux dates peuvent être l'une un peu devancée, l'autre un peu dépassée*, sans aucun inconvénient pour vous ni pour votre enfant.

BIBLIOTHÈQUE

PROLIFÉRATION DE LA CELLULE PAR KARYOKINÈSE, par M. Paul GILIS. — Paris, 1886; Lecrosnier.

Le phénomène capital de la biologie cellulaire est la prolifération des éléments anatomiques primordiaux. Il domine toute leur histoire, et, depuis longtemps, a été mis à l'étude par les histologistes qui, unanimement, en reconnaissent l'importance.

Deux modes de prolifération sont admis : la prolifération par *division directe* du noyau et segmentation du corps cellulaire; la prolifération par *division indirecte* dans laquelle cette segmentation est précédée de mouvements du noyau et de l'apparition dans son épaisseur de filaments disposés en forme de figures.

Le procédé de la division directe est exceptionnel et chaque jour cède la place à celui plus général de la division indirecte. M. Gilis a été appelé à étudier ces métamorphoses cellulaires dans sa thèse d'agrégation, et cette discussion fait l'objet de la brochure actuelle.

A cet effet, il considère d'abord la cellule en repos, puis les figures successives du noyau en évolution ou *figures karyokynétiques*, et termine en montrant la nature, le caractère et l'importance de ce processus anatomique.

Au reste, ces questions sont encore fort obscures ; le mécanisme intime de ces curieux phénomènes échappe aux observateurs les plus habiles et donne lieu à des hypothèses que l'auteur passe en revue pour aboutir à des conclusions fort réservées.

Ce mémoire intéresse donc les anatomistes et les histologistes et compte au nombre des meilleurs travaux du dernier concours d'agrégation. — Ch. E.

GUIDE DES MÈRES ET DES NOURRICES, par E. PÉRIER. — Paris, 1886; J. Baillière.

L'auteur de ce petit livre n'a pas voulu, écrit-il dès la première page, faire un livre de science. Il s'adresse peu au médecin, par conséquent, et beaucoup plus « aux femmes déjà mères et à celles qui vont le devenir ». Aux unes, il donne des conseils sur les soins de la grossesse et l'art de mener à terme le produit de la conception. Aux secondes, il enseigne l'hygiène de la nourrice au point de vue de la santé future des enfants.

Le point de vue auquel M. Périer s'est placé ne manque donc pas d'originalité. D'autre part, il a voulu être complet, et, dans ce but, il aborde une question délicate : celle des soins à donner d'urgence en attendant le médecin. De plus, il trouve sur son chemin des erreurs populaires et des préjugés rebelles contre lesquels il s'élève, qu'il combat et qu'il espère bien vaincre.

On le voit, la pensée est généreuse, et l'auteur prend soin de le déclarer : « Il serait « heureux si la lecture de ces pages pouvait..... augmenter les éléments de vitalité « parmi les jeunes êtres qui ont droit à la sollicitude la plus tendre et qui doivent plus « tard contribuer au développement et à la prospérité de notre pays. »

Rien ne manque donc : après les considérations scientifiques, la note patriotique. Les bonnes intentions de notre confrère obtiendront sans doute gain de cause auprès des Sociétés protectrices de l'enfance. — Ch. E.

©BIU Santé

UNION MÉDICALE

CALENDRIER SERVANT A FIXER LE TERME DE LA GROSSESSE

Supplément du 22 février 1887.

Par H. STAPFER.

R. T. — JANV.	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — FÉVR.	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — MARS	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — AVRIL	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — MAI	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — JUIN	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — JUILLET	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — AOÛT	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — SEPT.	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — OCTOB.	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — NOV.	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.	R. T. — DÉC.	ACCOUCHEMENT D. P.	ACCOUCHEMENT D. E.
1	2 *oct.*	21 *oct.*	1	2 *nov.*	21 *nov.*	1	30 *nov.*	19 *déc.*	1	31 *déc.*	19 *janv.*	1	30 *janv.*	18 *fév.*	1	2 *mars*	21 *mars*	1	1 *avril*	20 *avril*	1	2 *mai*	21 *mai*	1	2 *juin*	21 *juin*	1	2 *juil.*	21 *juil.*	1	2 *août*	21 *août*	1	1 *sept.*	20 *sept.*
2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	1 *déc.*	20 —	2	1 *janv.*	20 —	2	31 —	19 —	2	3 —	22 —	2	2 —	21 —	2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	2 —	21 —
3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	2 —	21 —	3	2 —	21 —	3	1 *fév.*	20 —	3	4 —	23 —	3	3 —	22 —	3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	3 —	22 —
4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	3 —	22 —	4	3 —	22 —	4	2 —	21 —	4	5 —	24 —	4	4 —	23 —	4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	4 —	23 —
5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	4 —	23 —	5	4 —	23 —	5	3 —	22 —	5	6 —	25 —	5	5 —	24 —	5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	5 —	24 —
6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	5 —	24 —	6	5 —	24 —	6	4 —	23 —	6	7 —	26 —	6	6 —	25 —	6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	6 —	25 —
7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	6 —	25 —	7	6 —	25 —	7	5 —	24 —	7	8 —	27 —	7	7 —	26 —	7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	7 —	26 —
8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	7 —	26 —	8	7 —	26 —	8	6 —	25 —	8	9 —	28 —	8	8 —	27 —	8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	8 —	27 —
9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	8 —	27 —	9	8 —	27 —	9	7 —	26 —	9	10 —	29 —	9	9 —	28 —	9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	9 —	28 —
10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	9 —	28 —	10	9 —	28 —	10	8 —	27 —	10	11 —	30 —	10	10 —	29 —	10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	10 —	29 —
11	12 —	31 —	11	12 —	1 *déc.*	11	10 —	29 —	11	10 —	29 —	11	9 —	28 —	11	12 —	31 —	11	11 —	30 —	11	12 —	31 —	11	12 —	1 *juil.*	11	12 —	31 —	11	12 —	31 —	11	11 —	30 —
12	13 —	1 *nov.*	12	13 —	2 —	12	11 —	30 —	12	11 —	30 —	12	10 —	1 *mars*	12	13 —	1 *avril*	12	12 —	1 *mai*	12	13 —	1 *juin*	12	13 —	2 —	12	13 —	1 *août*	12	13 —	1 *sept.*	12	12 —	1 *oct.*
13	14 —	2 —	13	14 —	3 —	13	12 —	31 —	13	12 —	31 —	13	11 —	2 —	13	14 —	2 —	13	13 —	2 —	13	14 —	2 —	13	14 —	3 —	13	14 —	2 —	13	14 —	2 —	13	13 —	2 —
14	15 —	3 —	14	15 —	4 —	14	13 —	1 *janv.*	14	13 —	1 *fév.*	14	12 —	3 —	14	15 —	3 —	14	14 —	3 —	14	15 —	3 —	14	15 —	4 —	14	15 —	3 —	14	15 —	3 —	14	14 —	3 —
15	16 —	4 —	15	16 —	5 —	15	14 —	2 —	15	14 —	2 —	15	13 —	4 —	15	16 —	4 —	15	15 —	4 —	15	16 —	4 —	15	16 —	5 —	15	16 —	4 —	15	16 —	4 —	15	15 —	4 —
16	17 —	5 —	16	17 —	6 —	16	15 —	3 —	16	15 —	3 —	16	14 —	5 —	16	17 —	5 —	16	16 —	5 —	16	17 —	5 —	16	17 —	6 —	16	17 —	5 —	16	17 —	5 —	16	16 —	5 —
17	18 —	6 —	17	18 —	7 —	17	16 —	4 —	17	16 —	4 —	17	15 —	6 —	17	18 —	6 —	17	17 —	6 —	17	18 —	6 —	17	18 —	7 —	17	18 —	6 —	17	18 —	6 —	17	17 —	6 —
18	19 —	7 —	18	19 —	8 —	18	17 —	5 —	18	17 —	5 —	18	16 —	7 —	18	19 —	7 —	18	18 —	7 —	18	19 —	7 —	18	19 —	8 —	18	19 —	7 —	18	19 —	7 —	18	18 —	7 —
19	20 —	8 —	19	20 —	9 —	19	18 —	6 —	19	18 —	6 —	19	17 —	8 —	19	20 —	8 —	19	19 —	8 —	19	20 —	8 —	19	20 —	9 —	19	20 —	8 —	19	20 —	8 —	19	19 —	8 —
20	21 —	9 —	20	21 —	10 —	20	19 —	7 —	20	19 —	7 —	20	18 —	9 —	20	21 —	9 —	20	20 —	9 —	20	21 —	9 —	20	21 —	10 —	20	21 —	9 —	20	21 —	9 —	20	20 —	9 —
21	22 —	10 —	21	22 —	11 —	21	20 —	8 —	21	20 —	8 —	21	19 —	10 —	21	22 —	10 —	21	21 —	10 —	21	22 —	10 —	21	22 —	11 —	21	22 —	10 —	21	22 —	10 —	21	21 —	10 —
22	23 —	11 —	22	23 —	12 —	22	21 —	9 —	22	21 —	9 —	22	20 —	11 —	22	23 —	11 —	22	22 —	11 —	22	23 —	11 —	22	23 —	12 —	22	23 —	11 —	22	23 —	11 —	22	22 —	11 —
23	24 —	12 —	23	24 —	13 —	23	22 —	10 —	23	22 —	10 —	23	21 —	12 —	23	24 —	12 —	23	23 —	12 —	23	24 —	12 —	23	24 —	13 —	23	24 —	12 —	23	24 —	12 —	23	23 —	12 —
24	25 —	13 —	24	25 —	14 —	24	23 —	11 —	24	23 —	11 —	24	22 —	13 —	24	25 —	13 —	24	24 —	13 —	24	25 —	13 —	24	25 —	14 —	24	25 —	13 —	24	25 —	13 —	24	24 —	13 —
25	26 —	14 —	25	26 —	15 —	25	24 —	12 —	25	24 —	12 —	25	23 —	14 —	25	26 —	14 —	25	25 —	14 —	25	26 —	14 —	25	26 —	15 —	25	26 —	14 —	25	26 —	14 —	25	25 —	14 —
26	27 —	15 —	26	27 —	16 —	26	25 —	13 —	26	25 —	13 —	26	24 —	15 —	26	27 —	15 —	26	26 —	15 —	26	27 —	15 —	26	27 —	16 —	26	27 —	15 —	26	27 —	15 —	26	26 —	15 —
27	28 —	16 —	27	28 —	17 —	27	26 —	14 —	27	26 —	14 —	27	25 —	16 —	27	28 —	16 —	27	27 —	16 —	27	28 —	16 —	27	28 —	17 —	27	28 —	16 —	27	28 —	16 —	27	27 —	16 —
28	29 —	17 —	28	29 —	18 —	28	27 —	15 —	28	27 —	15 —	28	26 —	17 —	28	29 —	17 —	28	28 —	17 —	28	29 —	17 —	28	29 —	18 —	28	29 —	17 —	28	29 —	17 —	28	28 —	17 —
29	30 —	18 —				29	28 —	16 —	29	28 —	16 —	29	27 —	18 —	29	30 —	18 —	29	29 —	18 —	29	30 —	18 —	29	30 —	19 —	29	30 —	18 —	29	30 —	19 —	29	29 —	18 —
30	31 —	19 —				30	29 —	17 —	30	29 —	17 —	30	28 —	19 —	30	31 —	19 —	30	30 —	19 —	30	31 —	19 —	30	1 *juil.*	20 —	30	31 —	19 —	30	31 —	19 —	30	30 —	19 —
31	1 *nov.*	20 —				31	30 —	18 —				31	1 *mars*	20 —	30	31 —	19 —	31	1 *mai*	20 —	31	1 *juin*	20 —				31	1 *août*	20 —				31	1 *oct.*	20 —

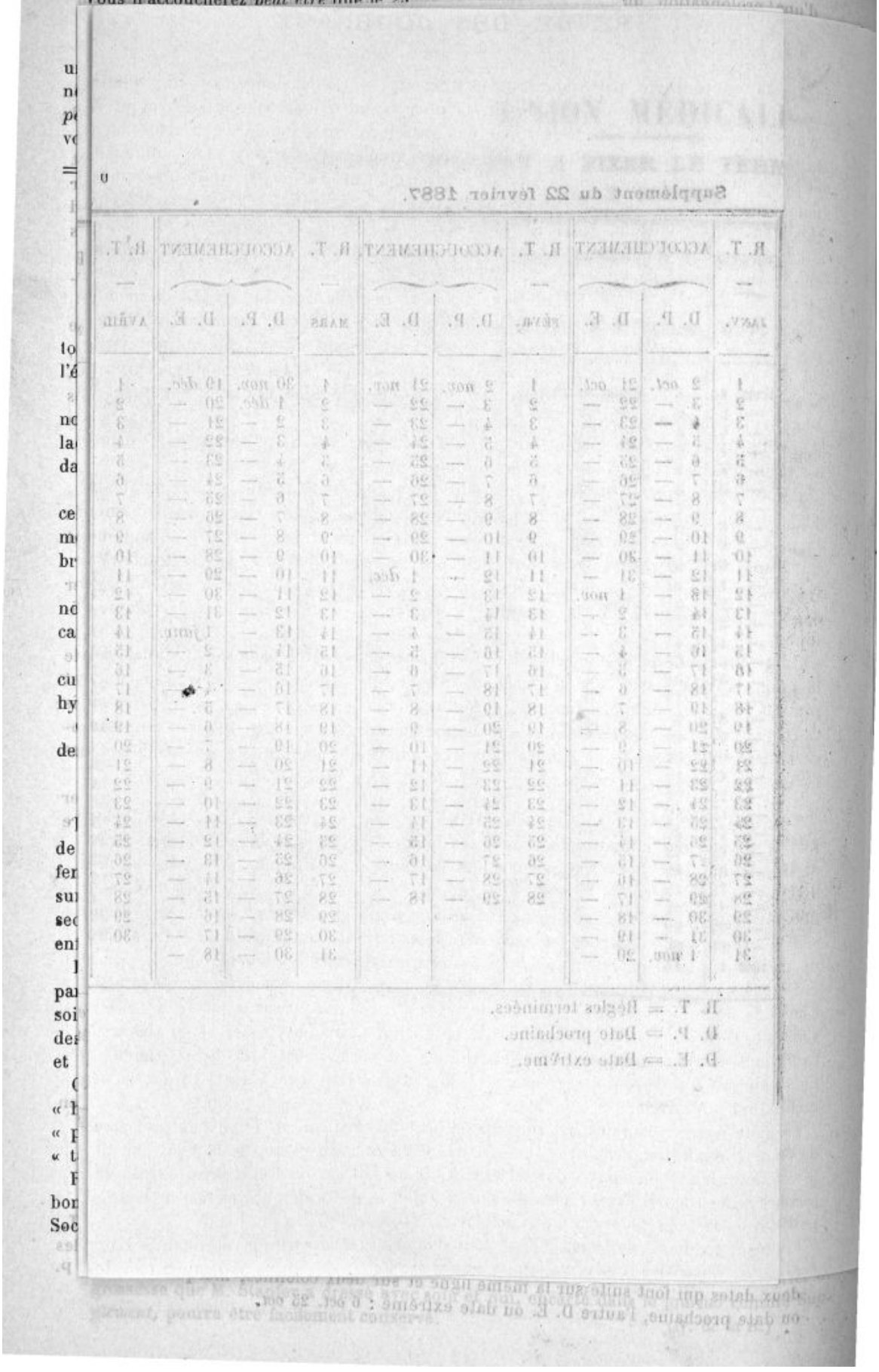
R. T. = Règles terminées.
D. P. = Date prochaine.
D. E. = Date extrême.

Le lendemain du dernier jour des dernières règles normales ayant été, par exemple, le 15 mai, cherchez la colonne MAI R. T., arrêtez-vous à la date du 15. *Les deux dates qui font suite sur la même ligne* vous donnent, l'une la date prochaine D. P. de l'accouchement 13 *fév.*, l'autre la date extrême D. E. 4 *mars*.

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

©BIU Santé

Vous n'accoucherez *peut être* que le 25



©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

De la bactériurie, par Schottelius et Rheinold. — En décembre 1885 était admis à la clinique de Baumler un homme de 45 ans, atteint d'anasarque et présentant des symptômes cardiaques caractérisés par des battements irréguliers, l'augmentation de la matité cardiaque, surtout du côté droit, l'accentuation du deuxième ton pulmonaire, et enfin un bruit de souffle de la pointe, non permanent; en même temps, albuminurie notable. Au bout de quelques jours de repos au lit, l'anasarque et l'albuminurie disparaissaient sans médication particulière.

La particularité intéressante de cette observation, c'est que l'urine fourmillait de bacilles; elle restait, de ce fait, trouble après deux et trois filtrations, malgré la chaleur et l'adjonction d'un acide. L'ébullition et l'acide nitrique n'arrivaient qu'à en modifier légèrement la couleur, sans obtenir la transparence. D'ailleurs, aucun autre élément dans l'urine révélant une maladie des reins; rien accusant une myélite ou une cystite; on n'avait seulement trouvé que quelques globules de pus; mais le malade n'éprouvait aucune douleur dans la miction. L'examen microscopique du sang restait négatif, et les tentatives de culture étaient stériles.

D'autre part, le malade n'avait jamais eu d'uréthrite; pas de phimosis, point d'abcès au voisinage des voies urinaires; comme unique antécédent, une rougeole.

Les auteurs eurent l'occasion de suivre de nouveau le malade, qui rentrait à l'hôpital, au bout d'un mois d'absence, pour des accidents semblables à ceux qui l'avaient amené la première fois : désordres du côté du cœur, anasarque, albuminurie, tous symptômes qui disparurent après quelques jours de repos, et sous l'influence de la digitale. Mais les urines présentaient la même teneur en bacilles que ci-devant. Cette fois, on parvint à obtenir des cultures dans la gélatine, l'agaragar, le sérum sanguin, sur la pomme de terre.

On pratiqua une série d'injections de ce schizomycète, par la voie sous-cutanée, dans le sang, dans la vessie, sur des cochons d'Inde, des lapins, des souris, sans aucun résultat. Chez les animaux sacrifiés après une injection vésicale, on ne retrouva plus trace des cultures dans la vessie. Le malade est encore en traitement pour sa maladie de cœur, et ne cesse pas de rendre dans ses urines d'innombrables organismes, dont l'origine est toujours aussi obscure. (*Centralbl. f. Klin. Med.*, 1886, 37.) — R. L.

Traitement de la néphrite scarlatineuse, par Atkinson. — Quoique la néphrite scarlatineuse survienne aussi bien dans les formes légères que dans les formes graves de la maladie, dans les cas où le malade s'est tenu soigneusement à l'abri des refroidissements que dans les cas où il a commis des imprudences, il n'est pas moins démontré que l'exposition hâtive aux vicissitudes atmosphériques et les fautes de régime sont les causes occasionnelles les plus fréquentes de cette complication. Le convalescent de scarlatine doit donc éviter avec soin toute cause de refroidissement; dans les cas les plus légers même, il est prudent de garder le lit au moins une semaine après la cessation de la fièvre et de ne pas permettre de quitter la chambre avant la fin de la troisième semaine. On n'autorisera l'exercice en plein air que dans les limites où la saison, les conditions thermométriques et barométriques le permettront; les bains chauds ou tièdes journaliers peuvent être continués, dans la convalescence, jusqu'à ce que la desquamation soit achevée.

La diète lactée rigoureuse est considérée par Jaccoud comme le plus sûr préservatif de toute complication rénale; et la néphrite déclarée, c'est encore le lait qui constitue le meilleur mode diététique de traitement. Si le lait ne peut être administré, on a recours à des soupes légères associées aux féculents, de préférence au thé de bœuf; le petit-lait et le fromage blanc sont également autorisés.

Contre l'accident confirmé, donner tout d'abord un cathartique et un hydragogue énergiques comme la poudre de jalap composée : de 5 à 20 grains pour un enfant, tous les soirs, ou de deux soirs l'un; 1 drachme dans les mêmes conditions pour un adulte. Pour exciter la diaphorèse, enveloppement dans la flanelle, mouillée ou à sec, aussi

©BIU Santé

chaude qu'on pourra la tolérer; bain de vapeur ou bain d'air chaud; ou grand bain d'une demi-heure par la méthode de Liebermeister, c'est-à-dire en augmentant graduellement la température de 36° à 40° C. Ce traitement par la sudation est d'ailleurs à surveiller s'il existe une maladie du cœur ou du poumon.

L'emploi des diurétiques proprement dits demande une grande circonspection : il s'agit de ne pas exposer un organe déjà malade à une suractivité fonctionnelle excessive pour ses moyens; le genièvre jouit d'une grande faveur à cet égard, et surtout la digitale. Dans l'hydropisie scarlatineuse, on peut prescrire les sels de potasse, citrate, acétate, bitartrate et carbonate.

Le jaborandi est réservé aux cas graves où il existe une menace d'urémie. Lewis Smith et Hirschfield s'en louent beaucoup. Contre l'éclampsie urémique, il faut donner le chloral à hautes doses, au besoin; si le malade ne peut plus avaler, par injections sous-cutanées ou par la voie rectale.

Quand la convalescence s'établit, le fer trouve son indication et comme hématogène, et comme diurétique encore à un certain degré. La teinture de chlorure de fer ou la mixtion d'acétate d'ammoniaque et de fer rendent de grands services. On a aussi employé la quinine dans les mêmes circonstances.

Enfin, le traitement local ne doit pas être négligé pendant la période aiguë : si la fièvre est intense, le pouls plein, la douleur lombaire vive, l'indication des sangsues ou des ventouses est formelle, comme l'application de cataplasmes et de sinapismes. La paracentèse sera commandée par l'abondance de l'ascite; l'évacuation du liquide péritonéal peut n'être pas sans influence sur le rétablissement de la fonction rénale troublée par la compression. (*The American J. of the med. Sciences,* 1886, 183.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Rapport sur une observation de hernie étranglée avec réduction en masse de la hernie et du sac herniaire; laparotomie; guérison. — Vaste collection purulente de la fesse traitée et guérie par la ponction suivie d'une injection d'éther iodoformé; discussion. — Observations de cystite purulente traitée avec succès par la taille vésico-vaginale. — Observation d'étranglement interne traité avec succès par la laparotomie. — Rectification.

M. Terrier fait un rapport verbal sur une observation de hernie étranglée, avec réduction en masse, opérée avec succès par M. le docteur Poisson, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

M. Poisson fit une incision latérale au niveau du siège de la hernie, et rencontra le sac qui avait été réduit en masse en même temps que l'anse herniée. Le collet du sac fut débridé et le sac largement ouvert. Heureusement l'anse intestinale était simplement congestionnée sans ulcération ni sphacèle. Le résultat de l'opération fut excellent; les accidents cessèrent et le malade fut complètement guéri, malgré une bronchopneumonie survenue quelques jours après l'opération, et due à un refroidissement.

— M. Trélat communique un fait qui n'a pas, dit-il, une grande importance par lui-même, mais qui pourrait peut-être conduire à une modification heureuse du traitement des collections purulentes en général.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, d'une belle constitution, qui entra à l'hôpital pour un abcès très étendu de la fesse gauche, ayant les apparences d'un abcès froid, bien que ni l'état général de la malade, ni l'état local ne permissent de soupçonner une cause tuberculeuse. Il n'était possible de découvrir aucune lésion osseuse ni dans la hanche, ni dans la colonne vertébrale, ni dans le bassin.

En remontant dans les antécédents de la malade, on ne trouvait qu'une fièvre typhoïde survenue à dix-huit mois de date. On était donc amené à poser le diagnostic d'abcès nécrobiotique consécutif à l'altération vitreuse que subissent les fibres musculaires à la suite de la fièvre typhoïde.

©BIU Santé

M. Trélat se demanda s'il ne serait pas possible d'appliquer à cet abcès le traitement que les chirurgiens ont l'habitude aujourd'hui de réserver pour les collections purulentes de nature tuberculeuse et de pratiquer dans le foyer des injections d'éther iodoformé. Il pratiqna dans la tumeur une ponction qui donna issue à 450 grammes de pus et y injecta environ 90 grammes d'éther iodoformé.

Les suites de cette petite opération furent très simples; la jeune fille n'éprouva aucune espèce d'accidents; on lui fit porter pendant quelques jours un bandage protecteur, sous lequel l'oblitération de cette vaste poche s'effectua d'une manière complète. Après un mois, pendant lequel la malade fut tenue en observation, elle quitta l'hôpital ne présentant plus aucun vestige de cette vaste collection.

Les résultats heureux qu'il a obtenus chez cette malade par les injections d'éther iodoformé, ont suggéré à M. Trélat l'idée que ce traitement, habituellement réservé aux abcès tuberculeux, pourrait avec quelque chance de succès être appliqué aux abcès simples dont on pourrait ainsi obtenir la guérison à l'aide d'une simple ponction suivie d'une injection d'éther iodoformé. Ce serait un pas de plus dans la voie où l'on est entré aujourd'hui, de la simplification croissante de la thérapeutique chirurgicale.

M. Terrier trouve dans la communication de M. Trélat deux points qui lui paraissent être en désaccord avec les idées généralement acceptées en chirurgie. Le premier point est qu'il existe, suivant M. Trélat, des abcès froids qui ne sont pas tuberculeux. Le second est que M. Trélat propose pour ces abcès un mode de traitement que l'on n'emploie d'habitude que dans les abcès froids de nature tuberculeuse. Dans les deux cas, l'iodoforme agirait à la face interne de la paroi de la poche purulente, comme le fait le pansement à l'iodoforme à la surface des plaies, c'est-à-dire qu'il modifierait cette paroi, y détruirait les microbes et empêcherait leur multiplication.

Il faudrait d'abord chercher si les abcès froids ne peuvent guérir par la simple ponction sans injection d'aucune sorte. Chez un jeune homme qui avait un abcès froid probablement de nature tuberculeuse, bien que l'état général ne laissât rien à désirer, M. Terrier a fait une simple ponction qui a suffi pour guérir le malade.

M. Marc Sée demande si l'on a cherché suffisamment, chez la jeune fille de M. Trélat, quelque lésion osseuse, et si l'examen microscopique du pus a été fait au point de vue de l'existence possible des bactéries?

M. Championnière estime qu'avant d'adopter la pratique de M. Trélat et de l'étendre aux abcès chauds, il faudrait d'abord prouver que l'éther iodoformé est un bon topique. L'emploi qu'il a fait, pour sa part, de cet agent lui a montré dans les résultats une irrégularité extrême; souvent les efforts sont nuls, parfois ils dépassent ceux qu'on recherche, toujours les injections d'éther iodoformé constituent un traitement long et douloureux. M. Championnière ne comprend pas quel intérêt il pourrait y avoir à l'appliquer aux abcès chauds qui guérissent si facilement par première intention à la suite de l'incision antiseptique.

M. Le Dentu fait observer que la thérapeutique est déjà armée de puissants moyens pour modifier les parois d'un abcès et tarir la sécrétion purulente. M. Gosselin nous a appris à nous servir de l'alcool, et nous avons, en outre, le chlorure de zinc concentré qui tarit avec une extrême rapidité les foyers purulents. En ce qui concerne l'éther iodoformé, M. Le Dentu a vu des résultats très variables de l'emploi de cet agent. Tantôt il provoque une inflammation plus ou moins vive, tantôt ses effets sont absolument nuls. Mieux vaut recourir aux agents dont il vient d'être question et dont l'action est moins infidèle. M. Le Dentu peut citer trois observations d'abcès ganglionaires dont l'un contenait jusqu'à 600 grammes de pus guéris par la ponction aidée d'une compression méthodique. Quant aux abcès chauds, l'incision suivie d'une injection modificatrice d'alcool ou de chlorure de zinc lui paraît de beaucoup préférable aux injections d'éther iodoformé.

M. Reclus n'a jamais pratiqué d'injection d'éther iodoformé dans des abcès chauds, mais il a expérimenté ce traitement dans plusieurs cas d'abcès froid, et il a été plus heureux que ses collègues, MM. Championnière et Le Dentu. Les résultats ont été très

©BIU Santé

favorables et il n'y a pas eu d'accidents. En général, au bout de huit jours après l'injection, il se produit une petite perforation spontanée de la poche qui donne issue à tout le liquide de la collection, et la guérison ne tarde pas à être complète. M. Reclus croit devoir insister, après MM. Verneuil et Verchère, sur la rapidité avec laquelle s'effectue la guérison des abcès froids à la suite des injections d'éther iodoformé, au lieu de ces fistules intarissables que l'on voit trop souvent survenir.

M. Berger a pratiqué bien des fois les injections d'éther iodoformé dans les abcès ossifluents résultant de lésions tuberculeuses du système osseux, et il n'a obtenu qu'une seule guérison complète à l'aide de ce moyen. A côté de ces faits, il peut citer d'autres cas d'abcès non manifestement tuberculeux, il est vrai, qui ont guéri radicalement et promptement par la simple ponction. Quant aux abcès chauds, M. Berger ne saurait se prononcer, n'ayant pas d'expérience propre, mais il déclare qu'il serait plus hésitant, dans l'emploi de l'éther iodoformé, que pour les abcès froids tuberculeux ou non.

M. Trélat répond que le fait qu'il a communiqué n'a aucun rapport avec ceux que viennent de citer ses collègues. Il n'ignore pas qu'il existe des cas de guérison d'abcès tuberculeux par la simple ponction et que les abcès chauds guérissent par la simple incision. Mais la plus belle des incisions faite par le plus habile des chirurgiens laissera toujours une cicatrice qu'il est bon, au point de vue esthétique, d'éviter à une jeune fille. M. Championnière exagère, d'ailleurs, quand il présente le traitement par les injections d'éther iodoformé comme étant long, pénible et douloureux. M. Trélat n'a rien vu de semblable. Quant à la recherche de la lésion osseuse qui aurait pu donner naissance à l'abcès de sa jeune malade, M. Trélat déclare de nouveau qu'elle a été faite avec tout le soin possible.

En résumé, M. Trélat est venu apporter à ses collègues de la Société de chirurgie un cas d'abcès d'un volume considérable traité et guéri par la simple ponction suivie d'une injection d'éther iodoformé ; il ne prétend pas en conclure qu'il faille substituer ce mode de traitement aux autres moyens actuellement en usage.

— M. Le Dentu communique deux observations de taille vésico-vaginale pratiquée dans le but de remédier à des accidents de cystite purulente. Ces observations remontent à la fin de l'année 1885.

La première est relative à une malade âgée de 47 ans qui avait depuis longues années une cystite purulente avec cystalgie intense, rebelle à tous les moyens thérapeutiques. M. Le Dentu commença par lui faire subir le traitement de la cystite sans aucun résultat, puis il lui proposa l'opération de la taille vésico-vaginale dans le but de créer une ouverture fistuleuse qui serait plus tard, en temps opportun, fermée par la suture.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'opération les douleurs persistèrent, mais, au bout de trois semaines, l'amélioration s'accentua très nettement ; la malade ne souffrait plus et ses urines étaient devenues claires. M. Le Dentu la garda dans son service pendant six mois sans tenter la suture de la fistule. L'état général de la malade était devenu excellent, le teint était rosé, elle avait pris de l'embonpoint. Au bout des six mois la fistule a été refermée par la suture, et aujourd'hui la guérison est complète, saûf que les envies d'uriner sont encore un peu fréquentes, mais non douloureuses.

Dans le second cas, les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants, bien qu'ils aient été assez bons au point de vue de la douleur, qui a beaucoup diminué, et des urines qui sont devenues moins troubles ; mais l'observation est incomplète et la fistule n'a pu encore être fermée.

La technique de l'opération est des plus simples : incision de trois à quatre centimètres sur conducteur fenêtré ; suture rudimentaire des bords de l'incision de la muqueuse vaginale aux lèvres de l'incision-vésicale, avec quelques fils de catgut. Aucun corps étranger ni tube à drainage, ni bouton n'est interposé entre les lèvres de l'incision qui ne manifeste aucune tendance à se refermer, si bien que la fistule demeure ouverte jusqu'à ce que le chirurgien juge opportun de l'oblitérer par la suture.

— M. le docteur Le Bec donne lecture d'une observation de tuberculose péritonéale simulant l'étranglement interne et traitée avec succès par la laparotomie. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission. — A. T.

©BIU Santé

Rectification. — M. Pozzi nous prie de rectifier un point signalé dans son observation d'opération d'Alexander de la dernière séance.

M. Pozzi a laissé dans l'utérus un petit pessaire à tige (clou de Courty) durant *quinze jours* seulement après l'opération, afin de bien assurer la nouvelle position (antéversion) donnée à l'utérus. Le pessaire a été parfaitement toléré pendant ce temps, il a été retiré ensuite et la nouvelle situation donnée à l'utérus est encore la même qu'après l'opération de raccourcissement des ligaments ronds, il y a quatre mois.

FORMULAIRE

INHALATIONS CONTRE LA GANGRÈNE PULMONAIRE. — C. Paul.

Acide phénique	100 grammes.
Eau	700 —

Introduisez le tout dans un flacon, dont on fait aspirer les vapeurs aux personnes atteintes de gangrène pulmonaire. A l'intérieur, on prescrit l'alcoolature d'encalyptus, à la dose de 2 grammes par jour. — N. G.

COURRIER

La Faculté de médecine de Paris a procédé, dans sa réunion du 10 février, à l'élection d'un membre du Conseil académique. Le dépouillement du scrutin a eu lieu mardi dernier à la Sorbonne. Le nombre des votants étant 29, la majorité 15, M. Brouardel a obtenu 21 voix (élu), M. Jaccoud 5, M. Baillon 1, M. Grancher 1. Il y a eu un bulletin blanc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 15 mars 1877. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année qui doivent fournir un certificat pour prendre la seizième inscription. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits afférents à l'inscription de janvier 1887; 2° les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1886-1887 : ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits réglementaires (40 francs); les élèves obligés, les docteurs et les élèves non obligés autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, du 28 février au 12 mars. Après cette date, nulle ne pourra être admis.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, aura lieu les 17 et 18 avril prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 17 avril :

La séance sera ouverte à deux heures et demie.

1° Allocution du président;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

©BIU Santé

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. de Ranse, membre du Conseil général;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1886, par M. Foville, secrétaire général;

5° Première partie du rapport de M. Bucquoy sur les pensions viagères à accorder en 1877.

A sept heures précises, le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 18 avril :

La séance sera ouverte à deux heures et demie.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale;

3° Deuxième partie du rapport de M. Bucquoy, sur les pensions viagères à accorder en 1887. Discussion et vote des propositions;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1888;

5° Renouvellement partiel du Conseil général. — Membres du Conseil à renouveler : MM. Gallard, décédé, Burdel, Peter, Denucé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles);

6° Examen du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine présenté par le Gouvernement, étude par M. le docteur Riant, membre du Conseil général;

7° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1888.

Congrès français de chirurgie. — La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise), sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (Exploration, extraction, opérations diverses.

2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander. Indications, contre-indications et résultats définitifs).

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes et de la prophylaxie.

Extrait des Statuts. — I. Le Congrès français de chirurgie 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.

III. — Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation.

Extrait du Règlement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un livre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

III. — Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Il doivent joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Adresser toutes les communications et cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

Société de médecine de Saint-Étienne. — Voici la constitution du bureau pour l'année 1887 : Président, M. Courbon; vice-président, M. Kahn; secrétaire, M. Raynaud; vice-secrétaire, M. Convers; bibliothécaire et archiviste, M. Dujol; trésorier, M. Jacob.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. G. Schlemmer : Des théories pathogéniques de l'asthme d'après les travaux allemands. — III. Bibliothèque : Etude expérimentale et clinique sur le chlorure de camphre. — Nouveaux éléments de matière médicale. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 22 février. — La discussion sur la rage a failli se rallumer à l'Académie de médecine, à l'occasion d'une présentation faite par M. Peter, et que nous reproduisons au compte rendu. Le tout s'est borné à une légère escarmouche entre M. Peter et M. Brouardel, qui, en en l'absence de M. Pasteur, veille avec un soin pieux et un zèle infatigable à ce qu'aucune atteinte directe ou indirecte ne soit portée à l'œuvre du maître. M. Brouardel a exprimé le vœu que désormais aucune reprise de la discussion sur la rage ne reparût incidemment, sous une forme ou sous une autre, jusqu'au moment où l'Académie aura jugé opportun de la remettre à son ordre du jour. Le vœu de M. Brouardel, transformé en motion par M. Larrey, mis aux voix par M. le Président, a été adopté à la presque unanimité. Il est probable que l'Académie attendra, pour livrer la grande bataille sur la rage, le retour de M. Pasteur, que M. Brouardel a annoncé pour la fin d'avril; bonne nouvelle, puisqu'elle nous permet de conclure, par une induction légitime, au rétablissement de la santé de l'illustre savant.

La succession du regretté M. Jules Béclard est dès maintenant ouverte à l'Académie. M. le président, au nom du Conseil, en a fait la proposition et l'assemblée l'a votée à l'unanimité. L'élection du nouveau secrétaire perpétuel devra, aux termes du règlement, avoir lieu un mois après la déclaration de vacance. Il est d'usage traditionnel que cette déclaration de vacance n'ait lieu que trois mois après la mort de celui qui doit être remplacé, et ce délai semble imposé par un devoir de convenance et de respect pour la mémoire du membre défunt. Des nécessités d'ordre à la fois administratif et scientifique, ainsi que l'a très bien indiqué M. le président, ont forcé le Conseil à déroger à cette tradition aussi pieuse qu'ancienne, et l'Académie a sanctionné cette dérogation par l'unanimité de son vote. On dit que les compétitions sont dès maintenant en jeu pour briguer ce poste envié. Plusieurs noms ont été mis en avant; nous saurons bientôt ce qui en est si les candidats, suivant l'invitation qui leur a été publiquement adressée par M. le président Sappey, veulent bien se faire connaître.

M. Laboulbène a demandé si les associés libres avaient le droit de prendre part à cette élection ; M. Sappey a répondu que ce droit leur était formellement garanti par le règlement.

Ces arrangements d'ordre intérieur terminés, l'Académie a entendu avec l'attention qu'elle prête et l'intérêt qu'elle prend toujours aux communications de M. Jules Rochard, un rapport de ce savant académicien *sur les abcès du foie*. La méthode antiseptique a transformé aujourd'hui le pronostic et le traitement de cette maladie autrefois si grave et si souvent mortelle. Les larges incisions avec lavages et pansements antiseptiques consécutifs ont été substituées à la ponction, pour le plus grand bien des malades et à la grande satisfaction des chirurgiens. Actuellement, comme l'a très bien fait remarquer M. Trélat, ce mode de traitement est devenu en

©BIU Santé

quelque sorte monnaie courante dans la pratique chirurgicale ; il a été appliqué également avec succès aux kystes du foie.

Un rapport de M. Constantin Paul sur le concours du prix Vulfranc Gerdy, un rapport de M. Maurice Perrin sur une observation de M. Chauvel, du Val-de-Grâce, relative à une opération de résection tibio-tarsienne avec conservation de l'astragale, enfin une *étude sur l'emprisonnement cellulaire*, lue par M. le docteur de Pietra Santa, ont terminé la séance assez bien remplie pour une séance du Mardi-Gras. — A. T.

Des théories pathogéniques de l'asthme (1)

D'APRÈS LES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le docteur G. SCHLEMMER, médecin consultant au Mont-Dore.

II

Éliminant, sous la dénomination de pseudo-asthmes, toutes les dyspnées accompagnées d'accidents nerveux variables (telles que les suffocations cardiaques ou urémiques, l'accélération de la respiration sous l'influence de la peur, l'oppression nocturne résultant d'une intoxication par le CO^2 consécutive à l'obstruction des fosses nasales par des polypes, dans la position horizontale, par exemple), les Allemands s'accordent avec Riegel (2) pour considérer l'*accès d'asthme pulmonaire* comme caractérisé par une *dyspnée subite*, par des *râles sibilants*, par une *expiration difficile et prolongée*, et par une *pneumatose* qui disparaît avec l'accès. Tous s'accordent aussi à reconnaître dans ces accès une névrose des réflexes, avec ou sans altération préalable des organes pulmonaires. — Pour Curschmann (4) et Ungar (3) seulement, il s'agirait, en général, d'une bronchiolite exsudative spéciale, caractérisée par la présence des cristaux phosphatiques et des exsudats spiroïdes ; mais Lévy (5), Popoff (6) et Pel (7) ont montré que ces éléments peuvent manquer dans l'asthme et se rencontrent également ailleurs que dans cette maladie.

Que l'asthme résulte donc d'une névrose limitée à certains réflexes simplement, comme l'indiquent Schmaltz (8), Wille (9), Rossbach (10), Schadewaldt (11), Lublinsky (12), Krause (13) ou qu'il se trouve lié à l'existence d'une

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 février 1887.

(2) *Centr. f. klin. Med.*, 1885, n° 20 *bis*, 38. — Voir aussi : HECKER : *Wien. med. Blætt.*, 1885, 719, et BUTTENWIESER, *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 53.

(3) *Wien. med. Blætt.*, 1885, 721. — *Prag. med. Woch.*, 1885, 270. — *Sem. méd.* 1886, 135.

(4) *Wien. med. Blætt.*, 1885, 749.

(5) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 47. — Voir aussi : LEWY, *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 233.

(6) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 634.

(7) *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 233 et 293.

(8) *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 839.

(9) *Prag. med. Woch.*, 1886, 143. — *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 451. — *Deutsche med. Zeit.*, 1886, 497.

(10) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 345.

(11) *Prag. med. Woch.*, 1886, 144. — *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 497.

(12) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 447. — *Sem. méd.*, 1886, 222.

(13) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 595.

BIU Santé

neurasthénie générale, comme le veulent Heymann (1) et Schæffer (2), — les causes déterminantes (qui sont souvent insignifiantes) ne feraient éclater l'accès, suivant Kochs (3), *que dans le cours d'un état prodromique*, auquel on ne fait guère attention en général parce qu'il est essentiellement complexe et variable, et parce qu'il ne s'accompagne d'aucune dyspnée. Ces symptômes prémonitoires, qui consistent tantôt dans un éréthisme général, tantôt dans une exagération de la faim, dans une sternutation sans cause appréciable, dans des sueurs unilatérales, dans un renforcement des mouvements péristaltiques, etc., indiquent déjà une altération fonctionnelle à laquelle participent le sympathique et le pneumogastrique.

De la pneumatose asthmatique. — Comment se produit maintenant cette pneumatose passagère, qui peut entraîner à la longue, il est vrai, un emphysème véritable, mais qui laisse en général, au moins après les premières attaques, le poumon revenir à son volume primitif une fois l'accès terminé — ce que les Allemands appellent *inflatuation pulmonaire* (Lungenblæhung), et non pas *paralysie pulmonaire* (Lungenlæhmung) comme l'ont imprimé plusieurs journaux d'outre-Rhin? — Rejetant l'ancienne opinion de Romberg (4), qui, à l'exemple de Trousseau, voyait dans l'asthme *simplement un spasme* des muscles bronchiques, et celle de Budd (5), qui admettait une sorte d'état tétanique du diaphragme, A. Frænkel (6) et Ungar (7) se fondent sur l'action que peut exercer encore la volonté sur les mouvements respiratoires pendant l'accès pour repousser absolument l'intervention d'un spasme et pour attribuer la production de la pneumatose uniquement à la propagation d'une *congestion catarrhale*, qui tuméfie la muqueuse des bronches et en rétrécit encore le calibre au moyen de mucosités, dont l'exsudation progressive se révèle à l'auscultation avant même que le malade ait le pressentiment de son accès prochain. Cette théorie (qui rajeunit la doctrine inflammatoire de Floyer (8) et qui peut invoquer pour elle les expériences de Lewachew (9) sur les variations de l'écoulement de la lymphe sous l'influence de l'excitation des nerfs et des modifications corrélatives de la circulation) se rapproche néanmoins, en raison de l'irritabilité nerveuse qu'elle suppose, de la théorie de la *névrose sécrétoire* de Parrot (10) et de la théorie de la *tuméfaction purement vaso-motrice* de Weber et de Stœrk (11). Mais, comme la doctrine exclusive du spasme bronchique ou phrénique, elle est loin d'avoir rallié la majorité des suffrages. L'existence de bronchites évoluant sans asthme chez les sujets asthmatiques lorsqu'ils ne se trouvent pas dans l'état d'irritabilité prodromique étudié par Kochs, et, d'autre part, la rapidité avec laquelle on peut, chez certains sujets, provoquer pendant ce stade une attaque complète à l'aide d'une irritation réflexe, plaident en faveur d'un spasme musculaire surajouté à la névrose vaso-motrice. — Seulement, *consécutivement aux troubles vaso-moteurs*, les uns ad-

(1) *Ibid.*, 495.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 345.
(3) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 689.
(4) *Sem. méd.*, 1885, 135.
(5) *Dict. Dech.*, art. ASTHME, 749.
(6) et (7) *Wien. med. Blætt.*, 1885, 749.
(8) *Dict. Dech.*, art. ASTHME, 746.
(9) *Sem. méd.*, 1886, 267.
(10) *Dict. Dech.*, art. ASTHME, 752.
(11) *Sem. méd.*, 1885, 135.

©BIU Santé

mettent un *spasme des bronches irritées directement* par les cristaux octaèdriques ou par l'âcreté de l'exsudat et comparable à la contraction bronchique qu'ont obtenue Regnard et Loye (1) en excitant directement la surface pulmonaire d'un guillotiné, ou bien un *spasme réflexe* émanant de l'irritation des rameaux nerveux centripètes et aboutissant à la contraction soit des muscles de Reissessen (Langendorff) (2), soit du diaphragme (Bamberger) (3); les autres admettent une excitation directe des centres respirateurs au contact d'un sang déjà insuffisamment reviviflé en raison de la gêne qu'entretiennent dans l'hématose la turgescence bronchique, puis le ralentissement des globules rouges à l'intérieur des capillaires, qui se rétrécissent en s'étirant à mesure que les alvéoles se distendent (Clarck (4), Anderson (5), Baginsky (6), Bœcker (7). — Pour la plupart des auteurs, enfin, l'excitation éventuelle qui sert de cause déterminante provoque *simultanément le spasme musculaire et la dilatation vaso-motrice*.

Dans l'un ou l'autre cas, il s'agit toujours de savoir si l'effet principal du spasme musculaire consiste dans la contraction du diaphragme ou dans celle des muscles bronchiques, et cette question mérite de nous arrêter un instant. Riegel, en excitant le bout central du vague, obtient, il est vrai, une augmentation assez rapide du volume du poumon sans contraction bronchique et due à la seule actiou du diaphragme puisqu'elle n'a pas lieu après la section du phrénique. Mais en faveur de la théorie de Biermer (8) on peut faire valoir les remarques suivantes : 1° La pneumatose aiguë s'obtient également avec contraction des muscles bronchiques au moyen de l'excitation centripète du vague, soit en excitant son bout central (et l'effet suivant Brown-Séquard (9) est alors d'autant plus marqué que le point excité est plus éloigné du bulbe), soit en surchargeant le poumon de CO^2, soit même en injectant dans les vaisseaux pulmonaires une solution de sulfate de soude ; — 2° la pneumatose obtenue par Riegel au moyen de l'excitation réflexe du phrénique diffère de la pneumatose asthmatique en ce qu'elle ne s'accompagne nullement du ralentissement et de la difficulté caractéristiques de l'expiration, dont les efforts pénibles se traduisent, dans l'asthme, par les sibilances expiratoires ; — 3° d'après les expériences de Langendorff et de Seelig (10), un obstacle qui s'oppose à la fois à l'inspiration et à l'expiration, comme le rétrécissement d'un conduit aérifère, produit, ainsi qu'on l'observe dans l'asthme, un ralentissement de l'expiration dû seulement à la difficulté de cette seconde phase respiratoire ; — 4° si dans divers catarrhes bronchiques l'emphysème purement fonctionnel peut se produire (à côté de l'emphysème permanent avec atrophie des parois) en raison des inspirations successives qui préparent l'effort expiratoire destiné non seulement à franchir, mais encore à expulser l'obstacle, — dans

(1) *Un. méd.*, 1885, II, 538.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 819.
(3) *Sem. méd.*, 1885, 135.
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 615.
(5) *Prag. med. Woch.*, 1885, 621.
(6) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 718.
(7) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 528. — *Sem. méd.*, 1886, 250.
(8) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 689. — *Sem. méd.*, 1886, 404. — *Wien. med. Blætt.*, 1886, 1202.
(9) *Un. méd.*, 1885, II, 536. — *Sem. méd.*, 1885, 204.
(10) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 819.

l'asthme, le caractère spasmodique du rétrécissement bronchique, s'ajoutant aux troubles de la sécrétion, explique la brusquerie du début et de la disparition de « l'inflatuation pulmonaire », autrement dit de l'emphysème purement fonctionnel.

On a objecté à cette théorie la diminution de volume que doit subir le poumon par le fait de la contraction des bronches ; mais on peut admettre qu'elle est compensée et au delà par la distension des alvéoles. On lui a reproché encore d'attribuer aux fibres de Reissessen le rôle de muscles expirateurs ou le rôle de muscles destinés à un fonctionnement uniquement pathologique ; or, on peut admettre pour ces muscles un rôle physiologique de régulateurs, qui ne les range ni parmi les muscles expirateurs ni parmi les muscles inspirateurs, et qui consiste à répartir la tension du gaz intrabronchique (comme les muscles artériels répartissent la tension sanguine) tout en protégeant le tissu pulmonaire aussi bien contre la pression expiratoire que contre celle de l'inspiration. — Rien ne s'oppose donc à admettre dans l'asthme, en même temps que les troubles vasomoteurs, un spasme bronchique coexistant avec une contraction phrénique à laquelle peut s'adjoindre encore celle de différents muscles extrinsèques. Et c'est à cette dernière opinion que paraissent aujourd'hui se rallier Biermer, Riegel, Krause, Lublinsky et la plupart des auteurs allemands.

Comme le montre déjà la possibilité des mouvements respiratoires pendant l'accès, il ne s'agit pas d'une tétanisation absolue ; celle du diaphragme en particulier paraît incompatible avec la vie, et d'ailleurs les limites que la percussion permet d'assigner à la sonorité pulmonaire sont variables suivant les individus et suivant l'accès. Une observation personnelle me suggère encore un autre motif d'attribuer au spasme phrénique une importance variable suivant les cas. Si j'ai pu maintes fois observer la flatulence abdominale résultant d'une atonie générale des fibres musculaires du tube digestif qui est très fréquente chez les asthmatiques anciens, j'ai eu récemment l'occasion de constater aussi chez un asthmatique, dans le cours de sa première attaque, un météorisme assez accusé qui disparut à la fin de l'accès *sans émission de gaz* ni par la bouche ni par l'anus, et je suis fort tenté d'accepter ici l'explication qu'adopte Talma (1) pour certains cas de météorisme hystérique : il a remarqué plusieurs fois que le météorisme, disparaissant sous l'influence du chloroforme, se reproduisait ensuite à mesure que s'effectuaient d'abord quatre ou cinq inspirations profondes suivies d'expirations à peu près nulles et à mesure que s'installait à partir de ce moment une respiration purement costale supérieure coïncidant avec une contracture plus ou moins durable du diaphragme. Sans assimiler à l'asthme ces troubles respiratoires hystériques, ne peut-on admettre chez les asthmatiques une répartition variable de l'action réflexe, sinon dans sa distribution topographique, du moins dans son énergie? et ne peut-on expliquer dans certains cas, par la prédominance de la contraction phrénique à quelque phase de l'accès, la soudaineté du météorisme abdominal favorisé ici encore par l'excitation des filets abdominaux du vague, qui d'après les expériences d'Ehrmann (2) pourrait immobiliser les gaz intestinaux préexistants en resserrant par places les fibres circulaires et en relâchant les fibres longitudinales?

(1) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 369.
(2) *Sem. méd.*, 1885, 164.

©BIU Santé

III

Des origines du réflexe asthmatique. — A l'exception de quelques auteurs qui rattachent l'asthme d'une manière constante à une altération fonctionnelle primitive des extrémités nerveuses (comme le fait Schadewaldt (1) pour le trijumeau par exemple), ou à une excitation subjective localisée au bulbe (comme le fait supposer le faux besoin de respirer invoqué par Todd) (2), — la plupart des auteurs allemands regardent comme insuffisamment déterminée encore la part respective qui dans la pathogénie de l'asthme revient aux différentes fibres nerveuses elles-mêmes, ainsi qu'aux divers centres bulbaires et médullaires. Enumérer à ce sujet les diverses opinions émises, ce serait reprendre l'exposé des théories qui ont été mentionnées plus haut ; mais il me paraît utile de dire ici quelques mots sur *l'origine des réflexes asthmatiques.*

En dehors des irritations bronchiques, dont il a été question déjà à l'occasion des théories de Curschmann et d'Ungar notamment, le rôle de la muqueuse *nasale* est devenu le sujet de discussions et de publications allemandes qui méritent d'être résumées ici. Les expériences de Holmgren, de Wegele et de Kratschmer (3) démontrent qu'on peut, en irritant le trijumeau ou sa branche nasale, produire chez l'individu normal un réflexe qui se traduit par des phénomènes expiratoires tels que l'éternuement, la toux, le spasme de la glotte ou l'expiration tétanique ; seul Knoll (4) aurait constaté tantôt cette inhibition de l'inspiration, tantôt un ralentissement de l'expiration. Luchsinger et Gourewitsch (5) ont observé les mêmes réflexes expiratoires sous l'influence de l'irritation du nerf olfactif. D'autre part enfin Jolyet, Laffont et Vulpian (6) ont établi dans le trijumeau l'existence de fibres vasomotrices dont l'excitation augmente la vascularisation des muqueuses labiale, gingivale, géniale, nasale et conjonctivale.

Ces réflexes physiologiques sont loin de pouvoir constituer un accès d'asthme expérimental. Et si Krause a pu établir expérimentalement chez des tabétiques, affectés déjà de névrose sensitive et secrétoire du trijumeau, une relation réflexe entre la muqueuse nasale excitée et le spasme glottique ainsi provoqué, il n'en est plus de même pour l'asthme qui n'est pas une dyspnée quelconque accompagnée d'accidents nerveux. Cependant, à l'exem-

(1) Chez les asthmatiques, d'après Schadewaldt, pendant l'imminence de l'accès l'irritation expérimentale de la muqueuse nasopharyngienne provoque, non plus le réflexe normal de sternutation, mais un réflexe altéré consistant en une toux prémonitoire caractéristique ; pendant l'accès même, l'irritation expérimentale provoquerait moins la toux qu'une augmentation de la crise asthmatique (qu'il considère comme une décharge) ; et, vers la fin de l'accès, le réflexe normal reparaîtrait sous la forme de l'éternûment. La répartition variable des extrémités nerveuses nasopharyngiennes soumises à cette altération fonctionnelle l'amène à comparer ce phénomène de perversion réflexe nasopharyngienne à l'altération variable du réflexe patellaire chez les tabétiques ; comme chez ces derniers l'élongation du sciatique, chez les asthmatiques le traitement nasal ne fournirait, selon lui, que des rémissions, mais jamais de guérison réelle. — *Berl. klin. Woch.*, 1887, 65.

(2) *Dict. Dech.* art. Asthme, 749.

(3) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 497 et 595.

(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 595.

(5) *Deutsch. med. Zeit.*, 497.

(6) *Deutsch. med. Zeit.*, 596.

© U Santé

ple de Ducros, nombre d'auteurs cherchent à rattacher à l'irritabilité spéciale de la muqueuse nasopharyngienne la production de certains cas d'asthme. Chez 16 asthmatiques, Krakauer (1), après l'ablation de polypes nasaux, constata : qu'en touchant avec la sonde la place encore rouge précédemment en contact avec le polype il reproduisait l'accès d'asthme, qu'après l'avoir badigeonnée de cocaïne il ne provoquait aucun réflexe, et qu'après l'avoir laissée reprendre au bout de quelque temps sa texture normale il n'obtenait plus que les réflexes physiologiques. La proportion d'asthmatiques parmi les individus atteints d'affections nasopharyngiennes serait d'après Krause (2) de 10 p. 100 et d'après Hack (3) de 14 p. 100. Ce dernier auteur cite, dans ces conditions, 62 asthmes des foins soumis au traitement nasal (dont 33 furent guéris et 17 améliorés), Heymann (4) compte 53 asthmes (dont 29 guéris et 14 améliorés), et Lublinsky (5) en signale 143 (dont 27 guéris et 13 améliorés). Quant aux polypes en particulier, sur 79 il n'en trouve que 7 qui soient liés à l'asthme ; Bæcker (6), sur 310, n'en rencontre que 9 ; et, sur 200, Hering (7) ne relève que 6 asthmes (dont 4 cédèrent au traitement nasal) et 20 asthmes des foins (dont 12 ont guéri ainsi).

L'écart manifeste entre les réflexes normaux ou expérimentaux de la muqueuse nasale et l'asthme oblige tous les partisans d'une relation pathogénique entre cette névrose et les affections nasopharyngiennes à supposer une *perversion spéciale* et limitée des réflexes physiologiques. Mais pour Hack (8) et Kœhler (9) la stimulation nerveuse des rameaux nasaux, due à la lésion de la muqueuse, entretiendrait une sorte d'érection du tissu caverneux tapissant l'extrémité postérieure des cornets ou du septum ; ceux-ci joueraient dès lors le rôle d'accumulateurs de l'irritabilité pour transmettre, par voie nerveuse seulement, aux centres respirateurs et vasomoteurs, en les exagérant, toutes les excitations éventuelles surajoutées à l'hyperesthésie chronique de la muqueuse pharyngo-nasale. Quelques auteurs, à l'exemple de Brügelmann (10), admettent que cette érection n'agit qu'en modifiant d'abord le rhythme respiratoire et ne provoque l'accès d'asthme qu'à la suite de l'excitation directe des centres respirateurs au contact d'un sang surchargé de CO_2.

Or, voici que Schæffer (11) établit que la contraction réflexe des muscles respirateurs peut avoir son origine dans un point quelconque de la muqueuse érectile du nez; Heymann (12), à l'encontre des essais de localisation tentés par J. Mackenzie (13), déclare qu'il n'existe pas dans

(1) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 596. — Voir aussi : Runge, *Berl. klin. Woch.*, 1886, 345.
(2) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 595.
(3) *Preg. med. Woch.*, 1885, 351. — *Sem. méd.*, 1885, 126. — *Un. méd.*, 1886, II, 322.
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 510.
(5) *Ibid.*, 449, 450 et *Sem. méd.*, 1886, 222.
(6) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 528.
(7) *Un. méd.*, 1886, II, 322.
(8) *Prag. med. Woch.*, 1885, 231 et 351. — *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 447, 528 et 596. — *Sem. méd.*, 1885, 126 et 250.
(9) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 378. — Voir aussi : Moldenhauer, *ibid.*, 835.
(10) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 533.
(11) *Berl. klin. Woch.*, 1885, 345.
(12) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 495.
(13) *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 175. — *Un. méd.*, 1885, II, 579, et 1886, II, 322. — Voir aussi : Hering, *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 487.

©BIU Santé

cette muqueuse de zone déterminée pour tel ou tel réflexe pathologique, et Zuckerhandl (1) démontre qu'elle ne contient ni corps caverneux spéciaux ni nerfs érecteurs particuliers, mais qu'il s'agit en réalité d'une muqueuse un peu lâche, sans couche lacunaire distincte, qui revêt toute la cavité nasale et dont les divers points peuvent devenir simplement le siège d'un afflux sanguin comparable à celui qu'on note communément dans le département de tout nerf irrité. Aussi Rossbach (2), Wille (3) et Schmaltz (4) ne considèrent-ils cette turgescence que comme le résultat d'un trouble secondaire de la circulation, reconnaissant pour cause primitive une perversion spéciale des réflexes et comparable au trouble vaso-moteur qui se manifeste en même temps dans les bronches. Bœcker (5) porte enfin un dernier coup à la théorie de l'érection accumulatrice des cornets en constatant : que souvent les réflexes pathologiques persistent après la guérison de l'affection nasale, que leur cessation (lorsqu'elle coïncide avec celle de la lésion nasale) peut s'expliquer dans maint cas par un amendement contemporain de la névropathie ou des causes mécaniques qui en favorisaient les accès, que les catarrhes chroniques accompagnés d'une hyperplasie suffisante pour entraver l'érection de la muqueuse se compliquent néanmoins souvent de réflexes pathologiques divers, et que l'asthme en particulier s'observe même dans des cas d'occlusion nasale où l'érection ne peut être mise en cause.

Heymann (6), étudiant expérimentalement le rôle physiologique de la muqueuse nasale, fait de sa turgescence normale une fonction protectrice qui consiste à régler les conditions de température, d'hygrométrie et de teneur en corps étrangers (tels que poussières, pollens, détritus organiques, etc.) de l'air inspiré; et il en conclut avec Bœcker et avec Baginsky (7) que la suppression de cette fonction, soit par suite d'une atrophie de la muqueuse succédant à une inflammation et élargissant le trajet nasal, soit par suite d'une hyperplasie rétrécissant ce trajet et entraînant l'emploi de la respiration buccale, permet de reporter en réalité aux bronches l'origine du réflexe asthmatique dans tel accès dont le point de départ au premier abord a pu paraître nasal.

Il peut donc y avoir, en somme, tantôt : coïncidence de l'asthme et d'une affection naso-pharyngienne sans connexion aucune, tantôt : coexistence de l'asthme et d'une affection nasale facilitant la pénétration dans l'arbre respiratoire des stimulants du réflexe dont l'origine est ainsi trachéo-bronchique, tantôt enfin perversion spéciale des réflexes, donnant lieu à un accès d'asthme sous l'influence de l'irritabilité du trijumeau ou de l'olfactif, irritabilité entretenue parfois par la compression ou le tiraillement des branches terminales (Krause), et mise en jeu par les stimulants extérieurs ou par le contact répété des surfaces muqueuses (Heymann). Lublinsky (8), résumant la discussion du dernier congrès de Wiesbaden, conclut, pour ce dernier cas, à la nécessité d'une réflexonévrose, limitée et préétablie, qui

(1) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 507. — *Sem. méd.*, 1885, 230.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 1886, 345.
(3) *Centr. f. klin. Med.*, 1885, 451.
(4) *Ibid.*, 839.
(5) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 528. — *Sem. méd.*, 1886, 250.
(6) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 495.
(7) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 718.
(8) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 596.

donne lieu au spasme bronchique et phrénique combiné à la vaso-dilatation bronchique; il tend seulement à restreindre l'importance des deux premières catégories, au profit des dyspnées qui s'écartent plus ou moins du type asthmatique pur (notamment par la coexistence d'accidents laryngés) et qui grossissent d'autant le groupe des pseudo-asthmes. Insistant en outre, avec Krause (1), Heyman (2), Schæffer (3), etc., sur la fréquence des affections nasales exemptes d'accidents asthmoïdes et sur l'existence d'une tare nerveuse dans la plupart des cas où se produisent ces réflexes pathologiques, il souligne le rôle de la prédisposition névropathique.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE SUT LE CHLORURE DE CAMPHRE, par M. PERRENOT. Thèse de Lyon, 1886.

Le chlorure de camphre s'obtient par le passage d'un courant de chlore dans une solution alcoolique de camphre et ne possède que le médiocres propriétés toxiques. Toutefois, M. Perrenot provoquait chez les animaux des phénomènes analogues au strychnisme par l'administration stomacale de cette substance.

C'est surtout à titre d'antiseptique que cet observateur le recommande. Il aurait l'avantage d'être peu irritant, de s'absorber lentement et d'empêcher la suppuration. Il diminue la fermentation alcoolique; mais, comme l'iodoforme, il est impuissant contre la *torula urinæ*. Il atténue le développemenl du microbe de l'ostéo-myélite, du virus du charbon et de celui du rouget du porc.

M. Perrenot en a observé de bons effets dans le pansement des affections tuberculeuses, des abcès osseux ou ganglionnaires et des plaies atoniques. Il agit autrement que le camphre, car il ne produit pas d'érythème et ne possède pas l'odeur désagréable de l'iodoforme. Ces avantages suffiront-ils pour assurer la fortune de ce nouvel agent antiseptique? Des recherches ultérieures seraient nécessaires pour le prouver. — C. L. D.

NOUVEAUX ELÉMENTS DE MATIÈRE MÉDICALE, par M. D. CAUVET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Paris 1886, J.-B. Baillière.

Ce livre reproduit les leçons que M. Cauvet professe depuis trois années, et diffère des *Eléments d'histoire naturelle médicale* qu'il publiait en 1866 parce qu'il s'adresse à une autre catégorie de lecteurs. A cet effet, il expose les caractères physico-chimiques et histologiques de la plupart des drogues, de façon à faciliter leurs déterminations et à permettre non seulement d'en connaître les propriétés, mais aussi d'en déceler les falsifications.

Les substances d'origine animale comprennent deux sections principales. Matières provenant des vertébrés : viandes, lait, œufs, graisses, musc, civette, ichthyocolle; matières provenant des invertébrés : animaux vésicants, galles, coccidées, abeilles, crustacés et spongiaires. Les drogues d'origine végétale ne sont pas classées suivant un usage traditionnel d'après les organes employés : feuilles, tiges ou écorces, mais en observant leur classification botanique. C'est dire que ce livre, écrit sur un plan nouveau, est d'une lecture moins aride que la plupart des Traités de matière médicale. Outre les descriptions originales, il contient encore de nombreux documents empruntés aux travaux antérieurs, de sorte qu'il donne un aperçu exact de l'état actuel de la matière médicale. Espérons que, rompant avec des habitudes trop fréquentes en librairie, l'éditeur de cet ouvrage en publiera bientôt le second volume. — C. L. D.

(1) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 596.
(2) *Ibid.*, 507.
(3) *Berl. klin. Med.*, 1886, 345.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend une lettre de candidature de M. le docteur Leudet (des Eaux-Bonnes) pour le titre de correspondant national.

M. Féréol fait hommage, au nom de MM. Charcot (de l'Institut) et Paul Richer, d'un volume grand in-4° intitulé : *Les démoniaques dans l'art* (avec 67 figures intercalées dans le texte).

M. Villemin présente, de la part de M. le docteur Lereboullet, l'article : Percussion (extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

M. Léon Colin présente : 1° Un travail de M. le docteur Catrin, ayant pour titre : *Le pronostic des fièvres palustres;* 2° en son propre nom, le *Rapport sur le régime des eaux potables à Paris.*

M. Laboulbène présente : 1° de la part de M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris, un volume intitulé : *Essais de bibliographie médicale.* Conseils aux étudiants sur les recherches bibliographiques, la manière de faire sa thèse, de ranger sa bibliothèque, etc. (avec une préface de M. Laboulbène); — 2° de la part de M. le docteur Corlieu, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine, une brochure intitulée : *La chaire de physique à la Faculté de médecine de Paris.*

— Sur la proposition de M. le Président, l'Académie décide que la place de secrétaire perpétuel est déclarée vacante; la date de l'élection sera ultérieurement indiquée. M. le Président croit devoir prier ceux des membres de l'Académie qui désirent se porter candidats de vouloir bien faire connaître leurs noms.

— M. Peter : J'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le professeur Amoroso (de Naples), d'un travail intitulé : *La profilassi della rabia* (la prophylaxie de la rage).

Ce travail est l'exposé des observations prises, au laboratoire de M. Pasteur, par M. le professeur Amoroso pendant trois semaines « tre settemane » (et non pendant quelques heures seulement, comme l'a prétendu très inexactement M. Vulpian).

A la suite de ce rapport, dont les conclusions sont déplorables à la méthode, la commission sanitaire de Naples, composée de MM. les professeurs A. de Martini, président, A. Aurinetta, G. Buonomo, M. Semmola, D. Capozzi, C. Olivieri, S. Favaloro, F. Frusci et G. Cacciapolli, la commission sanitaire décida que des expériences sur la méthode de M. Pasteur seraient faites officiellement, aux frais et dans un local du gouvernement, par MM. les professeurs de Renzi et Amoroso. Les expériences ont été faites, les résultats en ont été en tous points contradictoires à ceux de M. Pasteur, et c'est l'ensemble de ces expériences qui a été offert en hommage à l'Académie le 8 février dernier. MM. de Renzi et Amoroso se livrent d'ailleurs à de nouvelles recherches expérimentales dont ils se proposent de faire ultérieurement hommage à l'Académie.

« J'ai l'honneur de déposer sur le bureau :

« 1° Une lettre de M. le professeur L. Tommasi, sénateur du royaume d'Italie et président de l'Académie de médecine et de chirurgie de Naples. Cette lettre est adressée à l'Académie de médecine de Paris, et informe notre Compagnie que, dans la séance du 30 janvier 1887, M. le professeur Cantani a déclaré à l'Académie de médecine : 1° que ses expériences personnelles antirabiques sur les animaux lui avaient donné des résultats négatifs; 2° que la méthode intensive appliquée à l'homme ne lui semblait pas exempte de périls. (*Il metodo intensivo adoperato sull'nomo per lui, era anche di considerarsi come non esente da pericoli.*)

« 2° Une lettre de MM. les professeurs de Renzi et Amorozo adressée à l'Académie de médecine de Paris et dans laquelle ils protestent contre l'épithète de « novices » qui leur

a été appliquée par M. Vulpian; ils ne sont novices ni quant aux expériences antirabiques, M. le professeur Amoroso étant resté près d'un mois à Paris pour étudier, dit-il, ce qu'il aurait pu très bien apprendre dans une simple visite à l'Institut Pasteur; ni quant à la clinique, M. de Ranzi étant professeur de pathologie médicale et clinique depuis vingt ans à Gênes, puis à Naples, et M. Amoroso, professeur agrégé depuis dix ans à l'Université de Naples et médecin de l'hospice des Incurables.

« Une lettre de M. le professeur Oresse, directeur de l'Ecole vétérinaire de Naples, certifiant que, depuis douze ans, il n'a pas eu *un seul cas de rage* à cette Ecole; tout les chiens qui lui ont été envoyés par la police, à peu près trois ou quatre par mois et qu'on croyait enragés, n'étaient pas en réalité atteints de cette maladie. »

M. Brouardel croit devoir faire remarquer, à l'occasion de la présentation faite par M. Peter, que cette présentation constitue en quelque sorte une reprise de la discussion. Or, M. Brouardel estime que ces reprises à bâtons rompus sur des faits de détail sont inopportunes, parce qu'elles ne permettent pas de traiter à fond la question. Il n'est pas possible, d'ailleurs, de juger les expériences de MM. de Renzi et Amoroso, attendu que ces observateurs ne se sont pas placés dans les conditions de celles de M. Pasteur.

Ils ont inoculé par trépanation le virus exalté du lapin et non le virus de la rage des rues; ils ont expérimenté sur des lapins, tandis que M. Pasteur a pratiqué ses expériences sur des chiens.

M. Brouardel est loin de prétendre que les expériences de MM. de Renzi et Amoroso aient été mal faites; il dit seulement qu'elles ne peuvent pas être opposées à celles de M. Pasteur, puisqu'elles sont d'un ordre différent.

En resumé, M. Brouardel demande que la discussion sur la rage soit provisoirement déclarée close jusqu'à l'époque où elle pourra être reprise avec tous les développements que comporte une aussi importante question.

Sur la proposition de M. Brouardel, appuyée par M. Larrey et adoptée par l'Académie, M. le Président prononce la clôture de la discussion sur la rage, jusqu'à une époque qui sera ultérieurement indiquée.

M. Rochard, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Maurice Perrin, lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Ferron, médecin-major de 1re classe, et Coustan, médecin-major de 2e classe. Depuis six ans M. Rochard a reçu plusieurs autres observations sur ce sujet et la question lui paraît avoir fait un pas en avant. Il croit opportun d'y revenir, parce que les abcès du foie sont devenus fréquents à Paris depuis les expéditions du Tonkin, de Madagascar, du Sénégal, et depuis les travaux entrepris pour le percement de l'Isthme de Panama. Un grand nombre de malades sont envoyés de ces contrées en France, pour des maladies exotiques, parmi lesquelles il se rencontre beaucoup d'abcès du foie terminés souvent par la mort et qui auraient pu guérir si on les avait reconnus ou traités à temps.

Le malade de MM. Perron et Coustan a été plus heureux. Opéré au moment où l'abcès menaçait de s'ouvrir dans la cavité pleurale, il a obtenu un soulagement immédiat et a guéri radicalement.

Un malade dont M. le docteur Heurtaux (de Nantes) a envoyé l'observation à l'Académie en 1880 a guéri en dix-sept jours. M. le rapporteur cite d'autres exemples.

En somme, dit-il, la question est pour lui jugée. L'incision large avec les lavages antiseptiques, le drainage et la méthode de Lister constituent le meilleur mode de traitement des abcès du foie parce qu'ils débarrassent complètement le foyer des grumeaux solides, des lambeaux du tissu hépatique sphacélés qui y séjournent lorsqu'on se sert du trocart, s'y putréfient et empoisonnent le malade. Il ne faut pas trop attendre pour agir et, lorsque la présence d'une collection purulente dans le foie est reconnue, que la santé générale s'altère rapidement, on peut en toute sécurité de conscience recourir à la méthode de Stromeyer Little.

M. Trélat fait observer que la pratique conseillée par M. Rochard pour les abcès du foie est adoptée aujourd'hui par la majorité des chirurgiens et que les résultats obtenus par eux confirment de point en point les conclusions du rapport de M. Rochard.

©BIU Santé

— M. Constantin Paul donne lecture du rapport sur le concours du prix Gerdy. Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Dumont et Lamarque aux fonctions de stagiaires pendant quatre ans.

— M. Maurice Perrin lit un rapport sur une observation adressée par M. le professeur Chauvel, du Val-de-Grâce, *de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe*. M. le rapporteur croit devoir rapprocher de cette observation celles de MM. Richet, Polaillon et Demons. De l'analyse et la comparaison de ces faits, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° La résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe est une excellente ressource dans le cas de luxation tibio-tarsienne irréductible ; 2° dans l'exécution de cette résection, il est avantageux de commencer par la section du péroné ; 3° cette section doit être faite pour diminuer le traumatisme opératoire, au niveau même du foyer de la fracture.

— M. le docteur de Pietra Santa lit un travail sur *l'emprisonnement cellulaire*.

A quatre heures et demie l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats à la place de correspondant national.

Voici la liste de ces candidats, telle qu'elle a été adoptée par la commission :

En première ligne, M. Picot (à Bordeaux); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Marquez (à Hyères), Mauricet (à Vannes); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Ossian Bonnet (Rio-Janeiro), Riembault (à Saint-Etienne), Zambaco (à Constantinople).

FORMULAIRE

Cigarettes antiasthmatiques. — Hirtz.

Extrait de datura		5 grammes.
Alcool à 40°		50 —
Feuilles de tabac		100 —
Iodure de potassium Nitrate de potasse	aâ	5 —

F. s. a. 100 cigarettes, pour combattre la dyspnée des asthmatiques. — 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.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Par décret en date du 4 février 1887, M. le docteur Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Leblond, sénateur, décédé.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 février 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Abadie : Rapport sur la candidature de M. le docteur Rousseau. — 2. M. Duroziez : Rétrécissement mitral pur. Etiologie (suite). — 3. M. Besnier : Péritonite puerpérale purulente. Ponction. Guérison. — 4. M. Ruault : Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. — 5. M. Auvard : Note sur un cas de fibromes compliquant l'accouchement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. G. Schlemmer : Des théories pathogéniques de l'asthme d'après les travaux allemands. — III. Bibliothèque : Traité de chimie générale. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle.

BULLETIN

L'Assemblée de la Faculté s'est réunie le jeudi 24 février pour désigner un nouveau doyen au choix du ministre de l'instruction publique. M. le professeur Brouardel a recueilli les suffrages unanimes de ses collègues. Il était désigné, pour ce beau titre et ces fonctions délicates, par son titre d'assesseur, par les services déjà rendus à la Faculté, et surtout par les qualités maîtresses dont il a depuis longtemps fait preuve dans les questions difficiles où il est entraîné chaque jour comme médecin légiste, comme président du Comité d'hygiène, etc. Pour représenter notre Faculté, pour servir d'intermédiaire utile entre elle et les pouvoirs publics, il ne suffit pas d'être un médecin éminent, un professeur écouté des élèves; il faut un rare esprit de conduite, un dévouement sans bornes aux intérêts qu'on est chargé de défendre. La Faculté ne s'est pas trompée en jugeant que M. Brouardel occuperait avec le tact et la dignité nécessaires le poste d'honneur où l'ont précédé les Vulpian et les Béclard.

Des théories pathogéniques de l'asthme (1)

D'APRÈS LES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le docteur G. Schlemmer, médecin consultant au Mont-Dore.

Si les expériences de Goltz (2), qui provoque des actions réflexes dans le

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 22 et 24 février 1887.

(2) *Deutsch. med. Zeit.*,1886, 497.

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

V

ANDRÉ VÉSALE

Les anatomistes que je tiens à vous indiquer plus spécialement et qui se montrent au seizième siècle après Benivieni de Florence, mort en 1502, l'un des plus anciens anatomo-pathologistes, après Achillini (1461-1512) et Benedetti, mort en 1525, sont : Zerbi, Béranger de Carpi, Massa, Jacques Dubois appelé presque toujours Sylvius.

Gabriel Zerbi ou Zerbis, célèbre par sa fin tragique plus que par son traité peu différent de celui de Mondini, était né à Vérone; il professa à Padoue, puis à Rome et de rechef à Padoue. Tiraboschi a réfuté toutes les calomnies dont on l'avait accablé pour expliquer sa mort. Il paraît très probable que Zerbi, séduit par l'appât d'un gain considérable, avait accepté l'offre à lui faite par le Doge de Venise d'aller soigner un des principaux seigneurs de l'empire ottoman. Après avoir guéri son malade et chargé de

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier, 3, 12 et 19 février 1887.

©BIU Santé

domaine du vague à la suite d'irritations réitérées des nerfs sensitifs de la peau, et surtout les observations de Schnitzler et de Fenikœvy (1), qui constatent la coïncidence répétée des accès avec des poussées d'urticaire, font accepter de tout le monde l'*origine cutanée* de quelques crises asthmatiques, il n'en est plus ainsi de l'*origine psychique*. Cependant, se fondant sur l'observation de Mackenzie (2), qui a provoqué chez une asthmatique un accès véritable à l'aide d'une rose artificielle, et d'accord avec les idées de Stricker (3) qui s'appuie sur la communauté d'origine dans l'écorce et de transit dans les corps striés pour interpréter certaines relations entre les nerfs cérébraux des muscles striés et des muscles lisses et pour expliquer les modifications circulatoires corrélatives, Lublinsky (4), Bœcker (5) et d'autres encore admettent que l'excitation psychique peut être l'origine du réflexe asthmatique.

Quant à l'accès d'*origine hématique* résultant directement de l'irritation primitive des centres respirateurs au contact d'un sang altéré, il en est moins souvent question dans les discussions allemandes que dans les publications anglaises. A l'exemple de Clark (6), quelques auteurs, tels que Brügelmann (7), et (dans certains cas seulement) Bœcker (8) et Baginsky (9), ne font intervenir l'irritation directe des centres respirateurs que secondairement à la turgescence de la muqueuse bronchique; le faux besoin de respirer, défendu par Todd (10), ne suppose pas une excitation directe par un sang de composition anormale plutôt qu'une irritation centripète émanée

(1) *Centr. f. Klin. Med.*, 1885, 190.
(2) *Deutsch. med. Zeit.* 1886, 701.
(3) *Sem. méd.*, 1886, 56.
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 449.
(5) *Ibid.*, 528, et *Sem. méd.*, 1886, 250.
(6) *Deutsch. med. Zeit.* 1886, 815.
(7) *Ibid.*, 533. — (8) *Ibid.*, 529.
(9) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 718.
(10) *Dict. Dech.*, art. ASTHME, 749.

richesses, Zerbi revenait en Italie sur un vaisseau, lorsque le malade turc étant mort par imprudence, on accusa le médecin de l'avoir empoisonné en partant. Poursuivi, atteint et ramené à Constantinople, le malheureux assista au supplice d'un de ses fils, scié par le milieu du corps entre deux planches, après quoi, il fut mis à mort de la même manière en 1505.

Le livre de Zerbi n'est pas une simple compilation de l'anatomie gréco-arabe, mais il est néanmoins si peu avancé qu'on se figure difficilement qu'il précède à peine de quarante ans l'ouvrage de Vésale.

Jacques Berenger ou Berengario, né à Carpi, petite ville du duché de Modène, vers 1470, exerçait la chirurgie et fut professeur à Pavie, puis à Bologne de 1502 à 1527. Après avoir fait ses premiers cours sur le porc dans la maison du seigneur de Carpi, il avait anatomisé plus de cent cadavres humains. Il fut accusé, comme Hérophile et comme Erasistrate, d'avoir ouvert des hommes vivants; mais, si le fait est prouvé pour les Alexandrins, il est plus que douteux pour l'anatomiste italien. Cette inculpation accueillie par le vulgaire fut le motif dont on se servit pour l'éloigner de Bologne. Berenger, retiré à Rome, fit fortune en employant les frictions mercurielles contre la vérole, et il alla mourir, en 1550, à Ferrare.

On doit à Berenger de Carpi d'avoir étudié le premier l'os basilaire et découvert les sinus sphénoïdaux, de s'être assuré que l'ethmoïde n'est pas percé de trous allant des cavités cérébrales dans les fosses nasales. Il démontra qu'il n'existe pas d'ouvertures sur la cloison interventriculaire du cœur et il affirma que le sang ne passe pas d'une cavité

d'un point quelconque. — Mais on a invoqué, en faveur de l'origine hématique primitive de quelques accès, l'asthme signalé dans le cours de certaines toxhémies telles que le saturnisme, l'uricémie, le diabète, etc.; et le processus des échanges artério-veineux par endosmose à travers le protoplasma de la cellule nerveuse, tel que le décrit Adamkiewitz (1) dans les ganglions rachidiens, pourrait fournir une base anatomique à cette théorie. De fait, il s'agit souvent de dyspnées différentes de l'asthme, et l'on peut douter de la précision avec laquelle Lazarus (2) exclut les divers pseudo-asthmes lorsqu'il déclare qu'on peut prédire l'asthme chez les scrofuleux qui ont été atteints de coqueluche ou de catarrhes fréquents des voies supérieures. Néanmoins, on peut rencontrer aussi des accès d'asthme véritables chez des malades dont les altérations hématiques traversent des phases d'augment et de retrait : j'ai eu récemment l'occasion d'observer un diabétique dont les accès d'asthme, parfaitement typiques, n'ont perdu peu à peu ce caractère qu'après une évolution déjà fort avancée de la tuberculose terminale; j'ai suivi pendant plusieurs années un autre asthmatique chez lequel l'urine se charge généralement d'acide urique, lorsque cessent les accès d'asthme ou les douleurs rhumatismales, dont l'alternance est ici très nette. Si l'excès d'acide urique, en pareil cas, devient la cause déterminante de l'accès, il peut tout aussi bien irriter directement les centres respirateurs ou provoquer, à l'extrémité d'un nerf sensible, l'explosion du réflexe asthmatique.

IV

En résumé, ce qui fait l'asthme, aussi bien chez les diathésiques ou les simples débilités qu'en dehors de ces conditions, et ce qui se transmet chez les asthmatiques héréditaires (dont la proportion serait d'environ 15 p. 100, suivant Lazarus), c'est une *surexcitabilité, accompagnée parfois d'une véritable perversion, limitée à certains réflexes;* seulement, d'après

(1) *Sem. méd.*, 1885, 362.
(2) *Prag. med. Woch.*, 1886, 493.

dans l'autre. Il a décrit les valvules sigmoïdes pulmonaires et aortiques, l'appendice du cœcum, les deux cartilages aryténoïdes, la terminaison de la moelle épinière à la douzième vertèbre dorsale, il a donné des détails et expérimenté sur la structure du rein.

Berenger commenta l'anatomie de Mondini, il l'enrichit de notes, de corrections, de planches ; cependant, encore attaché au joug galénique, il ne distingua pas toujours ce qui appartient en propre à l'espèce humaine et ce qui était décrit d'après les animaux.

Nicolas Massa (de Venise) offre dans son ouvrage des vues neuves, mais il est fortement imbu des idées dominantes. Il a apprécié les changements que fait éprouver l'état de plénitude à l'estomac et à la vessie, il a entrevu le péritoine et reconnu sur le foie de l'homme une scissure et deux lobes, tandis qu'il y en a cinq chez le chien. Il dit que le cœcum n'est pas volumineux comme un second estomac, il trouve l'appendice cœcal petit chez l'homme ; le premier il décrit la prostate. Haller place la mort de N. Massa en 1564. Je dois ajouter que Massa paraît avoir cru à la nature virulente de la syphilis contre laquelle il préconise les fumigations mercurielles.

Jacques Dubois ou Sylvius, qu'il ne faut pas confondre avec François Sylvius De le Boë (1614-1672), l'iatrochimiste, le successeur de Paracelse et de Van Helmont, fit des découvertes anatomiques. C'était un des maîtres de Vésale. Notre regretté Gubler a fait en 1865, une intéressante conférence sur De le Boë, absolument distinct de Jacques Dubois l'anatomiste qui doit nous occuper seul.

Né près d'Amiens, en 1478, d'un ouvrier Nicolas Dubois ou Boës, Jacques était le

©BIU Santé

les auteurs allemands, on ne saurait encore établir dans cette névrose la part respective, et probablement variable, qui incombe aux filets nerveux eux-mêmes et aux centres cérébro-spinaux respirateurs et vaso-moteurs. Et c'est principalement sur cette indétermination que repose la divergence actuelle entre l'opinion d'outre-Rhin et la théorie bulbaire soutenue depuis longtemps en France par le professeur G. Sée (1).

Traitement : Préoccupés de l'importance de l'origine nasale du réflexe asthmatique, les Allemands recommandent de rechercher dans chaque cas s'il existe une altération plus ou moins latente de la muqueuse naso-pharyngienne et d'en délimiter le siège à l'aide de la sonde et de la cocaïne. La thérapeutique locale de l'accès consiste à décongestionner la région irritée de la muqueuse nasale pour décomprimer les extrémités nerveuses qui représentent le point de départ du réflexe, et, suivant Bœcker, pour élargir dans certains cas le trajet nasal, et permettre ainsi la cessation de la respiration buccale. Dans ce but, Schadewaldt (2) s'adresse à l'électricité, Heymann (3) aux sternutatoires et aux astringents, Rosenberg (4) et la plupart des auteurs à la cocaïne et au menthol. — Les caustiques profonds qui visent un effet curatif, tels que l'acide chromique ou l'acide azotique fumant et la galvano-caustique, sont, en général, désapprouvés par Krause (5), qui leur reproche des délabrements inutiles et qui considère les caustiques légers comme suffisants pour débarrasser de la compression les filets nerveux de la muqueuse.

Quant au traitement général, il ne diffère guère en Allemagne de la thérapeutique adoptée en France, et l'on a recours, pendant l'accès, aux inhalations de pyridine (6) et aux injections de morphine ou de cocaïne; La-

(1) *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 872 (Edinger).
(2) et (3) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 508.
(4) *Ibid.*, 304; voir aussi : Mosler, *Centr. f. klin. Med.*, 1886, 704.
(5) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 596. — Voir aussi : Neumann, St-Péterb., 1886, 22.
(6) *Wien. med. Blætt.*, 1886, 445 (Kowacs).

septième de quinze enfants. Son frère aîné, principal du collège de Tournay à Paris et professeur d'éloquence, l'attira auprès de lui en 1514 et l'instruisit dans les belles-lettres. Jacques Dubois fit des progrès rapides, il posséda bientôt le latin, le grec et l'hébreu ; il cultiva aussi les sciences mathématiques. C'est alors qu'il s'adonna à l'étude de la médecine en s'appliquant surtout à l'anatomie, puis il voyagea pour son instruction.

De retour à Paris, Sylvius ouvrit des cours qui attirèrent les élèves ; comme il n'avait aucun titre, la Faculté de médecine les fit fermer. Il se rendit en 1530 à Montpellier ; mais, les frais de réception lui paraissant trop considérables, il revint à Paris et les Registres de la Faculté le montrent bachelier en médecine le 28 juin 1532. Dès lors, Sylvius se livra sans entraves à l'enseignement public ; il professait au collège de Tréguier avec un nombreux auditoire, pendant que Fernel faisait ses leçons au collège de Cornouailles, attirant peu de monde. La raison en était que Sylvius démontrait pratiquement l'anatomie humaine et la matière médicale. La chaire de médecine du collège de France étant, après la mort de François Ier, devenue vacante à cause du départ de Vidus Vidius appelé en Italie par Cosme de Médicis, Henri II l'offrit à Sylvius qui hésita pendant deux années, et qui, acceptant enfin cette place, l'occupa avec le plus grand succès jusqu'à sa mort arrivée en 1555, à l'âge de 77 ans.

Jacques Dubois, que ses biographes représentent comme un thésauriseur et un célibataire endurci, doit occuper un rang éminent parmi les restaurateurs de l'anatomie au seizième siècle. Il s'est servi de cadavres humains au lieu d'animaux (de porcs) pour ses démonstrations anatomiques ; on lui doit la première mention d'injections faites dans les

©BIU Santé

zarus, qui n'accorde ici qu'une médiocre confiance à la paraldéhyde et aux alcaloïdes de la jusquiame, de la belladone, de l'euphorbia et du quebracho, recommande particulièrement l'association du chloral à l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes de chaque en vingt-quatre heures. Patschkowsky (1) préconise la révulsion à l'aide de la teinture d'iode sur le devant du thorax; ce badigeonnage agirait peut-être aussi en raison de l'iode absorbé en même temps par la muqueuse respiratoire et par la peau. Je n'ai vu encore aucune observation allemande relative à l'injection rectale d'hydrogène sulfuré chez les asthmatiques. — Pour le traitement curatif, les Allemands prescrivent surtout l'iodure de potassium et la pyridine; quelques-uns y ajoutent l'arsenic et la lobélie. Brügelmann (2) insiste sur l'utilité de la pneumothérapie surtout lorsqu'il y a bronchite chronique ou catarrhe sec avec emphysème, et Lazarus vante spécialement les inhalations azotées et salées, ainsi que l'usage de la terpine. Enfin, Lublinsky (3) recommande de combattre la neurasthénie générale, et Bœcker (4), ainsi que Lazarus et d'autres médecins encore, conseillèrent d'instituer un traitement constitutionnel.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de chimie générale, comprenant les principales applications de la chimie aux sciences biologiques et aux arts industriels; par Paul Schützenberger, professeur au Collège de France. — Tome cinquième. Paris, 1887. Librairie Hachette.

Ce volume continue les études sur les combinaisons du carbone. Il renferme la suite du livre cinquième de la chimie organique — *étude particulière des composés de carbone, série grasse ou composés à noyaux arborescents;* et le livre sixième — *série aromatique*

(1) *Sem. méd.*, 1886, 545. — Voir aussi : Faulkner, *Centr. f. Nervenheilk*, 1885, 210.
(2) *Deutsch. med. Zeit.*, 1886, 533.
(3) *Ibid.*, 450.
(4) *Ibid.*, 529, et *Sem. méd.*, 1886, 251.

vaisseaux; il a décrit la valvule de la veine cave ascendante à laquelle on a donné le nom d'Eustache. Vésale lui avait montré les valvules aortiques et il avait vu aussi les valvules de plusieurs veines. Sylvius savait que le péritoine n'est pas percé par le testicule descendu dans le scrotum, mais il s'est trompé en appelant pancréas un simple amas de ganglions mésentériques.

La croyance de Sylvius en Galien allait si loin qu'elle lui fit commettre des erreurs; ne trouvant pas la nature conforme aux descriptions de l'anatomiste grec, il invoqua des anomalies, admettant même que l'espèce humaine avait perdu de sa régularité première. Peut-être sa jalousie extrême à l'égard de Vésale servait-elle de prétexte à l'infaillibilité galénique; cette jalousie s'était accrue à un point excessif par la publication de l'ouvrage de Vésale, alors que Sylvius préparait lui-même un Traité d'anatomie. Irrité de se voir précédé par son élève dans la carrière qu'il avait ouverte, il attaquait Vésale sans mesure et, comme celui-ci démontrait les erreurs de Galien, Sylvius s'attachait d'autant plus à les soutenir. Ainsi Jacques Dubois admettait sept pièces au sternum, au lieu de trois montrées par Vésale, et il ajoutait qu'autrefois les hommes étant plus gros et plus grands, il était possible que dans « ce siècle de nains » les hommes n'eussent que trois pièces au sternum. De même, les os du carpe sont, au dire de Galien, dépourvus de moelle; Vésale prouvait que non et Sylvius prétendait que Galien avait dit vrai parce que les os étaient plus durs et plus solides chez les anciens.

(*A suivre.*)

Prof[r] Laboulbène.

©BIU Santé

ou composés à noyaux benziniques; il offre un immense intérêt en raison des renseignements nombreux par lesquels il tend à éclairer les faits de la biologie, qui sont de la compétence du médecin, et des développements considérables qu'il a consacrés aux arts industriels, qui s'adressent à un groupe innombrable de travailleurs. Par lui, sur un terrain spécial, fécond, la science tend la main à ce qui est l'honneur, la richesse et la force de la société civilisée.

Il ne serait pas facile de pénétrer, par une analyse — nécessairement insuffisante — dans l'intimité de ce grand travail, qui, d'ailleurs, ne prête pas le flanc à la critique. Bornons-nous à quelques citations.

La *glycérine*, qui « a une importance théorique et pratique considérable », est l'objet d'un chapitre très complet. Au point de vue chimique, « elle représente l'élément constant et fondamental des corps gras naturels »; au point de vue thérapeutique, elle est, d'après Ch. Robin (*Dictionnaire*), assimilable; peut être prise à la dose de 30 grammes par jour au moins; et est préférable, comme topique, à tous les corps gras et aux cérats. On voit jusqu'à quel point ce chapitre intéresse les médecins. Mais il est loin d'être le seul, et l'on peut ici mettre en ligne ceux relatifs aux *acides lactiques*, au *groupe urique*. Dans ce dernier, l'auteur indique le siège de l'*acide urique* dans l'organisme, les moyens de dosage de cet acide dans l'urine, etc. Les médecins liront avec autant d'intérêt l'analyse des *lichens*, l'étude du *beurre* et du *ferment butyrique* de Pasteur, avec le *bacillus butylicus*, qui se rapproche de ce dernier, celle des *acides tartriques*, des *alcools*, de la *mannite*, de la *glucose*, de la *lévulose*, de la *saccharose*, — ou *sucre de canne* — envisagée en général ou dans le tissu des fruits; celle de la *paraffine*, du *goudron de houille*, des *phénols*, de l'*acide salicylique*, de la *vanille*, etc., etc.

Les notions biologiques, industrielles ou purement chimiques se confondent généralement; il est rare qu'une substance se trouve parquée dans l'une des trois catégories. Nous venons de passer en revue quelques-unes de celles qui sont utiles à l'art de guérir; quant à celles qui sont du domaine de l'industrie, elles sont, dans le livre qui nous occupe, on peut dire innomblables : *nitroglycérine*, *cellulose* — *papier*, *parchemin* — *coton poudre*, *benzine*, *coke*, *aniline*, *indigotine*, *vert malachite*, etc., etc.... Mais pour continuer cette énumération, il faudrait remplir plusieurs numéros de l'*Union médicale*. L'auteur initie ses lecteurs à une multitude de faits intéressants et même curieux; par exemple, la décomposition de l'acide succinique en acide propionique, et la décomposition de l'acide oxalique en acides carbonique et formique, sous l'influence de la lumière et de l'oxyde ou d'un sel d'urane; ou encore, la synthèse de l'*essence de moutarde*, réalisée simultanément, en France, par MM. Berthelot et de Luca, en Russie, par M. Zinin, de Saint-Pétersbourg; etc., etc.

En somme, le *Traité de chimie générale* de M. le professeur Paul Schützenberger est le livre des travailleurs sérieux, des hommes pratiques, et il est très haut placé parmi les monuments élevés à la science, qui sont l'honneur de la fin du XIXe siècle.

Dr G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Villemin adresse une note sur l'*Action de la belladone et de l'opium associés, dans un cas de diabète aigu.*

« Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie un fait thérapeutique, qui nous paraît avoir la netteté d'une expérience de physiologie.

« Au mois de mars 1882, nous recevions à l'hôpital du Val-de-Grâce un jeune artilleur de haute stature et fortement charpenté. Depuis un mois ou deux, il perdait graduellement ses forces, se lassait au moindre effort et s'amaigrissait d'une façon extraordinaire.

« A son entrée, le 11 mars, il se plaint de crampes et d'endolorissement dans les membres; il éprouve une sensation douloureuse à la gorge; il a la bouche sèche, dévoré qu'il est par une soif ardente, inextinguible, qui lui cause une véritable torture; il urine

© BIU Santé

en telle abondance, que le sommeil de la nuit est troublé par la nécessité incessante de se relever. Son appétit est insatiable et la grande quantité d'aliments qu'il consomme ne le répare pas ; il est brisé, anéanti ; sa maigreur l'inquiète ; il dit avoir perdu 18 kilogrammes de son poids. La peau est sèche, écailleuse ; la face et les extrémités sont cyanosées et froides. La respiration paraît ralentie ; la parole et les mouvements sont lents ; la voix est faible et le sens génital est aboli.

« L'analyse de l'urine, faite séance tenante, révèle la présence d'une grande quantité de glycose. Nous mettons immédiatement le malade au régime et au traitement classique des diabétiques (pain de gluten, viandes, abstinence de sucre et de féculents, alcalins, etc.), sans nous illusionner sur le succès de cette médication. Ayant fait recueillir l'urine des vingt-quatre heures et rechercher la quantité proportionnelle de sucre, nous constatons le chiffre énorme de 14 lit. 5 et 58 grammes de glycose par litre ; ce qui fait une perte journalière de 841 grammes de sucre, presque 1 kilogramme.

« La situation de ce malheureux était donc extrêmement périlleuse. Au bout de huit jours, aucune amélioration ne s'annonçait ; les quantités d'urine flottaient entre 12 litres et 14 litres par jour, et les proportions de glucose ne changeaient pas sensiblement ; l'échéance fatale s'avançait à grand pas.

« Nous rappelant un malade atteint de diabète insipide, que nous avions promptement guéri par l'association de l'opium à la belladone, nous eûmes l'idée de tenter cette médication sur notre glycosurique. Mais ce ne fut pas sans une certaine timidité ; car, si nous pouvions espérer, comme chez le polyurique, mettre un frein à la sécrétion urinaire, nous n'étions pas sûr de modérer en même temps la production de la glycose, et nous risquions de provoquer une accumulation de cette substance et d'amener des accidents de saturation glycémique. Nous procédâmes, dès lors, avec la plus grande prudence.

« Le 20 mars, nous donnons 0 gr. 10 d'extrait de belladone et 0 gr. 05 d'extrait « d'opium, que nous continuons les jours suivants.

« Le 27, l'urine est descendue à 10 litres et le sucre à 40 grammes.

« Nous augmentons progressivement les doses d'extrait pour arriver, le 20 mai, à « 0 gr. 15 de l'un et de l'autre, et nous avons la satisfaction de voir les quantités « d'urine et les proportions de sucre diminuer graduellement et *parallèlement*. A cette « date, l'urine est de 3 litres à 4 litres, et le sucre de 2 grammes à 5 grammes.

« Le 20 mai, nons poussons l'opium et la belladone à 0 gr. 20, et, huit jours après, il « n'y a plus trace de sucre. Pendant dix-sept jours, la médication est continuée aux « mêmes doses, sans qu'on voie reparaître la glycose.

« Le 14 juin, nous supprimons brusquement les médicaments : dans deux ou trois « jours, le sucre revient à 16 grammes.

« Le 17, nous retournons aux narcotiques à la dose de 0 gr. 20; le 22, le sucre a de « nouveau disparu et l'urine est à 2 litres.

« La guérison se maintient tant que dure l'action médicamenteuse; mais, dès que « l'on suspend ou diminue l'opium et la belladone, le sucre reparaît et l'urine aug« mente. »

« Pendant toute cette période d'expérimentation thérapeutique, nous avions maintenu notre malade au régime des diabétiques; mais, le 20 juillet, nous le mettons à l'ordinaire de tous les malades bien portants, avec quatre portions de pain et les légumes habituels, largement puisés parmi les féculents (pommes de terre, légumes secs, macaroni, etc.) : ce changement de régime n'apporte aucune modification; la glycose continue à faire défaut et les urines restent en quantité normale, tant qu'on maintient l'usage de l'opium et de la belladone aux doses de 0 gr. 20.

« Le bromure de potassium jouissant d'une certaine vogue dans le traitement du diabète, nous avons essayé son action dans le cas actuel.

« Du 28 août au 12 septembre, nous avons supprimé les narcotiques et administré le « bromure de potassium à doses progressivement croissantes, de 4 grammes à « 12 grammes par jour. Mais nous avons vu aussitôt le sucre reparaître et monter rapi« dement à 45 grammes, tandis que l'urine revenait à 11 lit. 5. »

©BIU Santé

« Il était intéressant de savoir si, des deux extraits, l'un avait une action prépondérante ou exclusive dans la modification de la maladie. Nous avons alors diminué à tour de rôle, jusqu'à suppression, l'opium et la belladone; mais, dans l'un et l'autre cas, les urines ont augmenté et la glycose aussi. Les résultats obtenus étaient donc bien dus à l'*association de l'opium et de la belladone.*

« L'heureuse action de ces deux substances ne s'est pas seulement manifestée par le retour de la sécrétion urinaire au taux normal et par la suppression de la glycose dans l'urine, mais aussi par une amélioration sensible de l'état général du malade, qui a senti aussitôt ses forces se relever et vu son embonpoint renaître. Au bout d'un mois de traitement, il avait regagné 8 kilogrammes.

« Il eût été bon de suivre le malade pendant plus longtemps que nous ne l'avons fait; mais il a voulu quitter l'hôpital le 15 décembre et nous l'avons perdu de vue. »

— Voici comment est disposé l'appareil de MM. Hanriot et Ch. Richet, destiné à doser l'acide carbonique expiré à l'oxygène absorbé dans les actes respiratoires, appareil que nous avons signalé dans notre précédent bulletin :

« Toutes les méthodes qui permettent de doser avec une exactitude suffisant l'oxygène absorbé et l'acide carbonique exhalé dans la respiration exigent des appareils coûteux, compliqués, d'un maniement difficile, et de plus elles nécessitent des expériences de longue durée. La méthode que nous allons indiquer permet au contraire de faire rapidement et facilement de nombreuses séries d'expériences exactes.

« Notre procédé repose sur le principe suivant. L'air inspiré doit traverser un compteur à gaz (I) qui mesure son volume. L'air expiré traverse successivement deux compteurs (II et III) entre lesquels est placé un appareil qui absorbe l'acide carbonique. Il est claire que la différence de volume entre les compteurs I et III donnera le volume d'oxygène absorbé et celle qu'accusent les compteurs II et III donnera le volume d'acide carbonique produit.

« Les gaz expirés passent par un flacon laveur contenant très peu d'eau; cette eau joue le rôle d'une soupape hydraulique de fermeture irréprochable : les gaz s'y refroidissent, puis ils arrivent au compteur II. Sur le trajet on a disposé un flacon plein d'eau communiquant par une tubulure inférieure avec un autre flacon vide. Cet appareil est destiné à amortir les changements brusques de pression, tels qu'il s'en produit dans des expirations fortes.

« Les compteurs que nous employons sont des appareils de haute précision, fondés sur le principe des compteurs à gaz. Ils permettent de mesurer plusieurs mètres cubes avec une erreur maximum de 50 c. c., ainsi que nous avons pu nous en assurer dans des expériences préalables, en les faisant traverser par un même courant d'air.

« La principale difficulté était l'absorption de l'acide carbonique. Autant ce gaz est facile à doser quand il est pur, autant il échappe à l'action des réactifs quand il est mélangé à un grand excès de gaz inerte. Nous sommes arrivés à une absorption complète, en faisant passer les produits expirés dans une large éprouvette, haute de 1 m. 50, pleine de fragments de verre, et dans laquelle on fait tomber une pluie de lessive de potasse saturée, distribuée au moyen d'un tourniquet hydraulique. Un siphon qui s'amorce et s'arrête automatiquement permet de maintenir à un niveau constant le liquide qui s'amasse dans l'éprouvette. Nous avons pu constater que le gaz qui s'échappe du dernier compteur ne trouble pas l'eau de baryte. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 février 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine ;

Le Journal de médecine de l'Ouest, publié par la Société académique de Nantes, t. XX, 1886, 2e et 3e trimestres ;

Les Annales de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, t. II, nos 1 et 2, juillet à

© Santé

décembre 1886, et le *Bulletin de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro*, septembre à décembre 1886 ;

Une circulaire du Comité du Palais des Sociétés savantes, annonçant que le projet d'acquisition de l'Hôtel est réalisé, et que les différentes Sociétés pourront s'y installer dans six ou huit mois.

Correspondance manuscrite : Lettre de remerciement de M. le docteur Malibran, nommé membre titulaire ;

Lettres de candidature au titre de membre titulaire de MM. les docteurs Desnos, présenté par MM. Horteloup et Wickham, et Auvard, présenté par MM. Dehenne et Coignard ;

Lettre de M. le docteur Clemente Ferreira (du Brésil), qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie un mémoire sur l'*Eléphantiasis des Arabes et son traitement par la teinture d'iode*. (Comm. MM. de Beauvais, Rougon et Richelot, rapporteur.)

M. Polaillon offre à la Société un mémoire intitulé : *Quelques réflexions sur les larges ablations des cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx.*

M. Deligny fait hommage d'un travail sur le *Traitement de l'eczéma par les eaux minérales de Saint-Gervais.*

M. le Président : Mes chers collègues,

J'ai encore aujourd'hui une pénible mission à remplir. M. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de France, secrétaire général de la Société de médecine légale, médecin en chef des Chemins de fer d'Orléans, officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique, est mort le 31 janvier.

Par ses nombreux et importants travaux, l'élévation de son esprit, la dignité de son caractère, il occupait légitimement sa grande situation.

La Société de médecine de Paris s'honorait de l'avoir eu pour président et de le compter parmi ses membres honoraires. Je suis assuré d'être l'interprète fidèle de vos sentiments, en exprimant les regrets profonds que nous cause la perte de cet éminent collègue.

Le courant de sympathies qui s'est unanimement manifesté à cette occasion est un hommage mérité. Elles s'adressent au savant médecin et aussi à l'homme de bien qui sut mettre au service de notre noble profession, pour une grande œuvre, de haute prévoyance et de véritable fraternité, les plus précieuses qualités du cœur. (Marques unanimes d'assentiment.)

M. Wickham lit un mémoire intitulé : *Cure radicale du varicocèle par le procédé de M. Horteloup.* (Sera publié.)

DISCUSSION.

M. Richelot : Je n'ai pas encore expérimenté le procédé de M. Horteloup, mais d'après les observations qui ont été publiées, il est certain qu'il est bon. Je lui reprocherai seulement de n'être pas simple, et il faut louer M. Wickham d'avoir cherché à le simplifier. Je crois, quant à moi, qu'il est encore plus simple de faire l'ouverture à ciel ouvert et de couper les veines entre deux ligatures ; cette opération donne d'aussi bons résultats que celle de M. Horteloup, et je la préfère parce qu'elle est plus simple.

M. Wickham : Rechercher et séparer les veines au niveau du canal déférent n'est pas aussi facile que M. Richelot semble le dire. Je me rappelle à ce sujet une observation publiée par M. Richelot lui-même dans laquelle il signalait des difficultés considérables.

M. Polaillon : Je trouve que le procédé de MM. Horteloup et Wickham est très compliqué, il faut une instrumentation particulière, etc. Je n'ai pas une grande expérience personnelle de la cure du varicocèle par l'opération sanglante, ne l'ayant faite que rarement. Mais il m'a paru facile d'isoler le cordon sans m'occuper des plexus veineux antérieur et postérieur, de fixer un large paquet de veines entre deux épingles et d'appliquer une ligature sur les veines ainsi séparées. On incise alors largement la peau du

©BIU Santé

scrotum, on la résèque, et on ne perd presque pas de sang. Avec l'antisepsie, cette opération ne donne aucun accident; mes malades ont guéri sans difformité. Si, au contraire, on incisait simplement la peau, on pourrait avoir une assez grande perte de sang.

M. Richelot : Je reviens en deux mots sur la question de simplicité opératoire : il y a là un appareil instrumental qu'il faut connaître et savoir manier. Dans le fait qui m'est personnel, et qu'a rappelé M. Wickham, il y a eu une gangrène; mais c'est un accident qui n'est pas imputable au mode opératoire. Quant à isoler l'artère spermatique, je n'ai pas essayé de le faire, je l'ai coupée et n'ai pas eu à m'en repentir. M. Terrier l'a également coupée de parti pris, et le testicule a continué à vivre. L'isolement du canal déférent est toujours facile. La méthode ancienne me paraît donc préférable, parce qu'elle est la plus simple.

M. Wickham : Tout le monde ne pense pas, comme M. Richelot, que l'artère est inutile à la nutrition du testicule, ni que la ligature en soit toujours indifférente : Gosselin, Malgaigne, Nicaise, etc., sont d'un avis contraire.

M. Richelot : Je sais que c'est là l'opinion classique, mais une foule de faits récemment observés ne la confirment pas. C'est le varicocèle lui-même qui atrophie le testicule.

M. Horteloup : Je suis le premier à reconnaître que mon procédé n'est pas très simple, et j'applaudirai à toute modification du manuel opératoire qui le simplifiera. Mon procédé est venu après les recherches faites en Amérique, où l'on a démontré que la seule manière de guérir le varicocèle est de réséquer la peau du scrotum. Mais il faut aussi réséquer les veines (antérieures ou postérieures). Je crois qu'il est plus facile de saisir le faisceau postérieur; on est sûr de ne couper ni le canal déférent, ni l'artère. Depuis que M. Wickham a imaginé sa pince, j'ai pensé qu'il serait facile de simplifier encore davantage, et, à la première occasion, je me propose, après avoir réséqué la peau du scrotum, de laisser le clamp en place pendant vingt-quatre heures sans faire la suture profonde, qui est difficile, et qui fait souffrir le malade quand on retire les fils.

La question importante à trancher est celle de savoir s'il vaut mieux attaquer le plexus antérieur ou le plexus postérieur. Les veines postérieures sont très développées; elles doivent jouer un rôle considérable, encore mal connu. En les sectionnant, nous nous mettons dans des conditions de guérison excellentes. Nous n'avons pas à nous préoccuper de l'artère, nous ne la coupons pas. Tant mieux si la section en est indifférente; cela ne nous intéresse pas. Quant à M. Richelot, je trouve qu'il est trop modeste: si, avec son procédé, il a eu des accidents, nous pouvons tous en avoir de semblables. Et c'est pourquoi je préfère mon procédé, qui permet de les éviter.

M. Trousseau lit, à l'appui de sa candidature, un travail sur les *pseudo-atrophies de la papille*. (Commission : MM. Dehenne, Besnier, et Abadie, rapporteur).

M. Desnos lit, comme travail de candidature, un mémoire intitulé : *Deux observations d'étranglement intestinal survenu au cours d'une colique néphrétique*. (Commission : MM. Deligny, Reliquet, et Dubuc, rapporteur).

Du numérotage des côtes. — M. Duroziez : Nous avons insisté autrefois sur la manière de numéroter les côtes. Il est utile d'insister de nouveau. Nous avons fréquemment l'occasion de voir l'embarras de beaucoup de médecins instruits pour une opération simple. Pour le cœur, il est bon de savoir dans quel espace bat la pointe. Pour la thoracentèse, il est bon de savoir dans quel espace on la pratique. Il est certain que beaucoup de médecins placent la pointe du cœur dans le sixième espace, quand elle est dans le cinquième.

Le procédé est simple.

Il ne faut jamais partir de la clavicule. Il faut partir du creux sus-sternal et obliquer en bas; le premier espace rencontré est le premier.

Ou bien on palpe le sternum ; la première saillie sentie en descendant est la soudure

de la première pièce sternale avec la seconde ; en face de cette soudure est la deuxième côte.

On est parfois étonné de l'intervalle qui existe entre la clavicule et la troisième côte. On oublie la largeur de la première côte. Nous avons vu un professeur de clinique abandonner la partie et renoncer à savoir dans quel espace il se trouvait. Nous ne savons jamais, quand on nous annonce que la pointe battait dans tel espace, si on ne s'est pas trompé d'un espace et toujours d'un en plus, jamais en moins.

Election. — M. Thiry (de Bruxelles) est élu membre correspondant étranger à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, COIGNARD.

FORMULAIRE

POTION CALMANTE. — YVON.

Paraldéhyde.....	de 1 à 4 grammes.
Eau bouillie.....	70 —
Sirop simple	30 —
Teinture de vanille	20 gouttes.

F. s. a. une potion à donner en une ou deux fois, pour provoquer le sommeil. Ou bien.

Paraldéhyde	10 grammes.
Alcool à 90°.....	20 —
Eau bouillie.....	20 —

Faites dissoudre. — Cinq grammes de cette solution, c'est-à-dire une cuillerée à café, contiennent un gramme de substance active. On en prescrit de une à quatre cuillerées à café, dans une infusion aromatique de thé, de menthe ou de feuilles d'oranger.

N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1887, les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoquées le jeudi 10 mars, à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Béclard, décédé.

— Le congrès annuel des délégués des sociétés savantes de Paris et des départements, qui, depuis sa fondation jusqu'à ce jour, avait toujours eu lieu pendant la semaine de Pâques, se tiendra cette année, du mardi 31 mai 1887, midi et demi, au samedi 4 juin, à la Sorbonne.

La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté des sciences sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, le 4 juin, à deux heures précises.

CONSEIL MUNICIPAL. — Le conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Levraud et de plusieurs membres, a voté la motion suivante :

« Le Conseil, considérant que les questions qui touchent à la salubrité de Paris sont actuellement disséminées dans différents services n'ayant entre eux aucun lien commun : telles sont, par exemple, les questions relatives à l'hygiène des écoles, qui dépendent de la direction de l'enseignement ; celles relatives aux inhumations, aux dépôts mortuaires, qui dépendent de la direction des affaires municipales ; celles relatives à la salubrité des habitations, qui dépendent de la direction des travaux, etc. ;

©BIU Santé

« Considérant qu'il est de la plus haute importance que les questions d'hygiène soient examinées d'ensemble et par un même service, invite l'Administration :

« 1° A déposer dans le plus bref délai un projet d'organisation d'un bureau central d'hygiène ;

« 2° Le fonctionnement de ce service ne devra pas nécessiter de dépenses nouvelles appréciables et sera étudié au point de vue de la fusion des différents bureaux actuellement séparés. »

Société contre l'abus du tabac. — *Prix à décerner* : Parmi les questions que la Société contre l'abus du tabac met au concours, voici les termes de celles qui intéressent les médecins :

N° 1. *Prix de 600 francs* : Un prix de 600 fr., dont une médaille d'or de la valeur de 100 fr., est offert par M. le docteur Depierris à l'*étudiant en médecine*, à quelque école *française* qu'il appartienne, qui fera le meilleur mémoire sur cette question : « La cachexie nicotique : ses symptômes, sa marche, ses effets, démontrés par au moins huit observations cliniques, recueillies, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile ou militaire. » Le travail demandé peut être une thèse pour le doctorat, mais ce n'est pas une obligation ; tous les élèves, quelle que soit leur ancienneté d'étude, pouvant prendre part au concours. S'il y a lieu, des médailles honorifiques seront accordées aux auteurs des mémoires qui, sans obtenir le prix de 600 fr., auront néanmoins une valeur scientifique digne de fixer l'attention. Le concours sera clos le 31 décembre 1887.

N° 2. *Prix des gens de lettres* : un prix de *mille francs*, dont une médaille d'or de cent francs, offert par M. le docteur Depierris, à l'auteur du travail le plus méritant sur la question suivante :

« Des effets du tabac sur la santé des gens de lettres. De son influence sur l'avenir de la littérature française. » Le concours sera clos le 31 décembre 1888.

N° 3. *Prix de médecine :* Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.), d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac. Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 fr. environ et une médaille de vermeil. Les mémoires pourront être rédigés en français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol. Le concours sera clos le 31 décembre 1887.

Le programme détaillé des conditions du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 38, rue Jacob, Paris.

Hôpital de la Pitié. — *Cours d'hydrologie médicale.* — M. le docteur Victor Audhoui, médecin des hôpitaux et du ministère des affaires étrangères, reprendra ses leçons sur les *Eaux minérales naturelles et les stations thermales de France*, le mercredi 9 mars 1887, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3. — Le cours sera complet en huit leçons.

Société médico-pratique. — Séance du 28 février 1887. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de MM. Marciguey, Desnos, Boymond, Schwartz et Wickham sur les candidatures de MM. Périer, Boursier, V. Vigier, Brodeur et Jardet. — 2. M. Schwartz : Plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver; hémothorax; guérison après une ponction. — 3. M. Delefosse : Observation de taille sus-pubienne pour tumeur de la vessie. — 4. M. Rœser : Observation d'inversion utérine consécutive à la délivrance. — 5. M. Luc : Abcès fétide du sinus maxillaire; ouverture par l'alvéole de la canine; drainage; guérison au bout d'un mois.

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; tramways-Louvre.)

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. LANCEREAUX : Les troubles digestifs de l'urémie. — II. BIBLIOTHÈQUE : De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. COURRIER.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les troubles digestifs de l'urémie.

(Leçon de 1886 recueillie par M. BESANÇON, interne du service).

Les médecins ont longtemps méconnu la fréquence et la gravité des affections rénales. La mortalité par le rein est extrêmement considérable. Elle paraîtrait plus grande encore, si l'on tenait mieux compte du rôle pathologique de ce viscère et de son intervention prédominante dans les états morbides complexes auxquels participent d'autres organes. C'est ainsi que sont couramment désignés sous le nom de *cardiaques* une foule de malades que menace à peu près seule une lésion rénale, effet contemporain de l'artérite chronique généralisée.

Le rein tue presque toujours par le procédé de l'urémie. Ce syndrôme est aux maladies du rein ce que l'asystolie est à celles du cœur. Il exprime l'insuffisance fonctionnelle de l'organe, et peut se comparer également à l'ictère grave qui traduit cliniquement les altérations destructives des cellules hépatiques.

Pour comprendre le mécanisme de ce désordre, il faut se rapporter aux données principales que nous possédons sur les phénomènes intimes de la nutrition. Tous les physiologistes s'accordent à définir la nutrition par ces deux termes : assimilation, puis désassimilation. Le premier consiste dans la fixation par les tissus, aux dépens des matériaux qu'élabore le tube digestif, des principes nécessaires à leur réparation, à leur accroissement, à leur fonctionnement. Ces principes s'incorporent aux éléments anatomiques ; ils sont oxydés ou dédoublés, hydratés ou déshydratés, sans que la nature de ces opérations chimiques et dynamiques soit encore parfaitement définie. Mais cette série de transformations et d'échanges aboutit en tous cas au rejet de produits inutilisables, à la séparation de véritables déchets organiques. C'est à ce second acte du mouvement nutritif qu'est réservé le nom de désassimilation. La destinée de ces matériaux excrémentitiels, la plupart nuisibles et toxiques, est variable. Quelques-uns d'entre eux sont presque immédiatement réduits par l'oxygène du sang, et vous apprécierez tout à l'heure l'importance d'une bonne hématose pulmonaire chez les urémiques. D'autres, les produits de régression des substances albuminoïdes par exemple, subissent sans doute dans le foie des modifications secondaires qui les amènent à l'état d'urée. Mais, en définitive, tous doivent être éliminés.

A cet effet, l'organisme dispose de plusieurs émonctoires. Ce sont la peau, le tube digestif, le poumon, et, en première ligne, le rein. Si la maladie vient à en supprimer le rôle épurateur, les déchets, toxiques ou non, de la nutrition s'accumulent dans les humeurs et dans les tissus. C'est à l'ensemble des accidents causés par cette rétention anormale des matériaux excrémentitiels que doit s'appliquer le mot d'*urémie*. L'usage a consacré cette ancienne expression. Mais il convient d'en élargir la signification actuelle. Cette appellation ne doit pas seulement éveiller en vous l'idée de l'accumu-

©BIU Santé

lation dans le sang de l'urée, ou même de la totalité des résidus urinaires. Elle doit correspondre à la conception plus large d'une auto-intoxication par rétention de produits normalement destinés à être excrétés, et cela *quel que soit l'organe en cause*. C'est qu'en effet, à côté de l'urémie rénale, il y aurait place pour l'urémie d'origine cutanée, peut-être même pour l'urémie d'origine pulmonaire et digestive. Seulement ces derniers désordres sont encore très incomplètement étudiés.

C'est surtout au rein qu'est dévolu le rôle principal dans la dépuration de l'organisme; c'est uniquement l'urémie rénale qui nous occupera dans ces leçons.

La peau, le poumon, l'intestin restent à un rang secondaire, en tant que surfaces d'élimination. Leur suppression isolée n'entraîne que des accidents limités comme leur fonction elle-même. Mais si le filtre rénal devient insuffisant, c'est vers eux que se dérive la fonction dépuratrice. Sont-ils sains, une suppléance naturelle s'établit, et les accidents d'urémie rénale sont souvent conjurés par le fait d'un processus curateur spontané. Au moins, le médecin peut-il s'adresser à eux et favoriser l'excrétion par cette voie succédanée. Au contraire, si ces organes ne peuvent se prêter à la dérivation, si l'âge ou la maladie les a modifiés de façon à restreindre leur fonctionnement, le danger de l'insuffisance rénale s'accroît de l'insuffisance des autres émonctoires.

Vous connaissez les désordres qu'entraîne, chez les animaux, l'application expérimentale d'un vernis imperméable sur toute l'étendue du tégument externe. Quelques affections cutanées réalisent des conditions analogues. Mais, en pareil cas, les troubles passent presque toujours inaperçus parce que la suppression de la fonction tégumentaire est incomplète, parce qu'elle se fait progressivement, parce que les reins sont sains et supportent aisément ce surcroît de besogne. Si l'étude de l'urémie d'origine cutanée est encore à l'état de projet, nous savons au moins que les altérations de la peau créent, dans l'urémie rénale, une coïncidence fâcheuse. Les vieillards athéromateux, affectés de sclérose rénale, ont en même temps la peau sèche, amincie, avec des glandes atrophiées et des vaisseaux sous-dermiques rétrécis. Souvent chez eux la muqueuse digestive et le poumon sont en même temps modifiés. Aussi les accidents urémiques se répètent-t-ils d'une façon indéfinie, et la thérapeutique a-t-elle chez eux bien moins de prise que chez les enfants, dont la peau et l'intestin fonctionnent largement.

Nous analyserons plus longuement dans une autre leçon le mode pathogénique de l'urémie. Mais ces quelques propositions étaient nécessaires pour vous permettre de comprendre les diverses formes cliniques de cet empoisonnement. Les substances excrémentitielles non éliminées portent leur action sur le système nerveux, à la façon de certains poisons végétaux ou minéraux; d'où une première classe d'accidents urémiques qu'on peut appeler *urémie cérébro-spinale*.

Ces mêmes principes toxiques, par un effort spontané de l'organisme, tendent à s'éliminer au niveau des organes capables, dans une certaine mesure, de suppléer les reins malades. Les conditions de sécrétion ou d'exhalation normales de ces surfaces se trouvent violemment modifiées, comme par le fait d'une action topique sur les tissus. Ainsi s'expliquent diverses lésions du côté des bronches, des séreuses et de la peau.

Nous étudierons plus tard les lésions broncho-pulmonaires de l'urémie, la péritonite, la péricardite et la pleurésie brightiques, les éruptions cuta-

nées qui relèvent de cette intoxication. Nous aurons à les distinguer d'accidents analogues, survenant également au cours de l'urémie, mais dus à un autre procédé morbide. Qu'il vous suffise maintenant de savoir que ces désordres sont relativement rares, souvent peu accentués, et qu'ils ne tiennent qu'un rang effacé dans la symptomatologie de l'urémie.

C'est sur la muqueuse digestive que porte principalement la dérivation. La décharge qui s'opère à ce niveau est presque toujours suffisante pour déterminer des troubles fonctionnels extrêmement accusés. Les expériences de Cl. Bernard et de Barreswill ont montré que, sur des chiens néphrectomisés, l'urée s'éliminait par l'estomac et par l'intestin sous forme de carbonate d'ammoniaque et que cette élimination s'accompagnait de vomissements. Il n'y a donc pas à invoquer, comme on l'a fait, l'œdème de la muqueuse digestive pour expliquer les phénomènes gastro-intestinaux de l'urémie. Du reste, il y a bien des hydropiques qui ne présentent rien de semblable; puis ces accidents se montrent chez des urémiques qui n'offrent pas trace d'œdème, et enfin, leur apparition amende souvent les symptômes d'ordre nerveux, ce qui montre bien qu'il s'agit là d'un processus curateur naturel.

L'ensemble de ces phénomènes caractérise la seconde forme ou *forme gastro-intestinale* de l'urémie. C'est elle que nous allons décrire aujourd'hui.

Dans cette forme de l'urémie, le siège plus spécial des désordres est l'estomac et le gros intestin. Mais elle se localise quelquefois à l'intestin grêle et même à la bouche et au pharynx.

L'*urémie buccale et pharyngée* n'a pas été décrite dans le mal de Bright, et d'ailleurs les cas n'en sont pas communs. Cependant j'ai observé, soit en ville, soit à l'hôpital, quelques faits qui ne permettent aucun doute sur l'existence de ce désordre.

Un homme de 55 ans, que je soignais depuis plus de trois mois pour une affection des reins avec hypertrophie cardiaque, avait présenté à plusieurs reprises des accès d'urémie dyspnéique, quand il cessa de manger, refusa toute sorte d'aliment et de boisson, et tomba dans un état d'anéantissement général. En même temps la muqueuse de la bouche et surtout celle du pharynx se convrirent d'un mucus concrété, grisâtre, demi-transparent, extrêmement abondant, tellement visqueux et gluant qu'il me fallut l'extraire avec la main pour éviter qu'il obstruât les voies digestives et respiratoires. Le malade, presque toujours somnolent, ne pensait ni à expectorer ni à manger, et je fus plusieurs fois sur le point de lui introduire la sonde œsophagienne. Pendant près de huit jours que dura cet état, je dus enlever à poignées les mucosités de la bouche et du pharynx, qui ne manquaient pas d'une certaine ressemblance avec les produits membraniformes de la pharyngite pultacée. Puis, le malade sortit de sa torpeur et se décida à avaler. Je parvins à le nourrir un peu, et les accidents s'atténuèrent. Il mourut plus tard dans une attaque de coma urémique.

J'ai retrouvé chez d'autres urémiques ces accidents bucco-pharyngés caractérisés par la présence de ce mucus adhérent et assez analogue à de la glu. Quand on le détache, on trouve au-dessous la muqueuse rouge, sèche, non ulcérée. Dans un cas, j'ai vu un médecin des plus distingués faire la confusion avec l'angine pultacée. Mais, dans cette angine, les fausses membranes sont moins abondantes et plus blanches, et puis l'allure générale de l'affection n'a aucune ressemblance avec celle de l'urémie buccale.

Il est donc important de savoir reconnaître cet accident et de le ratta-

©BIU Santé

cher à sa véritable origine. Mais comment expliquer sa rareté et quelle est la condition de sa genèse? Serait-ce l'élimination par les glandes salivaires d'une plus forte proportion de principes excrémentitiels? C'est à une hypothèse vraisemblable, mais qui ne peut être prouvée que par des analyses comparatives de la salive, et par la connaissance de l'agent chimique ou autre qui parvient à modifier ainsi l'état de la bouche.

En dehors de ces cas rares, on observe habituellement que la langue des urémiques est rouge sur les bords, recouverte au centre d'enduits saburraux gris ou jaunâtres. Elle ne devient sèche, noirâtre et cornée que si l'urémie accompagne la suppuration des voies urinaires.

Si le type précédent est rare, l'*urémie gastrique* est un accident très commun. Il y a peu de jours, nous nous sommes arrêtés dans la salle auprès d'une jeune femme, atteinte de fièvre typhoïde, et dont le crachoir était à demi rempli d'un liquide verdâtre qu'elle venait de rendre par la bouche. Reconnaissant dans ce liquide les caractères du vomissement urémique, je fis immédiatement procéder à l'examen de l'urine, qui contenait des flots d'albumine. La malade accusait, en outre, une céphalée et une dyspnée à physionomie bien spéciale. Il s'agissait, en effet, de troubles urémiques, dus sans doute à une poussée de néphrite épithéliale, complication assez fréquente de la fièvre typhoïde. Il surgissait là une indication thérapeutique formelle, et, grâce à quelques pilules diurétiques, aidées du régime lacté et de lavements purgatifs, la malade guérit sans encombre.

Dans les néphrites chroniques, où l'urémie gastrique est d'observation journalière, l'apparition des vomissements est précédée d'inappétence. Il se produit du dégoût pour certains aliments, en particulier pour la viande; puis surviennent les vomissements. Rarement précédés de nausées, ils sont faciles, exigent peu d'efforts et ont souvent l'apparence des vomissements en fusée, comme dans les affections cérébrales et méningitiques. Ils ne sont pas alimentaires, et jamais le malade ne rend beaucoup de liquide à la fois; un demi-verre, un quart de cuvette tout au plus. Les matières vomies sont liquides, grisâtres, semblables à du bouillon trouble et sale, quelquefois légèrement verdâtres, mais non porracées, comme dans la péritonite. Ces caractères sont toujours les mêmes, et, quand on les connaît, il suffit de voir un de ces vomissements pour être invinciblement porté à soupçonner l'urémie. Ces vomissements persistent, se renouvellent dans le cours d'une même journée et quelquefois pendant plusieurs jours. Ils cessent en général spontanément, ou bien sous l'influence d'un simple lavement purgatif, et cela sans doute parce que le sang se trouve dégagé des matières excrémentitielles qui l'encombraient, comme si l'estomac faisait l'office d'une soupape qui, à un certain moment, se soulève pour laisser passer un trop-plein.

Quelle est la nature de ces vomissements? Dans les premiers temps, ils expriment simplement l'exagération sécrétoire de l'estomac, qui supplée à l'amoindrissement de la fonction rénale. A ce degré, on assiste à une réalisation clinique de la fameuse expérience de Cl. Bernard, et les matières vomies contiennent un excès d'urée et de carbonate d'ammoniaque. Mais, plus tard, sous l'influence d'une irritation prolongée par les substances excrémentitielles, la muqueuse gastrique se modifie profondément. Elle devient le siège de lésions, que nous étudierons une autre fois, et ces lésions conditionnent à leur tour les vomissements. Il y a là une distinction à faire, indispensable pour la thérapeutique. Les vomissements du

début, en effet, doivent être respectés, comme l'indice d'un effort curateur naturel. Plus tard, il y a quelquefois lieu de les modérer.

On ne peut s'empêcher de penser que le système nerveux, lui aussi, intervient parfois dans la production de ces vomissements, car ils s'accompagnent fréquemment de hoquet, de dyspnée bulbaire et d'autres phénomènes cérébro-spinaux. De plus, je vous ai fait remarquer les analogies qui unissent ces évacuations aux vomissements cérébraux et méningitiques.

Il importe d'être fixé sur ces vomissements et sur leur origine, si on veut éviter des erreurs cliniques regrettables. Au moment de mon internat à la Pitié, je voyais souvent diagnostiquer un cancer de l'estomac ou de l'entérite chronique chez des sujets qui, à l'autopsie, ne présentaient souvent d'autres lésions que des reins atrophiés. Aussi, chaque fois qu'un de mes collègues venait me dire qu'il avait en vain cherché un cancer de l'estomac, je l'engageais à examiner les reins, et nous trouvions, pour ainsi dire toujours, ces organes profondément altérés, granuleux et atrophiés. Il en était de même dans la plupart des cas d'entérite chronique. Depuis lors, j'ai pu rencontrer bien des fois les mêmes erreurs, quoiqu'on connaisse mieux aujourd'hui les phénomènes de l'intoxication urémique. Il arrive encore assez souvent à des médecins inexpérimentés de traiter uniquement l'estomac de gens dont le rein est en train de se scléroser, et de voir de simples dyspeptiques dans des urémiques confirmés.

La diarrhée est le symptôme révélateur de l'*urémie intestinale*, et ce symptôme a des caractères qu'il importe de bien connaître. Cette diarrhée survient sans être précédée de douleurs ou de coliques, et bien qu'elle soit, dans quelques cas, abondante, elle fatigue peu ou pas les personnes qui en sont atteintes. Il y a plus, elle favorise le sommeil et tend à faire disparaître les céphalées existantes, au point que, le plus souvent, elle doit être considérée comme un bienfait et respectée. Les matières rejetées, ordinairement abondantes, séreuses et fétides, de coloration grisâtre, renferment en plus ou moins grande quantité des grumeaux blanchâtres et riziformes, assez semblables à du frai de grenouille. Ces caractères, comme d'ailleurs ceux des vomissements, suffisent le plus souvent à mettre le médecin sur la voie du diagnostic, sinon à affirmer l'existence d'une lésion rénale. Ces évacuations contiennent également un excès d'urée et de carbonate d'ammoniaque résultant de la transformation de l'urée dans l'intestin. Ce sont là les seuls principes excrémentitiels dont la recherche ait été soigneusement faite jusqu'à ce jour. Il y aurait lieu, sans aucun doute, d'y rechercher les autres matériaux toxiques qu'on a incriminés, ainsi que nous le verrons, dans la pathogénie de l'urémie.

A une phase plus avancée de la maladie, la diarrhée change de caractère. Elle se teinte de sang, et de séreuse devient parfois dysentériforme. Il se passe dans l'intestin des modifications identiques à celles que nous avons signalées tout à l'heure dans l'estomac. A la longue, la muqueuse intestinale s'altère du fait de ce fonctionnement anormal. Il s'y produit, comme je vous le montrerai, des lésions typiques dont le siège d'élection est le gros intestin. Aux effets de l'hypersécrétion dépuratrice se substituent alors ceux de l'adultération des parois de l'intestin.

En résumé, les troubles urémiques peuvent affecter ensemble ou séparément les différents départements du tube digestif. L'urémie bucco-pharyngée est peu commune ; l'urémie gastro-intestinale est d'une extrême

©BIU Santé

fréquence. Quand des vomissements ou un flux séreux viennent à se produire, il faut les envisager plutôt comme une exagération providentielle de la secrétion que comme un processus morbide. Aussi, ne doit-on pas songer à les arrêter, tant qu'on n'a pas trouvé une autre voie de dérivation.

L'indication en pareil cas est d'agir énergiquement sur la peau, de restaurer l'action des reins, et de ne modérer les évacuations qu'autant que l'équilibre peut se rétablir à l'aide d'un autre organe. Si l'on intervenait prématurément, on courrait risque de voir des convulsions ou du coma remplacer la diarrhée brusquement supprimée.

Au contraire, la diarrhée et les vomissements qui surviennent à une période avancée du mal, quand des lésions matérielles se sont installées sur la muqueuse digestive, peuvent être combattus, si leur abondance est trop grande. Je n'ose pourtant pas donner d'opiacés, sauf dans un nombre de cas restreint.

Il nous reste à signaler un dernier symptôme qui trouverait aussi bien sa place dans la description de l'urémie cérébro-spinale que parmi les phénomènes de l'urémie digestive. Je veux parler du *hoquet*. Ce symptôme a pour point de départ l'estomac ou le centre nerveux. Il fait souvent cortège à l'urémie, et alors, tantôt il accompagne les vomissements, tantôt des accès de dyspnée plus ou moins intenses. Il se fait remarquer par sa violence et aussi par sa ténacité ; il dure quelquefois plusieurs heures ou même plusieurs jours. Il constitue un symptôme sévère, et trop souvent il est l'indice d'une terminaison fatale prochaine.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ACTION RÉVÉLATRICE ET BIENFAISANTE DES EAUX SULFUREUSES DE CAUTERETS SUR LA DIATHÈSE PALUSTRE, par M. Constant ROBERT. — Paris, 1886 ; G. Masson.

M. Constant Robert célèbre les vertus des fontaines auprès desquelles il excerce. Rien de moins étonnant. Au reste, convenons qu'il y met une modestie réellement scientifique ; car, s'il considère les eaux de Cauterets comme pouvant servir de pierre de touche dans les formes tertiaires et larvées de la diathèse palustre, il en réserve l'emploi thérapeutique aux cas rebelles à l'action de la quinine, du quinquina et de l'arsenic et appuie son opinion sur les affirmations un peu anciennes, il semble, de Théophile de Bordeu et de Cyprien Camus. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Rapport sur un travail intitulé : « Rétrécissement traumatique de l'urèthre; uréthrotomie interne; mort foudroyante. » Discussion. — Sur le traitement du pied-bot équin par le redressement à l'aide d'un appareil spécial. — Communication : Fistule vésico-uretéro-vaginale datant de onze ans, opérée onze fois sans succès; guérison par une opération autoplastique. — Lectures : Fistule vésico-vaginale traitée et guérie par la méthode américaine; — fistule vésico-uretéro-vaginale traitée et guérie par la méthode autoplastique. — De la disparition des réflexes tendineux chez les diabétiques. — Présentation de malade : Cholécystotomie pour des calculs multiples de la vésicule biliaire ; guérison. — Présentation d'instrument : Ecarteur des fosses nasales. — Election d'un membre honoraire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur OLLIER (de Lyon) et M. VILLENEUVE (de Marseille), membres correspondants, assistent à la séance.

© Santé

— M. Charles Monod lit un rapport sur une observation de M. le docteur Jobard, de Vassy (Haute-Marne), intitulée : *Rétrécissement traumatique de l'urèthre; uréthrotomie interne; mort foudroyante.*

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui, dans une chute à califourchon, s'était fait une rupture de l'urèthre. Il reste une fistule périnéale par laquelle toute l'urine s'écoule; le rétrécissement est infranchissable. Le malade refuse l'uréthrotomie externe qui lui est proposée. Huit mois après l'accident, quelques gouttes d'urine passent par le méat. Une nouvelle tentative est faite alors pour introduire une bougie fine dans la vessie; elle réussit. M. Jobard se décide à profiter de ce fil conducteur pour pratiquer l'uréthrotomie interne. L'opération réussit à souhait; mais, quelques heures plus tard, il est rappelé et trouve son opéré en proie à de violents frissons, avec un pouls à 120 et une température de 39°6; du sang s'écoule par l'urèthre; mort dans la soirée de ce même jour. Pas d'autopsie.

Pour M. Jobard, l'instrument a franchi les limites du rétrécissement, a sectionné les veines voisines; l'urine a pénétré par cette voie dans le torrent circulatoire et le malade est mort de septicémie urineuse. Il en conclut que l'on doit absolument repousser l'uréthrotomie interne, dans les cas de rétrécissement d'origine traumatique, et lui préférer l'uréthrotomie externe.

M. le rapporteur estime que M. Jobard tire d'un fait évidemment malheureux une conclusion trop absolue et non suffisamment fondée. Il rappelle que M. Guyon a relevé, dans sa statistique communiquée dernièrement à la Société de chirurgie, 13 cas d'uréthrotomie interne pour des rétrécissements traumatiques, dont aucun n'a été suivi de mort. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que la même opération pratiquée pour des rétrécissements non traumatiques a eu, dans quelques cas heureusement rares, la même issue fatale? Bien plus, n'a-t-on pas vu une mort aussi rapide survenir à la suite d'un simple cathétérisme de l'urèthre? Le problème est plus compliqué qu'il ne paraît au premier abord. M. Monod admet que la pénétration de l'urine dans les tissus ne peut suffire à elle seule pour expliquer ces morts foudroyantes; qu'il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'existence de lésions rénales antérieures. Il n'est pas douteux pour M. Monod que le malade de M. Jobard devait être atteint de lésions intéressant les reins, et il pense qu'il faut chercher dans ce fait, bien plus que dans l'origine traumatique du rétrécissement ou dans la profondeur de l'incision pratiquée, la véritable cause de cette mort si prompte.

M. Berger fait observer que, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, il devient difficile de se prononcer sur la cause de la mort. Pour lui, il a pratiqué un assez grand nombre d'uréthrotomies internes et il n'a eu qu'un seul cas de mort survenu chez un malade dont l'autopsie a montré l'existence d'une néphrite interstitielle diffuse avec abcès disséminés dans le tissu rénal.

M. Terrier ne pratique jamais l'uréthotomie interne sans faire subir au préalable à ses malades un traitement antiseptique au moyen de l'administration du borate de soude à l'intérieur. Grâce à cette médication il n'a jamais vu survenir de frisson chez ses opérés, bien qu'il ne leur prescrive pas de sulfate de quinine. Il pense que, dans le cas de M. Jobard, l'emploi du borate de soude aurait peut-être prévenu les accidents mortels.

— M. Charles Monod fait ensuite un rapport verbal sur un appareil de M. Monnier pour le redressement du pied-bot équin. Courte discussion, à laquelle prennent part MM. Trélat, Anger, Reclus, Ollier, Kirmisson et Lannelongue.

— M. Pozzi communique une observation de fistule vésico-uretéro-vaginale, datant de onze ans et opérée onze fois sans succès, qu'il a réussi à guérir par le procédé autoplastique de Gerdy. Cette petite fistule avait son siège au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, à gauche. M. Pozzi, soupçonnant la présence de l'uretère, pratiqua le cathétérisme de ce conduit, en se servant de la sonde de Pawlick (de Vienne) opération délicate qu'il avait vu faire plusieurs fois par ce chirurgien avec une extrême habileté. Le cathéter fut enfoncé jusqu'à une profondeur de vingt et un centimètres ; on pouvait également pénétrer dans la vessie dont la rétraction était considérable.

©BIU Santé

Rejetant pour ce cas particulier la méthode américaine, M. Pozzi pensa qu'il était possible d'obtenir la guérison par une opération plus simple, et il se décida à employer le vieux procédé autoplastique à deux lambeaux de Gerdy, procédé repris depuis et trop généralisé par le docteur Duboué (de Pau). Dans le cas dont il s'agit, le procédé devient le procédé de choix, car il ne risque pas de rétrécir et d'oblitérer l'orifice de l'uretère.

L'opération a été faite sans avoir recours à l'emploi du chloroforme ; l'anesthésie locale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne a été suffisante. La guérison était complète au huitième jour. M. Pozzi a gardé quelque temps encore la malade dans son service pour la tenir en observation et remédier, en particulier, à l'incontinence d'urine. En effet, cette incontinence durait depuis onze ans et ne pouvait cesser d'emblée à la suite de l'opération à cause de la rétraction considérable de la vessie et de l'habitude qu'elle avait prise de se contracter à chaque instant pour expulser l'urine qu'elle contenait, dès que la malade se mettait debout. Aujourd'hui l'opérée peut se tenir une heure debout, dans la journée, sans uriner et, la nuit, son sommeil n'est plus troublé par les besoins si fréquents de miction qu'elle éprouvait avant l'opération.

M. Trélat s'est trouvé deux fois en présence d'un cas analogue à celui de M. Pozzi, et récemment encore, lorsqu'il s'est agi de fermer une fistule uretéro-vésico-vaginale chez une malade à laquelle une large perte de subtance de la vessie avait été faite par mégarde dans une opération d'hystérectomie communiquée, il y a peu de temps, à la Société de chirurgie. M. Trélat est arrivé au même résultat que M. Pozzi par un procédé différent. Il a fait un avivement circulaire, à une certaine distance de la fistule, en ménageant les tissus immédiatement voisins de cette dernière; on est sûr ainsi, dans l'affrontement, de respecter la portion de tissus où se trouve contenu l'uretère et qui est rentrée dans la vessie.

M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer) donne lecture de deux observations. La première est relative à une opération de fistule vésico-vaginale traitée et guérie par la méthode américaine; la seconde est une opération de fistule vésico-uretéro-vaginale traitée et guérie par la méthode autoplastique. Ces deux observations sont renvoyées à l'examen d'une commission dont M. Pozzi est nommé rapporteur.

— M. le docteur Reynier, chirurgien des hôpitaux, lit un travail ayant pour titre : *De la présence ou de la disparition des réflexes tendineux chez les diabétiques, au point de vue du pronostic chirurgical.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commision dont M. Berger est nommé rapporteur.

— M. Terrier présente, au nom de M. Luc, un instrument destiné à produire l'écartement des parois latérales des fosses nasales de manière à faciliter l'examen de ces cavités et leur éclairage naturel ou artificiel.

M. Terrillon présente une jeune femme dont il a déjà communiqué l'observation à l'Académie de médecine dans la séance du 7 décembre dernier, et à laquelle il avait pratiqué, le 23 novembre précédent, l'opération de la cholécystotomie.

Après l'extraction de deux calculs, les parois de la vésicule avaient été réséquées en grande partie, et les bords de la portion restante suturés à la plaie abdominale, de manière à laisser une fistule qui s'est peu à peu rétrécie et qui est aujourd'hui complètement cicatrisée.

— Dans le courant de la séance, M. Poncet (de Cluny) a été nommé membre honoraire par 26 voix sur 27 votants. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Le bacille de la fièvre typhoïde. — Pleurésies purulentes chroniques latentes. — Angine de poitrine à siège épigastrique.*

M. Chantemesse lit, en son nom et en celui de M. Widal, un mémoire sur le bacille de

la fièvre typhoïde. On n'a pas oublié les découvertes si importantes de bacilles pathogènes dans des eaux dont l'usage avait communiqué la fièvre typhoïde : épidémie de maison du quartier de Ménilmontant (Dreyfus-Brisach et Widal), épidémie de Pierrefonds (Brouardel et Chantemesse). Le relevé des entrées dans les hôpitaux de Paris pour fièvre typhoïde démontre que, chaque fois qu'une perturbation dans le service des eaux oblige une partie de la population à faire usage de l'eau de la Seine comme boisson, il se produit au bout de dix à vingt jours une recrudescence considérable de dothiénentérie.

Les travaux de MM. Chantemesse et Widal permettent d'assigner avec certitude des caractères biologiques spécifiques au bacille que ces auteurs ont trouvé dans les eaux contaminées et qu'ils sont en droit de considérer comme pathogène de la fièvre typhoïde.

Un caractère essentiel du bacille typhoïde est la façon dont il se cultive sur la pomme de terre; plusieurs jours après qu'il y a été déposé et qu'il a commencé à végéter très activement, la pomme de terre paraît encore intacte; un seul microbe se comporte de la même façon, celui de l'érysipèle, mais c'est un microcoque. Sur l'agar-agar, le bacille typhoïde se développe en traînée blanchâtre. L'espace clair central considéré par Artaud comme caractéristique du bacille typhique n'est que l'indice d'une régression intra-bacillaire et apparaît quand on rend le milieu de culture moins nutritif. Sa sporulation s'opère aux extrémités, les spores ne se colorent pas. Dans les vieilles cultures, le bacille finit par prendre une forme presque monstrueuse.

En somme, le bacille typhique a bien les caractères morphologiques que lui a assignés Gaffky qui l'avait trouvé 26 fois sur 28 autopsies de typhiques. Chantemesse et Widal l'ont trouvé 11 fois sur 12 autopsies; dans le cas où il a fait défaut, il s'agissait d'un homme mort par complication tardive en pleine convalescence. Ils l'ont rencontré 6 fois sur 12 malades dans la sécrétion de la bronchite typhoïde, et 4 fois sur 12 autopsies dans le cerveau, ce qui prouve bien que les manifestations cérébrales même précoces de la dothiénentérie sont causées par la présence du bacille dans l'encéphale.

Ils l'ont rencontré dans le placenta chez une femme morte le douzième jour d'une fièvre typhoïde après avoir avorté au quatrième mois de sa grossesse.

Neuhaus l'a trouvé dans la rate d'un fœtus dont la mère avait la fièvre typhoïde; il l'a rencontré dans les taches rosées, qu'il a considérées comme des embolies microbiennes cutanées. Chantemesse et Widal ne l'ont pas trouvé dans les taches rosées.

Sept fois ils l'ont retiré par ponction de la rate sur le vivant et n'ont retiré que ce micro-organisme de sang de la rate. Ils ne l'ont trouvé dans les matières fécales que 2 fois sur 7; la difficulté de le déceler dans celles-ci vient de ce que les innombrables microbes d'autres espèces qui fourmillent dans les matières fécales fluidifient la gélatine si vite que les plaques sont détruites avant que le bacille typhoïde ait eu le temps de se développer. Dans les urines, Leitz, en Allemagne, a trouvé ce même bacille, M. Bouchard avait déjà signalé la présence d'un microbe dans les urines des typhiques albuminuriques, dès 1879, avant qu'on connût l'emploi des matières colorantes.

M. Chantemesse énumère encore d'autres caractères biologiques du bacille typhique. Sa sporulation s'opère entre 19° et 43°. L'eau est un excellent milieu de culture pour lui. M. Chantemesse l'a retrouvé avec toutes ses propriétés et son aptitude à la culture après trois mois de séjour dans de l'eau de l'Ourcq stérilisée. Il se conserve moins bien quand l'eau contient des germes d'autre espèce. La gelée ne le détruit pas. A 45°, les cultures peuvent vivre encore plusieurs jours. A 80°, elles meurent. Il suffit d'une ébullition de quelques minutes pour les détruire. Le bacille typhique vit moins bien dans le sang que dans l'eau, il vit mieux dans le sol humide que dans le sol sec.

Le sublimé à 1 pour 20,000 empêche les cultures de se développer; le sulfate de quinine à 1 p. 800 les empêche aussi, ce qui éclaire d'un jour nouveau et explique bien l'action si remarquablement utile du sulfate de quinine dans le traitement de la dothiénentérie. En revanche, l'acide phénique est un mauvais antiseptique pour le bacille typhique; à 1 pour 400, il n'empêche pas sa végétation. L'acide chlorhydrique à 2 p. 100 ne l'arrête pas non plus; cette solution se rapprochant beaucoup de la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique, il ne faut pas trop compter sur celui-ci pour

©BIU Santé

l'arrêter et le détruire. Si le suc gastrique est un peu appauvri en acide, le bacille pourrait bien traverser l'estomac sans mourir et retrouver dans l'intestin les conditions favorables à sa pullulation.

— M. Debove présente le malade porteur d'un épanchement purulent chronique dans la plèvre, dont il a relaté l'observation dans la dernière séance. Quand il existe dans une plèvre du pus stagnant, on est en droit d'admettre que les accidents fébriles qui surviennent sont en rapport proportionnel avec l'intensité de la résorption des produits putrides. Mais, quand les feuillets pleuraux sont tapissés de fausses membranes assez épaisses, la résorption peut se trouver entravée, et, la fièvre ne se produisant pas, l'épanchement purulent reste latent. Cette épaisseur des parois du kyste pleural devient, en revanche, un désavantage quand on veut faire l'empyème, car elle s'oppose à l'accolement curateur de la paroi thoracique et du poumon. Le malade que présente M. Debove a une déviation très accusée du cœur. On sent un double choc cardiaque : l'un, au niveau de l'extrémité inférieure du sternum, correspond évidemment à la pointe du cœur; l'autre, au niveau du mamelon droit, répond à la base. Les auteurs qui parlent du refoulement en masse du cœur dans le côté droit du thorax ont probablement omis de faire cette distinction, car la pointe du cœur, fixée toujours par l'insertion péricardique du diaphragme, ne peut être déviée que faiblement.

M. Debove cite une observation due à M. Desplats (de Lille) qui a observé, lui aussi, un malade affecté de pleurésie purulente chronique latente que l'on ponctionne périodiquement.

— M. Henri Huchard relate l'histoire d'une femme de 38 ans qui était entrée dans son service pour un état morbide caractérisé par des paroxysmes de dyspnée avec angoisse, battements des artères du cou, pouls petit, pâleur. En outre, elle présentait des accès de douleur à l'épigastre avec irradiations dans l'hypochondre droit et ballonnement du ventre, accès provoqués le plus souvent par l'ingestion des aliments, quelquefois seulement par un mouvement un peu brusque. On notait, en outre, une augmentation considérable de la matité précordiale, un souffle systolique, et le diagnostic de myocardite avec aortite fut porté. L'iodure de sodium avait produit une notable amélioration lorsque la mort survint subitement dans un accès d'étouffement. La soudaineté de cette fin conduisit M. Huchard à penser, même avant l'autopsie, qu'il s'agissait d'une angine de poitrine à symptomatologie insolite, et, en effet, l'autopsie révéla, outre une aortite subaiguë, une myocardite scléreuse et une lésion orificielle, une obturation complète de l'artère coronaire gauche et un rétrécissement de la coronaire droite.

L'intérêt de cette observation réside dans le siège des manifestations douloureuses, qui, au lieu de siéger au niveau de la partie supérieure du sternum et de s'irradier vers l'épaule gauche, s'étaient montrées à l'épigastre en s'irradiant vers l'hypochondre droit. Cette pseudo-gastralgie angineuse était déjà soupçonnée par Leared et Broadbent, et M. Huchard en a déjà observé un cas il y a quelques années. Il observe encore un médecin qui présente des accès angineux classiques, mais qui pendant un certain temps s'est cru atteint seulement d'une maladie d'estomac, parce qu'il n'éprouvait que des accès de douleur à l'épigastre.

Les pièces anatomiques mises sous les yeux de la Société montrent en outre une fois de plus la réalité de la théorie artérielle de l'angine de poitrine vraie, cette affection étant causée par une oblitération des coronaires. Un autre fait confirmatif vient d'être communiqné par M. Hallez (de Lille) : peintre de 43 ans, mort par syncope à la suite d'accès angineux classiques ; autopsie, myocardite scléreuse, obturation complète de la coronaire droite.

M. Moutard-Martin vient d'observer un malade qui, atteint d'albuminurie, a succombé lentement dans son service, sans avoir jamais éprouvé de phénomènes d'angine de poitrine. On a pourtant trouvé à l'autopsie, outre des reins scléreux et une hypertrophie du cœur gauche, l'oblitération complète d'une coronaire à son origine.

M. Huchard sait très bien qu'on a signalé plusieurs autopsies de ce genre, mais l'âge des sujets doit être en pareil cas pris en grande considération. Les accidents angi-

neux peuvent être évités, même en cas d'oblitération des coronaires, si une circulation anastomotique supplémentaire a le temps de s'établir. On a comparé justement l'angine de poitrine à la claudication intermittente des membres par oblitération artérielle. Mais la gangrène du membre ne survient pas, même en cas d'oblitération de l'artère principale ; il faut que plusieurs artères soient oblitérées (Pitres, Charcot).

D'ailleurs, si l'oblitération ou le rétrécissement des coronaires, à leur origine, est la cause la plus fréquente de l'angine de poitrine, elle n'est pas la seule et toutes les causes qui ont pour résultat l'ischémie du myocarde (sclérose des coronaires, spasme des coronaires, etc.) peuvent produire le syndrome angineux. Donc, l'absence de lésion à l'orifice de ces vaisseaux n'est pas une raison suffisante à invoquer contre la théorie artérielle.

M. Huchard rappelle que l'usage des iodures de potassium ou de sodium, continué pendant un à trois ans à la dose de 1 à 3 grammes par jour, peut guérir l'angine de poitrine, à la condition qu'il n'existe ni retrécissement, ni insuffisance aortique.

M. Chauffard demande si, dans le cas de la malade dont M. Huchard attribue les douleurs épigastriques à l'angine de poitrine, ces douleurs ne s'expliqueraient pas plutôt par l'existence de l'aortite aiguë prolongée dans l'aorte descendante jusqu'au niveau du tronc cœliaque.

M. Huchard répond que l'aortite ne dépassait pas la crosse de l'aorte. L'aortite des angineux est le plus souvent limitée à l'origine de l'aorte. M. Potain a cité un cas où il existait seulement une plaque d'aortite large comme un pain à cacheter autour de l'orifice des coronaires.

M. Guyot n'est pas convaincu que la médication iodurée ait une action curative dans l'angine de poitrine pas plus que dans les affections du cœur en général. Rien ne prouve que les malades de M. Huchard soient définitivement guéris. Il faudrait les suivre longtemps. M. Guyot a dans sa clientèle deux personnes qui ont eu un accès d'angine de poitrine il y a bien des années et qui n'en ont plus éprouvé d'autres, bien qu'elles n'aient pas été soumises à la médication iodurée.

M. Huchard suit certains angineux depuis sept ans; c'est un délai déjà assez concluant. L'efficacité des iodures dans les affections aortiques n'est pas contestable. Bouillaud a montré que l'iodure de potassium pouvait guérir des anévrysmes de l'aorte.

M. Guyot ne croit pas que ces guérisons soient bien authentiques ni bien nombreuses.

M. Dumontpallier dit que le malade atteint d'anévrysme que Bouillaud a guéri par l'iodure était un syphilitique; ce qui change la question. Il prie M. Huchard d'apporter à la Société le bilan exact des succès qu'il a obtenus dans le traitement de l'angine de poitrine.

— M. Siredey est élu, à l'unanimité, vice-président en remplacement de M. Gallard.

— Par suite du décès de celui-ci, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux : M. Proust devient médecin de l'Hôtel-Dieu; M. Gouguenheim, de Lariboisière; M. Lacombe, de Bichat; M. Barth, de Tenon; M. Letulle, de Sainte-Périne. — P. L. G.

COURRIER

L'Association française pour l'avancement des sciences vient de voter les subventions suivantes en faveur des savants et des établissements scientifiques dont les noms suivent.

Ce sont:

Souscription pour l'Institut Pasteur.....	1.000 fr.
M. Vinot : pour aider à la publication du journal d'atronomie *Le Ciel*....	120
Le R.P. Lamey: pour l'achat d'un microscope destiné à l'étude des corpuscules terrestres et extra-terrestres ou cosmiques	400
M. Œchsner de Coninck : pour aider à la continuation de ses recherches sur les alcaloïdes de la série pyridique et sur les ptomaïnes.....	300

©BIU Santé

Commission météorologique de l'Hérault: pour l'acquisition d'appareils enregistreurs destinés à l'observation comparée des phénomènes atmosphériques au sommet de l'Aigoual et à Montpellier 500

M. Crova: pour aider à la continuation de ses travaux sur l'actinométrie, 3. 000 fr. ; pour cette année (première annuité)..... 1.500

M. Causse : pour aider à la continuation de ses recherches sur diverses questions de chimie organique (*Subvention de la ville de Montpellier*)..... 600

MM. Péron et Gauthier : pour aider à la publication de leur ouvrage sur les échinides de l'Algérie..... 960

M. Fouqué : pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches sur la vitesse de propagation des vibrations dans le sol, 2 000 fr. ; pour cette année première annuité (*Subvention B. Brunet*)..... 1.000

M. Baille : pour aider à ses recherches sur les caractères géographiques de la flore du Plateau central de la France..... 500

MM. Dardier et Zalla : pour aider à recueillir des échantillons d'histoire naturelle dans une exploration du Cap au Zambèze..... 500

M. Magnin : pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux..... 500

M. Cazin : pour l'achat d'un microscope..... 300

M. Lataste : pour contribuer à la publication de ses recherches sur les mammifères de Barbarie..... 300

M. R. Dubois : pour aider à la continuation de ses recherches sur la luminosité chez les êtres organisés..... 200

M. Dutilleul : pour aider à la publication de ses recherches sur les hirudinées marines..... 300

M. Régnault : pour aider à la continuation de ses fouilles dans les grottes de Gargas et d'Aubar (*Subvention de la ville de Paris*)..... 400

M. Sirodot : pour aider à la publication de ses recherches paléontologiques au Mont-Dol..... 1.200

M. E. Rivière : pour aider à l'exploration du gisement de Moulin-Quinat.. 300

M. Ficatier : pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques. 300

M. Quinquaud : pour aider à la continuation de ses travaux sur le sang.. 500

MM. Bleicher et Barthélemy : pour aider à la continuation de leurs fouilles d'archéologie préhistorique..... 200

Bourses de session..... 600

— La Société d'ophthalmologie française se réunira le lundi 2 mai à Paris. La liste et l'analyse des travaux à présenter dans cette session doivent être adressés le plus tôt possible à M. le Secrétaire général de la Société.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, aura lieu les 17 et 18 avril prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

UNE SITUATION LUCRATIVE est offerte à un docteur en médecine actif, entreprenant, et que les déplacements et voyages n'effraieraient pas.

S'adresser à la Pharmacie, 27, rue Saint-Lazare, Paris, de deux à quatre heures.

Bulletin bibliographique.

De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné, par le docteur L. Dérico. 1 vol. — Prix : 3 fr.

Cet ouvrage se trouve chez MM. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Edmond Wickham : De la cure radicale du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. Modification personnelle du manuel opératoire. — III. Bibliothèque : Traité élémentaire de pathologie générale. — IV. Revue des Journaux : Paralysie transitoire du nerf radial au début du tabès. — V. Bulletin de l'étranger. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 1er mars. — Après l'élection de M. Picot au titre de membre correspondant, l'Académie entend le rapport de M. le docteur Vidal sur l'inspectorat des eaux minérales.

Ce rapport, depuis longtemps attendu, pose des conclusions fermes dans une question qui passionne beaucoup de nos confrères. Nos lecteurs la connaissent : faut-il supprimer ou garder l'inspectorat? Les médecins consultants luttent avec ardeur pour le renverser, mais les inspecteurs ont la faiblesse de désirer qu'on les garde.

Le ministre ayant interrogé l'Académie, M. Vidal, au nom de la commission, discute savamment et, dans un langage des plus nets, conclut au maintien de l'inspectorat dans ses dispositions fondamentales. Mais le fonctionnement n'est pas parfait, le recrutement est plus que défectueux; sur ces deux points, il faut des réformes sérieuses. Et de fait, nous savons des inspecteurs qui reconnaissent les inconvénients de l'ordre de choses actuel, et qui proposent volontiers qu'on les transforme afin de les rendre utiles. Mais ils ne demandent pas qu'on les supprime; cet esprit de sacrifice est au-dessus des forces humaines, et on ne peut leur en vouloir de ne pas tendre le cou sans conditions.

Quel effet les conclusions de M. Vidal produiront-elles sur les médecins consultants? Certainement ils feront résistance; et déjà ils comptent sur M. Rochard, qui a demandé la parole pour défendre un sien rapport, fait il y a quelques années au nom de la commission extra-parlementaire que le ministre d'alors avait chargée d'étudier la question.

Le débat est remis à quinzaine. Dès aujourd'hui, on ne peut savoir quelle en sera l'issue; tout ce qu'on peut dire, c'est que la position des inspecteurs est dominante et singulièrement fortifiée. Ils ont pour eux la répugnance naturelle de l'administration à supprimer des places. N'est-il pas question, dans le rapport de M. Vidal, des inspecteurs régionaux qui viendraient seconder les inspecteurs résidents? Il serait curieux de voir la pétition des médecins consultants ne réussir qu'à donner un nouvel essor au génie créateur de l'administration. — L.-G. R.

De la cure radicale du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. Modification personnelle du manuel opératoire.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 février 1887,

Par M. le docteur Edmond Wickham, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, Ancien aide d'anatomie de la Faculté.

La cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum, combinée ou non à l'excision d'une partie des veines situées en arrière du canal déférent,

©BIU Santé

tend à entrer dans la pratique de la chirurgie; c'est ainsi que M. Le Dentu, au dernier Congrès, a fait sur ce sujet une communication intéressante, reproduite avec quelques modifications dans les deux derniers numéros (janvier et février) des *Annales des maladies des organes génito-urinaires;* d'autre part, M. Théophile Anger, dans son service de l'hôpital Cochin, a eu récemment l'occasion d'opérer avec succès deux varicocèles par le procédé de mon maître le docteur Horteloup.

Dans ma thèse inaugurale (1), j'ai décrit longuement les procédés de cure radicale par résection simple bilatérale du scrotum employés depuis de longues années déjà par un grand nombre de chirurgiens américains et principalement par Henry (de New-York). D'une façon générale, ils consistent à réséquer sur les parties latérales du raphé une quantité de peau, telle que, l'opération terminée et le malade guéri, la cicatrice se trouve sur la ligne médiane et donne l'illusion d'un raphé normal; de plus, la quantité de peau restante doit comprimer les testicules et les plexus veineux contre les anneaux inguinaux extérieurs, de manière à jouer vis-à-vis des varices du cordon le même rôle que les bas élastiques jouent vis-à-vis des varices des membres inférieurs; la suspension dépasse alors celle qu'on peut obtenir par le suspensoir le mieux fait et le mieux appliqué. Ces procédés ont donné entre les mains de leurs auteurs les plus heureux résultats, si l'on en juge d'après les faits nombreux publiés en Amérique et relatés à la fin de ma thèse.

M. Horteloup croyant que la résection cutanée n'est pas suffisante pour amener la guérison des varicocèles, et ayant remarqué avec raison que, contrairement à l'opinion classique, les veines situées en arrière du canal déférent, c'est-à-dire les veines funiculaires, sont plus souvent atteintes de varices que les veines situées en avant de ce même canal, c'est-à-dire les veines spermatiques, et que, lorsque ces deux ordres de veines sont variqueux, les premières le sont plus que les secondes, a fondé sur ces données anatomo-pathologiques et cliniques un procédé de cure radicale, par lequel on excise le scrotum comme les chirurgiens américains, mais, outre cette excision cutanée, on résèque une partie du plexus veineux rétro-déférentiel. Cette excision veineuse constitue précisément l'originalité du procédé de M. Horteloup : en présence de quelque cas de varicocèle que l'on se trouve, cette excision doit être faite, puisque c'est à elle que l'on doit, suivant M. Horteloup, « l'amélioration progressive du varicocèle après la résection scrotale; on apporterait ainsi pour la guérison des résultats analogues à ceux qu'on cherche à obtenir par les injections coagulantes dans le traitement des varices en général ».

J'ai donné dans ma thèse une description très détaillée du manuel opératoire établi par M. Horteloup; je la résumerai aussi brièvement que possible, afin de bien faire comprendre l'utilité des modifications que j'ai cru devoir apporter aux divers temps de l'opération.

1er *temps.* — Le chirurgien passe à travers les parois scrotales à 5 ou 6 centimètres au-dessus du testicule, en avant du plexus veineux postérieur, un fil de catgut, qui permet d'attirer en dehors du clamp l'anse veineuse à exciser.

2e *temps.* — Application du clamp, de telle sorte que les conditions de bonne résection indiquées plus haut soient remplies. (Le clamp imaginé

(1) *De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum.* Th. 1885. — Coccoz, édit.

BIU Santé

par M. Horteloup a la forme d'un compas, dont les deux branches sont incurvées à leur partie moyenne; l'incurvation est en rapport avec le profil d'un scrotum normal. Aux portions incurvées sont adaptées des armatures mobiles qui facilitent l'établissement de la suture superficielle.)

3e *temps*. — Etablissement de la suture profonde : elle se compose de deux tubes en argent, perforés de distance en distance, semblables à ceux dont fait usage le professeur Duplay dans le traitement des vices de conformation de l'urèthre pénien. Ces tubes une fois mis en place sont concentriques aux portions arquées du clamp; ils sont maintenus dans cette position au moyen de fils d'argent, qui passent dans leurs orifices et traversent les parois du scrotum. Ce mode de suture a pour but d'affronter les parties profondes, d'empêcher la hernie des testicules entre les lèvres de la plaie et surtout de prévenir l'hémorrhagie venant de la section, soit du scrotum, soit des veines et artère funiculaires.

4e *temps*. — Entre les armatures surajoutées du clamp et les portions arquées, on introduit des épingles à suture ordinaires, en les espaçant l'une de l'autre d'un centimètre environ; ces épingles, bien entendu, passent aussi à travers le scrotum comme les fils de la suture profonde.

5e *temps*. — Résection du scrotum et de l'anse veineuse, en glissant la lame d'un bistouri sur la face convexe des armatures surajoutées de la pince.

6e *temps*. — On retire le clamp.

7e *temps*. — Lorsque la plaie est exsangue (dans le cas contraire la suture profonde est resserrée), on fait une suture entortillée au niveau de chaque épingle.

L'opération est terminée.

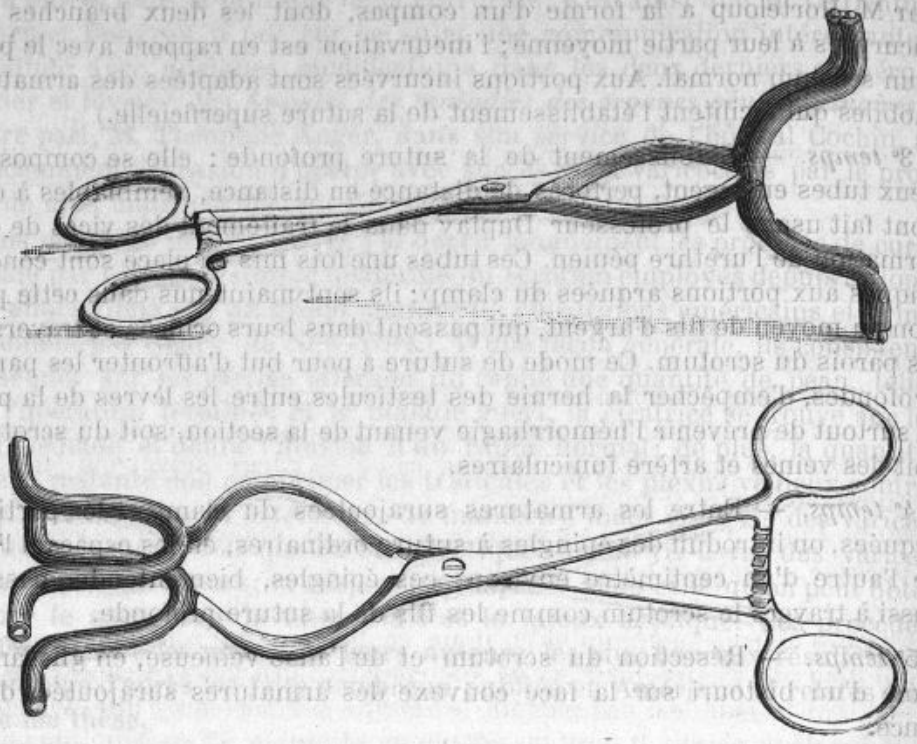
La cure radicale, telle que la pratique M. Horteloup, a presque toujours donné des résultats immédiats et éloignés concluants tant au point de vue de la configuration extérieure des bourses que de la non-récidive des varicocèles. Cinq des dix-huit malades, dont les observations sont publiées dans ma thèse, ont été examinés un certain nombre de mois après l'opération (au bout de 6 mois, 8 mois, 10 mois, 19 mois, 29 mois); chez eux, les douleurs n'avaient pas réapparu et le travail n'était plus pour eux une cause de fatigue, malgré la suppression du suspensoir.

Mais, suivant nous, pour une opération aussi simple que la résection bilatérale du scrotum, combinée ou non à l'excision de veines funiculaires, le manuel opératoire de M. Horteloup est trop compliqué; aussi l'avons-nous modifié comme il suit :

1er *temps*. — Pas de changement.

2e *temps*. — Application du clamp, représenté dans les deux figures ci-jointes, à moitié de sa grandeur naturelle. Ce clamp, construit sur nos indications par M. Raoul Mathieu, est une pince à serrage, dont les mors entourés de caoutchouc présentent les mêmes dimensions et la même forme que les tubes dont M. Horteloup se sert pour établir la suture profonde. Cet instrument est destiné à remplacer non seulement le clamp de M. Horteloup, mais aussi la suture profonde; il s'en suit qu'une fois appliqué on le laisse à demeure. L'application est simple : au moyen des anneaux et des crans d'arrêt, il est possible d'obtenir une constriction

©BIU Santé



convenable; de plus, le scrotum réséqué, on peut diminuer ou augmenter la striction suivant les cas; cette dernière manœuvre, souvent nécessaire, est entourée de grandes difficultés, lorsqu'on suit les règles opératoires de M. Horteloup.

3e *temps*. — A une petite distance du bord convexe des mors de la pince et de leurs portions horizontales, on introduit à travers les parois scrotales une série d'épingles, distantes l'une de l'autre d'un centimètre à peu près. Ces épingles concourent à l'établissement de la suture superficielle et empêcheraient le glissement des mors du clamp dans le cas où ce glissement se produirait.

4e *temps*. — Résection du scrotum et des veines funiculaires. Cette résection se fait soit avec des ciseaux, soit au thermo-cautère; dans les deux cas, la ligne d'incision doit passer à un demi-centimètre des points de perforation des épingles.

5e *temps*. — Sutures entortillées au niveau des épingles.

Pansement antiseptique. — Avec des bandes en tarlatane préalablement humectées on maintient le pansement et la pince. Il est, d'ailleurs, plus prudent de faire reposer les anneaux de la pince sur une planchette, semblable à celle dont on se sert pour soutenir les bourses dans les cas d'orchite.

Vingt-quatre heures après l'opération, M. Horteloup, sans enlever complètement la suture profonde, coupe les fils d'argent au niveau d'un des tubes compresseurs; ce temps opératoire est peu facile pour le chirurgien à cause du gonflement des tissus; il est parfois très douloureux pour le malade. Avec notre instrument, la constriction est aisément diminuée au moyen des anneaux et des crans d'arrêt. Le surlendemain du jour de l'opération, on enlève le clamp; quelques jours après, on supprime la suture superficielle.

BIU Santé

Le manuel opératoire édicté par M. Horteloup se trouve donc notablement simplifié; en est-il de même avec les modifications apportées par M. Le Dentu? Nous ne le pensons pas et de plus il nous semble difficile de faire ainsi une scrotectomie suffisante, c'est-à-dire de suspendre les testicules et les plexus veineux au point d'obtenir une compression utile.

Nous avons déjà fait remarquer que les chirurgiens américains étaient partisans de la résection simple du scrotum, et que, pour M. Horteloup, l'excision veineuse était la cause de la guérison dans l'opération de cure radicale imaginée par lui; qu'il nous soit permis maintenant de résumer les opinions des autres auteurs qui se sont occupés récemment de l'excision cutanée simple ou combinée à l'ablation d'une partie des veines funiculaires.

Mon maître et ami Segond, chirurgien des hôpitaux, considère la résection cutanée comme une opération non chirurgicale, et croit que l'opération de M. Horteloup doit été réservée aux cas très rares, suivant lui, de varicocèles postérieurs et volumineux.

M. Le Dentu a des yeux plus tendres pour le procédé américain qui est applicable, d'après ses recherches personnelles, aux varicocèles petits et moyens.

Quant à moi, je me contenterai de reproduire les conclusions de ma thèse inaugurale, très heureux de les trouver conformes à celles émises par M. Le Dentu dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, à propos de la résection scrotale simple ou combinée à l'excision des veines funiculaires.

« En présence de ces deux opinions différentes, celle de M. Horteloup, qui attribue la cure radicale du varicocèle dans la résection du scrotum à l'excision des veines funiculaires, et celle des chirurgiens américains qui prétendent arriver au même but par la simple ablation des téguments, il nous est difficile de conclure. Mais, puisque les varicocèles douloureux ou peu volumineux disparaissent par la résection simple bilatérale du scrotum, nous pensons que l'excision des veines funiculaires, opération complémentaire, suivant nous, de la résection cutanée, pourra être réservée aux cas de varicocèles dans lesquels le faisceau veineux postérieur est surtout atteint et a acquis déjà un certain volume. »

J'ajouterai, en terminant, que la résection simple bilatérale du scrotum ne produira d'excellents effets thérapeutiques qu'autant qu'on suivra à la lettre les recommandations opératoires de M. Horteloup concernant l'excision cutanée, recommandations, uniquement simplifiées par moi, sur lesquelles je ne saurais trop attirer l'attention des opérateurs.

BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire de pathologie générale, par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. *Deuxième édition* revue et considérablement augmentée avec 143 figures intercalées dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Rien ne peut faire mieux apprécier la rapidité avec laquelle s'accroît la somme de nos connaissances en pathologie que le travail imposé à un auteur pour refaire à trois ans d'intervalle une nouvelle édition d'un livre comme celui de M. Hallopeau. Le succès de la première édition avait été rapide; elle était épuisée en deux ans. Ce succès avait été prévu d'ailleurs par la plupart des critiques; car le livre de M. Hallopeau venait à

©BIU Santé

son heure, en un temps où les étudiants et les médecins, quelque peu étourdis par la multiplicité des acquisitions scientifiques de tout genre, éprouvent le besoin de coordonner dans leur esprit toutes ces choses nouvelles et d'en saisir le lien. La pathologie générale ne peut plus être comme jadis un recueil d'aperçus plus ou moins éloquents sur la maladie en général; son rôle est de procéder à l'étude analytique des causes de chaque maladie en particulier pour mettre ensuite en lumière un certain nombre de modalités suivant lesquelles ces causes agissent, d'indiquer les lois de l'évolution morbide, et enfin d'en déduire les principes généraux qui doivent guider la prophylaxie et la thérapeutique.

Tracer ce tableau d'ensemble suppose qu'on en a patiemment accumulé tous les éléments; nul ne peut prétendre, de nos jours, écrire une pathologie générale sans posséder une érudition considérable. Mais il y faut joindre un sens critique très sûr pour placer à leur plan respectif les découvertes inégalement importantes qui ont signalé ces dernières années. Ces qualités, M. Hallopeau les avait; ainsi s'explique le succès de son livre.

Celui-ci se divise en cinq parties. La première est consacrée à l'ÉTIOLOGIE et comprend deux sections: celle des causes intrinsèques (prédispositions héréditaires, constitution, tempérament, aptitudes morbides, etc.); celle des causes extrinsèques, la mieux connue et la plus vaste et qui comprend cinq classes : causes physiques, mécaniques, chimiques, animées, pathologiques. Dans la classe des *causes animées* se trouve le chapitre consacré aux *agents infectieux*, qui ne comprend pas moins de 150 pages.

Les lecteurs seront reconnaissants à M. Hallopeau du soin avec lequel il a réuni dans ce chapitre tous les renseignements relatifs aux microbes que le médecin a besoin de connaître. M. Hallopeau n'a pas reculé devant les difficultés qu'il y avait à condenser tant de travaux épars, car il en avait bien compris l'importance. « Il est constant, dit-il, que le rôle étiologique des microbes devient de plus en plus considérable, et que leur connaissance conduit à des conceptions nouvelles relativement à l'évolution morbide, à la physiologie pathologique et à la thérapeutique. Il nous a fallu, en prenant surtout pour guide les travaux que nous devons à l'école de Pasteur, aux laboratoires de la Faculté de médecine de Paris et à l'office sanitaire de Berlin, ainsi que le beau livre de MM. Cornil et Babès, refaire leur histoire de fond en comble. » Le souci de ne rien négliger pour tenir son livre au courant des derniers travaux a été jusqu'à placer dans un appendice ceux qui n'avaient pas encore été publiés au moment de l'impression du chapitre des agents infectieux.

La deuxième partie traite des PROCESSUS MORBIDES; M. Hallopeau a rédigé d'une façon particulièrement attentive les chapitres consacrés à l'*inflammation* aux phénomènes de la *karyokinèse*, aux *tumeurs*.

Dans la troisième partie (DES TROUBLES FONCTIONNELS), les travaux les plus récents publiés sur la *dilatation de l'estomac*, les *albuminuries*, les *troubles de l'innervation* sont judicieusement analysés. L'auteur puise largement dans l'enseignement de MM. Charcot et Bouchard, ces deux chefs d'école dont l'influence est si puissante et si salutaire sur les générations médicales contemporaines.

Dans la quatrième partie intitulée : DE L'AFFECTION ET DE LA MALADIE se trouve un projet de classification pathologique et nosologique et l'étude de l'évolution.

Enfin, la cinquième partie est consacrée au diagnostic, à la prophylaxie et à la thérapeutique générale, « que des critiques bienveillants avaient trouvée trop succincte dans la première édition ».

M. Hallopeau est donc en droit d'espérer que son livre continuera à trouver bon accueil près du public médical. Les livres vraiment utiles, comme l'est celui-ci, sont rares, et leur succès durable. — P. LE GENDRE.

REVUE DES JOURNAUX

Paralysie transitoire du nerf radial au début du tabès, par A. STRUMPELL. — G. Fischer a donné l'observation d'un malade qui, deux ans après le début d'un

CIU Santé

tabès, avait présenté sans cause apparente connue une paralysie double des péroniers, avec réaction de dégénérescence. Au bout de six mois, la paralysie avait complètement disparu pendant que le tabes poursuivait son évolution; Fischer était porté à rapprocher cet accident des paralysies des muscles oculaires si fréquentes et si caractéristiques au début du tabès. Son interprétation est juste; on a signalé d'ailleurs d'autres paralysies périphériques dans le tabès.

Voici un fait, observé il y a quelques mois à la polyclinique de Leipzig, qui rentre absolument dans cette catégorie : Un garçon de café se présentait à l'examen accusant une impotence complète de la main gauche. Il racontait que, le dimanche précédent, tranquillement assis en lisant un journal qu'il tenait de la main gauche, le journal lui avait échappé subitement et il s'était aperçu que sa main, jusqu'alors possédant toute sa force, était complètement paralysée. A ce moment, il se rappelle très bien qu'il ne prenait pas un point d'appui sur le bras gauche; il ne s'était pas assoupi un seul instant. D'ailleurs pas le moindre trouble du côté du sensorium, ni douleurs ni sensations anormales dans le membre ni dans le côté gauche.

Il s'agissait bien évidemment d'une paralysie de tous les muscles innervés par le nerf radial. La main était en position classique, les extenseurs et les supinateurs incapables d'aucun mouvement. Au bras, le triceps paraissait obéir aux impulsions volontaires, mais l'extension de l'avant-bras sur le bras s'exerçait moins complètement et avec notablement moins de force à gauche qu'à droite. Les autres muscles du membre fonctionnaient normalement. La sensibilité était conservé notamment dans le territoire palmaire et digital du radial; l'excitabilité électrique était normale aux deux courants dans les muscles paralysés.

Quelle était la nature de cette paralysie? A exclure, d'après les déclarations du malade, la paralysie par compression, la paralysie saturnine, et également la paralysie alcoolique; la profession du malade invoquait bien l'idée de cette dernière; mais, en outre de l'invasion inopinée, aucun autre signe d'alcoolisme ne pourrait être relevé.

Un examen plus approfondi du malade ne laissa pas douter qu'on fût en présence d'un accident initial du tabès. En effet, le signe pupillaire d'Argyll Robertson existait; la sensibilité des pieds et des jambes était quelque peu émoussée; le malade ne pouvait demeurer sur ses jambes les yeux fermés sans éprouver des oscillations assez fortes. Le réflexe rotulien manquait des deux côtés. Le malade, interrogé, reconnut que depuis plusieurs années il éprouvait, dans les jambes, des douleurs lancinantes, et accusait certains troubles vésicaux; les besoins de la miction étaient fréquents et impérieux; il avait même eu de ce fait quelques accidents d'incontinence. Le diagnostic n'était donc pas douteux.

Le malade fut soumis au traitement électrique entre les mains de Mœbius. Déjà, dans la deuxième semaine, la paralysie commençait à céder; elle avait complètement disparu au bout de quatre semaines. Les autres symptômes du tabès persistaient.

L'assimilation est complète de tous points avec les paralysies oculaires : début précoce, invasion soudaine, absence des troubles de la sensibilité, enfin issue favorable et promptement acquise. Il paraît évident qu'il s'agit d'une lésion périphérique des faisceaux moteurs du nerf radial; la participation des nerfs périphériques aux lésions spécifiques du tabès est de mieux en mieux démontrée tous les jours. Enfin, l'importance d'un diagnostic anticipé du tabès grâce à un accident aussi significatif qu'une paralysie du nerf radial ne saurait échapper. (*Berlin. klin. Woch.*, 1886, 37.) — R. L.

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Société clinique de Londres, 14 février 1887. — La dernière séance de ce corps savant a été bien remplie par l'important débat sur la *néphro-lithotomie*. Des communications de MM. Morris, H. Marsh et W. Bennett, l'avaient huit jours auparavant introduit à l'ordre du jour de la Société et MM. Joulée, Bruce Clarke, Bennett, Burney-Yeo, Pitt, Knowsley, Thornton sont venus successivement déposer tour à tour pour ou contre l'opération.

©BIU Santé

Jusqu'à présent le traitement des calculs rénaux était palliatif plutôt que curatif et les guérisons complètes passaient à bon droit comme l'effet d'un heureux hasard. Plus audacieux, le traitement chirurgical est radical, puisqu'il a à intervenir avec le bistouri quand une ponction exploratrice a révélé l'existence et la situation exacte du calcul.

La question opératoire divise les chirurgiens anglais ; par contre, ils s'accordent pour affirmer l'importance d'un diagnostic exact; or le diagnostic est souvent malaisé, le calcul pouvant exister sans symptômes révélateurs, et ces symptômes étant parfois apparents en l'absence de calcul, si bien que l'opération a été quelquefois pratiquée sur des reins exempts de calcul.

Quel doit être le lieu d'élection de l'opération ? La région lombaire pour les uns avec M. Morris ; la région abdominale pour les autres. Non, répond M. Thornton, qui n'a plus « la crainte du péritoine » ; l'incision doit être à la fois abdominale et lombaire, abdominale pour l'exploration diagnostique, lombaire pour l'extraction du calcul.

On a bien cité des chiffres; mais ces statistiques très heureuses ne suffisent pas pour clore un tel débat. La néphro-lithotomie doit encore faire de nouvelles preuves avant de convaincre les praticiens, d'enthousiasmer tous les malades et de condamner à l'abandon les médications classiques. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter le legs de la somme de 12,000 francs que lui a fait M. Morin par son testament en date du 14 décembre 1884.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Sandraz contenant la relation d'expériences faites à la grande Chartreuse sur les modifications de la voix et sur les guérisons obtenues par les inhalations. (Comm. M. Gariel);

2° Un pli cacheté par M. le docteur Garcin (accepté);

3° Un pli cacheté par M. le docteur Rappin (accepté);

4° Un rapport sur une épidémie de variole par M. le docteur Jaurès;

5° Une lettre de M. le docteur Sagnier relative à l'hygiène de l'enfance.

— M. Béchamp adresse à M. le président une lettre dans laquelle il demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé le 13 juillet 1886. Cette pièce a pour titre : *De la cause des altérations subies par le sang, au contact de l'air, de l'oxygène ou de l'acide carbonique.* D'une expérience exécutée avec le concours de Cl. Bernard, M. Pasteur a conclu que dans l'air pur, « le sang n'éprouve aucun genre de putréfaction et conserve l'odeur du sang frais », c'est-à-dire ne s'altère pas. Cependant le savant chimiste avait noté qu'il y avait absorption d'oxygène, dégagement d'acide carbonique, formation de cristaux du sang et disparition des globules. Il attribuait ces phénomènes à des transformations accomplies sous l'influence de l'oxygène de l'air.

Or, il résulte des expériences instituées par M. Béchamp et relatées dans ce pli cacheté, que l'oxygène n'est pas la cause de la disparition des globules et de la formation des cristaux.

M. Gariel présente, au nom de M. Chardin, un nouvel appareil pour la production des courants électriques.

M. J. Rochard met sous les yeux de l'Académie : 1° Un tibia réséqué par M. le docteur Mondot, chirurgien de la marine en retraite, et reproduit presque en totalité ; 2° un

©BIU Santé

calcul énorme de la vessie extrait par le même chirurgien, au moyen de la taille hypogastrique.

M. De Quatrefage présente, de la part de M. le docteur Clément Duruty, un volume intitulé : *Plantes médicinales de l'île Maurice et des pays intertropicaux.*

M. Trélat présente, de la part de M. le professeur Henri Leloir, une brochure intitulée : *Leçons nouvelles sur les affections cutanées d'origine nerveuse; des affections cutanées d'origine spinale, produites par des lésions nerveuses périphériques.*

M. Léon Le Fort présente un nouvel hystéromètre.

M. Chauveau présente, 1° de la part de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, un ouvrage intitulé : *Du charbon symptomatique;* 2° de la part de M. Cornevin, une brochure intitulée : *De l'empoisonnement par les diverses espèces de cytise.*

M. le Président donne lecture des lettres par lesquelles MM. Bergeron et Jaccoud se portent candidats à la place de secrétaire perpétuel.

Sur la proposition de M. le Président, une vacance est déclarée dans la section de physique et de chimie.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national (première division).

La commission, par l'organe de son rapporteur, M. Laboulbène, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Picot, à Bordeaux; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Marquez, à Hyères, et Mauricet, à Vannes; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Ossian Bonnet, à Rio-Janeiro; Riembault, à Saint-Etienne; Zambaco, à Constantinople.

Le nombre des votants étant de 62, majorité 32, M. Picot obtient 27 suffrages; M. Zambaco, 20; M. Marquez, 7; M. Mauricet, 6; M. Ossian Bonnet, 2.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 63, majorité 32, M. Picot obtient 34 suffrages (élu); M. Zambaco, 25; M. Ossian Bonnet, 2; M. Marquez, 1; M. Mauricet, 1.

M. Vidal, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Marjolin, président, Bourgoin, Empis, Jules Lefort, Constantin Paul et Planchon, lit le rapport sur l'inspectorat des eaux minérales dont voici les conclusions :

1° L'inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales.

2° Un médecin-inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eau minérale naturelle dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale.

3° Dans le cas où les nécessités du service l'exigent, un ou plusieurs médecins peuvent être adjoints au médecin-inspecteur sous le titre d'inspecteurs-adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement. Pendant toute la durée de la saison thermale, les adjoints partagent avec les inspecteurs l'assistance médicale des indigents.

4° L'inspection a pour objet tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la santé publique. Les inspecteurs font dans ce but, au propriétaire-régisseur ou fermier, des propositions ou observations qu'ils jugent nécessaires; ils portent leurs plaintes à l'autorité et sont tenus de leur signaler les abus parvenus à leur connaissance.

5° Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales.

6° Les délégués du Comité consultatif d'hygiène publique de France, faisant fonction d'inspecteurs-régisseurs, seront chargés d'examiner les rapports administratifs envoyés à M. le ministre du commerce et de l'industrie par les médecins-inspecteurs-résidents.

7° Ils visiteront tous les établissements thermaux de leur circonscription au moins une fois par an, pendant la saison thermale. Ils séjourneront dans chaque station

©BIU Santé

aussi longtemps que cela sera nécessaire; ils y retourneront à plusieurs reprises s'ils le jugent utile, ou s'ils sont demandés par le médecin-inspecteur.

Ils s'assureront du bon fonctionnement de l'assistance médicale et du service balnéaire pour les indigents, ainsi que pour les malades ayant droit à la gratuité. Ils veilleront à l'exécution des règlements intérieurs et à celle des obligations du cahier des charges. Ils porteront une attention toute spéciale sur l'hygiène de la localité.

8° Les médecins exerçant dans chaque station d'eaux minérales seront réunis une fois l'an en commission consultative, de préférence vers la fin de la saison thermale, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires ou autres; en un mot, toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station. La commission consultative sera composée des médecins exerçant depuis deux ans au moins dans la station thermale. Ne pourront en faire partie que les docteurs en médecine nés ou naturalisés français et reçus dans une des Facultés de France.

9° Les médecins-inspecteurs des établissements d'eaux minérales naturelles seront nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie sur une liste de trois noms proposés par l'Académie de médecine, votant en séance publique et au scrutin secret. Si une nouvelle loi venait à être promulguée, il serait désirable qu'elle conférât à l'Académie le droit d'élire les inspecteurs au vote uninominal, leur élection devant être nécessairement soumise à l'approbation du ministre.

10° La limite d'âge pour les médecins-inspecteurs sera fixée à 65 ans; le titre de médecin-inspecteur honoraire pourra leur être accordé.

11° Les médecins-adjoints seront nommés par le ministre sur la proposition de la commission consultative des médecins de la station thermale, composée comme il est dit ci-dessus, et convoquée extraordinairement, s'il y a lieu, par l'administration. Ils seront nommés pour une période de trois ans, et rééligibles.

12° Les délégués chargés de remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux seront désignés par le Comité consultatif d'hygiène et nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie.

Sur la proposition de M. LE PRÉSIDENT, et après quelques observations de M. Jules ROCHARD, l'Académie décide que la discussion du rapport de M. Vidal aura lieu après l'impression de ce travail dans les *Bulletins*.

— La séance est levée à cinq heures.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 AU 28 FÉVRIER 1887.

Mercredi 16. — M. Florand : Sclérose amyotrophique. (Président, M. Charcot.) — M. Condoléon : Amyotrophie tabétique. (Président, M. Charcot.)

Jeudi 17. — M. Thore : Déchirures de la vulve. (Président, M. Tarnier.) — M. Rouhaud : Des lésions du placenta dans l'albuminurie. (Président, M. Tarnier.)

Vendredi 18. — M. Hartmann : Cystites douloureuses. (Président, M. Guyon.) — M. Dezac-Derecq : De l'épithélioma primitif de l'amygdale. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 19. — M. Blond : De la transsonance pulmonaire. Sa valeur diagnostique dans la tuberculose au début. (Président, M. Peter.) — M. Cardot : Du rhumatisme aux eaux thermales de Luxeuil. (Président, M. Laboulbène.)

Lundi 21. — M. Berbez : Hystérie et traumatisme. (Président, M. Charcot.) — M. Frissard : Des troubles trophiques de la peau consécutifs à la paralysie infantile. (Président, M. Lannelongue.)

Mardi 22 et mercredi 23. — Pas de thèses.

Jeudi 24. — M. Bach : Cure radicale des hernies inguinales congénitales. (Président,

BIU Santé

M. Panas.) — M. Melick : Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités. (Président, M. Duplay.)

Samedi 26. — M. Motheau : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses. (Président, M. Cornil.) — Mme Merritt : Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. (Président, M. Cornil.) — M. Laurent : Symptômes prémonitoires de la paralysie spinale aiguë infantile et de l'adulte. (Président, M. Grancher.) — M. Delalande : De l'artério-sclérose et de ses principales manifestations oculaires. (Président, M. Peter.) — M. Charles : De l'antisepsie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Ses résultats (1885 et 1886). (Président, M. Tarnier.)

Lundi 28. — M. Dubief : Lésions dans la maladie de Parkinson. — M. Graverry : Quelques cas de chirurgie pratique.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LE MAL DE MER. — Bedard.

Bromure de sodium.....	5 grammes.
Bromure d'ammonium.....	2 gr. 50 cent.
Hydrolat de menthe.....	200 grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée de cette solution avant le repas, et une autre avant de se coucher. — Faire usage de ce remède trois jours avant de s'embarquer. — N. G.

COURRIER

A partir du 1er avril 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Écoles d'enseignement supérieur de l'État, seront soumis à un droit d'inscription de 30 francs par trimestre.

Sont dispensés de ce droit, les boursiers ; peuvent, en outre, en être dispensés, un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription.

Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, les Écoles de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences.

Un décret rendu en la forme du règlement d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées.

Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription.

— Un incendie considérable a éclaté samedi, à onze heures du soir, dans une partie des bâtiments de la Faculté de médecine de Nancy. Le laboratoire de thérapeutique et les collections de thérapeutique, le cabinet du professeur d'histoire naturelle, ont été détruits.

On a pu sauver la bibliothèque ; une seule salle a dû être déménagée.

L'incendie aurait été causé par une étuve. Les appartements du secrétaire ont été endommagés par l'eau. (*Gazette des hôpitaux.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Martin (de Rochefort), Mestivier (de Brétigny), Seguin (de Cézac), Jobbé-Duval, médecin du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement de Paris, et celle de M. Auvray (de Nonancourt).

— Par suite du décès de M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris :

M. le docteur Proust passe de l'hôpital Lariboisière à l'Hôtel-Dieu ; — M. le docteur

©BIU Santé

Gouguenheim de l'hôpital Bichat à l'hôpital Lariboisière; — M. le docteur Lacombe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Bichat; — M. le docteur Barth, de la Maison de Sainte-Périne à l'hôpital de Tenon; — enfin M. le docteur Letulle, du Bureau central à la Maison de Sainte-Périne.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 6 mars, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— Un congrès international des délégués des sociétés et des amis de la crémation dû à l'initiative de la commission internationale, se tiendra à Milan, pendant le mois de septembre 1887. — Le but de ce congrès est d'assembler les savants de tous les pays qui voudront étudier en commun les questions se rattachant à la crémation et à l'hygiène des cimetières. Voici le programme : 1° Relation générale concernant les progrès de la crémation chez les différentes nations. 2° Projet de constitution d'une Ligue internationale entre les sociétés de crémation. 3° Projet de législation internationale, relatif au transport des cadavres d'un pays à un autre, à la crémation et à la conservation des cendres, sous le point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale. 4° Relations sur les conditions hygiéniques des cimetières chez les différentes nations. — Rapporteurs : MM. les délégués des sociétés de chaque nation. 5° Des différents systèmes de crémation considérés sous le point de vue technique, moral, hygiénique et économique. 6° Projet de législation internationale relatif à la liberté des funérailles.

Exposition : Dans le but de mettre toujours plus en évidence les progrès de la crémation et la perfection des moyens adoptés pour l'incinération des morts, une exposition aura lieu durant le congrès.

Cette exposition se composera : 1° De modèles, de plans, de dessins relatifs aux cimetières, aux temples, aux appareils destinés à la crémation. 2° D'objets inhérents à l'introduction du cadavre dans l'appareil crématoire, à l'extraction des cendres. 3° De modèles, de plans, de dessins relatifs aux cinéraires, aux urnes, à la conservation des cendres. 4° De modèles, de plans, de dessins de chars, de cercueils, de linceuls pour les cadavres destinés à la crémation. 5° De modèles, de plans, de dessins de chambres mortuaires, de chambres pour constater les décès, pour l'autopsie des cadavres, dans les cas de mort incertaine, soudaine ou suspecte. 6° De livres, d'opuscules, de lois, de règlements inhérents à la crémation.

Les sociétés et les personnes qui peuvent y avoir quelque intérêt sont priées de vouloir bien demander, en temps utile, l'espace nécessaire au placement convenable des objets qu'elles désirent exposer. (*Progrès médical.*)

Allemagne. — La série d'articles intitulée *Danger actuel d'un prolétariat savant* du professeur de statistique Conrad, dont nous avons donné déjà un extrait, (n° du 3 février, contient un renseignement très intéressant sur le nombre des médecins et l'encombrement de la profession en Allemagne.

« Jusqu'ici, dit-il, l'étude de la médecine offrait aux jeunes gens des chances favorables. Ce temps est passé ; l'Allemagne a aujourd'hui 13,200 médecins (d'après la statistique donnée par Borner dans le *Reichs Medizinalkalender* pour 1887, il y a dans tout l'Empire 16,292 médecins). Pour remplacer ceux qui meurent, pour combler les lacunes, là où il en existe encore, pour répondre à l'accroissement de la population, et au développement du bien-être du peuple, 3,500 étudiants en médecine suffisent largement. C'était le nombre ordinaire dans les soixante-dix années qui viennent de s'écouler ; il était à peu près égal au nombre des étudiants en droit. Or, dans le dernier semestre, il y avait 8,465 étudiants en médecine, chiffre supérieur de 3,500 à celui des étudiants en droit. En Prusse, il suffirait d'avoir 250 médecins nouveaux chaque année ; or, en 1884-85, 43 jeunes gens ont passé l'examen d'État ; et dans toute l'Allemagne 882 l'ont subi (au lieu de 620, moyenne de la période précédente). Et l'encombrement ne fait qu'augmenter. »

(*Revue internationale de l'enseignement.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Duroziez : Rapport sur la candidature de M. Malibran au titre de membre titulaire. — II. Bibliothèque : Le magnétisme animal. — III. Revue des Journaux : De l'exagération du réflexe rotulien chez les glycosuriques. — Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hépatique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Courrier de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Le Palais des Sociétés savantes.

Rapport sur la candidature de M. Malibran au titre de membre titulaire

Lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 8 janvier 1887,

Par M. Duroziez.

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Deligny, de Ranse et Duroziez, rapporteur, de vous faire un rapport sur la candidature de M. le docteur Malibran au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

M. Malibran vous a lu un travail intitulé : *Insuffisance tricuspidienne primitive par endocardite végétante.*

Nous sommes étonné que, dans le titre de l'observation, la néphrite, l'urémie et l'emphysème ne figurent pas; c'est le rein et non le cœur qui a produit la mort dans ce cas. Il y avait de l'intérêt à bien définir et limiter les responsabilités. Lorsque les reins fonctionnent mal, ou même ne fonctionnent pas, les poisons sont mal supportés, et en particulier la digitale. M. Malibran indique l'asystolie tout le long de l'observation; nous ne la voyons pas aussi nette. Le pouls n'est pas indiqué; les radiales sont seulement notées sinueuses, indurées. Les œdèmes appartiennent aussi bien à la néphrite qu'à la lésion du cœur, et cette mort rapide n'est pas habituelle à l'insuffisance de la tricuspide.

« Le 15 novembre, onze jours après son entrée, la dyspnée devient excessive; on note un état violacé des lèvres et des extrémités; l'œdème des membres inférieurs a augmenté. On supprime la digitale, qui avait été prescrite, depuis l'entrée, à la dose de 15 centigrammes. — Le 16 novembre, dyspnée plus considérable. Frissons dans la nuit. On entend en arrière et de chaque côté des râles sous-crépitants. — Le 17 novembre, râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon droit, presque rien à gauche.

FEUILLETON

LE PALAIS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Une foule de projets relatifs à la création d'un cercle médical, d'un lieu de réunion pour les médecins, si l'on veut, etc., qui jusqu'alors n'avaient pas abouti, vont recevoir une solution. Leur impuissance avait eu pour cause principale la faiblesse et le manque de cohésion des efforts tentés; grâce à l'appui de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui a repris ces projets pour son propre compte, la question a reçu une nouvelle impulsion, s'est présentée sous un aspect plus pratique, plus étendu, et les choses marchent maintenant très vite.

Plusieurs Sociétés médicales se sont jointes à l'Association française pour l'avancement des sciences, qui venait d'accomplir sa fusion avec l'Association scientifique fondée par Leverrier; une Société financière a offert son concours dans de bonnes conditions, et s'est chargée de l'exécution matérielle de l'œuvre. Voici sur quelles bases l'accord s'est fait. La Société financière ne demande aux Sociétés savantes qui font partie de la réunion qu'un loyer annuel représentant celui qu'elles payent actuellement; peut-être la somme est-elle un peu supérieure, mais de très peu; de son côté, cette Société met à la disposition des Sociétés savantes des salles assez grandes pour que les séances puissent s'y tenir commodément. Il y aura donc probablement plusieurs salles suivant

©BIU Santé

Depuis la veille, la malade n'urine plus du tout. Expectoration aérée sanglante. Mort à trois heures de l'après-midi. »

« Les phénomènes asystoliques, dit M Malibran, se sont manifestés d'emblée par une vive oppression et par un œdème rapidement envahissant, et en deux accès la malade a été emportée. La marche a donc été ici beaucoup plus aiguë que dans les cas ordinaires où l'évolution des accidents de stase pulmonaire et de stase veineuse générale est beaucoup plus lente. »

La malade est morte d'intoxication, urémique ou autre, et non d'asystolie. Les microbes sont-iis pour quelque part dans ces accidents aigus? Cornil, qui a fait l'autopsie, ne les a pas cherchés. Le cœur, à l'autopsie, ne démontre nullement l'asystolie, pas plus que pendant la vie. Il y a donc là matière à discussion. Nous avons encore quelques observations à faire.

Dans le titre, M. Malibran dit que la lésion est primitive, et, plus loin, il la dit isolée. Il assimile les deux termes, primitive et isolée, et en cela il est d'accord avec la plupart des auteurs. Nous nous sommes élevé contre cette confusion.

Si notre faible protestation ne suffit pas, le raisonnement doit s'imposer : primitif et isolé ne sont pas synonymes. Les lésions primitives de la tricuspide, nous ne cesserons de le répéter, ne sont pas rares, sont communes; les lésions isolées sont rares.

Si M. Malibran avait eu connaissance des nombreux articles (1) jusqu'à rabâchage, que nous avons publiés dans votre *Bulletin* et dans l'*Union médicale*, il n'eût pas écrit en commençant son mémoire : « Les lésions du cœur droit sont pour la plupart des lésions secondaires engendrées mécaniquement par des lésions du cœur gauche ou du poumon, à la suite d'une stase progressive dans la petite circulation. L'insuffisance de la tricuspide, par exemple, est presque toujours, chez l'adulte, l'effet

(1) *Du rétrécissement de la tricuspide*, 1868. (*Observations nouvelles de rétrécissement de la tricuspide*, 1869.) — *Rétrécissement de la tricuspide* (1877). — *Du rétrécissement très étroit de la tricuspide* (1883). — *Mitrale et tricuspide* (1881). — *De la fréquence de la lésion chronique ou aiguë de la tricuspide* (1881). — *Du souffle tricuspidien à la pointe* (1882). — *Sphincters et valvules* (1884). — *Claquements cardiaques, artériels et veineux* (1885). — *Auscultation de l'aine* (1885). — *Du pouls veineux et du pouls géminé* (1885). — *Du souffle veineux crural* (*Tribune médicale*, 19 décembre 1886). — *Battements du foie. Dilatation énorme des veines hépatiques; déchirure de la tricuspide. Atrophie rouge du foie. Péricardite adhérente* (1876).

le nombre des membres de la Société, et pouvant contenir 50, 100, ou 200 personnes. De plus, chaque Société aura à sa disposition un local plus ou moins grand, pouvant renfermer ses archives ou sa bibliothèque. Une des salles sera disposée pour pouvoir servir de restaurant, une autre de salle de travail, de lecture, une autre de salon de conversation; bref, le cercle médical sera fondé tout naturellement.

Le choix du local a été un peu difficile; la commission nommée par les différentes Sociétés savantes hésitait entre deux projets : acheter un terrain et y faire bâtir un hôtel; acheter un immeuble qu'on pourrait approprier à sa nouvelle destination. On finit par trouver ce que l'on désirait au centre du quartier Latin, dans le Paris scientifique, au voisinage du boulevard Saint-Michel, du boulevard Saint-Germain et de l'Ecole de médecine, dans la rue des Poitevins. Il existe là un immense hôtel, de construction moderne, l'hôtel Panckoucke, dont la porte d'entrée se voit au bout de la rue des Poitevins. Les pièces actuelles sont vastes assurément, mais trop peu encore pour l'usage auquel on les destine; mais il sera facile de remédier à cet inconvénient en abattant des cloisons, etc. L'hôtel est maintenant acheté, et même une Société, la Société de médecine de Paris, je crois, y est déjà installée. D'autres Sociétés savantes, dont les baux de location sont sur le point d'expirer, l'Association française pour l'avancement des sciences, la Société de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux feront de même, et bientôt toutes les Sociétés qui siègent soit au palais de l'Abbaye, soit dans les annexes de l'Ecole de médecine, dans les mairies des arrondissements voisins, ne tarderont pas à s'y installer aussi.

BIU Santé

de l'impuissance du ventricule droit, à la période terminale de certaines affections cardio-pulmonaires. Le rang secondaire de cette complication, son apparition insidieuse, au milieu de manifestations symptomatiques déjà anciennes, expliquent suffisamment les difficultés que soulève son diagnostic au lit du malade. Ce sont là des faits depuis longtemps classiques. »

Nous admettons que des lésions du cœur droit analogues à celles du foie, par stase du sang, se produisent; mais jusqu'à quel degré de cirrhose peut s'élever ce genre de lésion? C'est ce qu'il faudrait dire. Arrivera-t-on ainsi à la désorganisation de la tricuspide et à un rétrécissement très étroit? L'insuffisance tricuspide n'est plus due à une lésion de la valvule, elle n'est que l'effet de l'impuissance du ventricule, ce n'est plus que de la dilatation, de la mécanique. M. Malibran nous dit que le diagnostic de l'insuffisance de la tricuspide est difficile. Je trouve les cavités droites dilatées, les jugulaires distendues et battantes à la systole, un claquement jugulaire systolique, un souffle crural sans compression systolique ou un claquement crural systolique, un souffle ou un piaulement systolique en bas du sternum, le battement systolique du foie. Que veut-on de plus? Rien, au contraire, n'est aussi facile à reconnaître que l'insuffisance de la tricuspide, et, en somme, M. Malibran a bien su la reconnaître.

Nous répétons ici ce que nous avons bien souvent dit et écrit. Le souffle tricuspidien s'étend du creux épigastrique à la pointe qu'il ne dépasse pas, ayant son maximum ou son point unique de perception, soit à la pointe, soit le long du bord inférieur du cœur, soit dans le creux épigastrique. Nous avons cité des cas où le souffle n'était entendu qu'à la pointe et ne passait ni dans l'aisselle, ni en arrière; les battements systoliques de la jugulaire indiquaient l'insuffisance de la tricuspide. On voudrait faire du souffle de la pointe, toujours, un souffle mitral; ce n'est pas vrai, il faut autre chose pour caractériser l'insuffisance mitrale. Un rétrécissement pulmonaire constaté à l'autopsie, a fait entendre chaque jour, pendant des mois en plein hôpital de la Charité, un souffle de la pointe; on avait diagnostiqué ferme une insuffisance mitrale.

Nous revenons à la tricuspide dont nous disons fréquentes les lésions primitives allant de l'épaississement au rétrécissement très étroit. Il y a les lésions congéniales et les lésions extra-utérines. Nous posons, en principe, que toutes les valvules sont toujours prises ensemble, seulement à des degrés différents. Quand on a l'occasion de faire une autopsie de rhumatisme articulaire aigu, on trouve la tricuspide touchée et enflammée comme la mitrale, ce sont les mêmes végétations. On examine la mitrale, on n'examine pas la tricuspide; les examens du cœur sont mal faits. Nous n'aimons pas

---

Le choix du local paraît à première vue peu heureux, parce qu'on est obligé de prendre pour arriver à l'hôtel Panckoucke plusieurs petites rues étroites et tortueuses qui rappellent un peu trop le vieux Paris. Heureusement tout le quartier limité par les boulevards Saint-Michel et Saint-Germain, les rues Saint-André-des-Arts et de l'Ancienne-Comédie, est appelé à subir des transformations par suite de la continuation du boulevard Saint-André, qui de la place Saint-Michel doit aller se terminer à l'angle de la rue de l'Eperon. Le directeur des travaux de Paris, M. Alphand, consulté à cet égard, paraît rempli des meilleures dispositions et a promis de faire tout son possible pour dégager bientôt l'hôtel Panckoucke. Sera-ce par la continuation du boulevard Saint-André ou par l'élargissement et la rectification des rues voisines? Ce dernier projet paraît devoir l'emporter, parce que le premier demanderait la démolition d'une assez grande partie de l'hôtel, qui se trouve dans l'alignement du boulevard. Assurément il vaut mieux renoncer à faire un boulevard de deux ou trois centaines de mètres, s'il ne doit pas se trouver en ligne droite.

La réunion de plusieurs Sociétés savantes dans un même local nous paraît avoir un grand avantage, en outre de ceux que lui ont trouvé les promoteurs de l'entreprise : c'est de posséder tous les éléments d'une bibliothèque qui sera très précieuse non seulement pour les membres des sociétés, mais encore pour les étudiants, qu'on pourra y admettre moyennant certaines conditions.

En effet, on envoie dans les grandes Sociétés savantes de Paris, même sans y compter l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, qui resteront probablement tou-

©BIU Santé

les statistiques. Nous citerons celle-ci qui nous tombe sous la main; nous la trouvons dans l'*Union médicale* du 26 août 1886.

« Dans une série de 685 autopsies, 131 fois M. Byrom-Bramwell trouve des lésions anatomiques du cœur, dont 83 se rapportent à une endocardite récente ou ancienne. Dans 24 de ces 83 cas, les lésions siègent sur la tricuspide, 10 anciennes, 14 récentes. 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 la mitrale. Pour M. Byrom-Bramwell, ce bruit aurait pour cause l'endocardite rhumatismale de la tricuspide. (*American Journal of med. sciences*, avril 1886.) »

Cela commence à se rapprocher des idées que nous défendons depuis longtemps. Oui, les lésions primitives de la tricuspide, c'est-à-dire celles qui sont indépendantes d'une lésion du poumon ou du cœur gauche, sont communes. Nous ne pouvons ici reproduire tous les cas que nous avons observés.

Le 11 août 1866, nous assistons à l'autopsie d'un tuberculeux qui meurt du choléra. On trouve des tubercules jusque sur les bassinets. Le péricarde est adhérent. Sur la tricuspide sont des végétations. A la surface de la mitrale, une végétation a acquis la grosseur d'un noyau de cerise.

On nous dit qu'on n'avait noté aucun signe.

Nous citons comme preuve de la généralisation de l'endocardite dans le rhumatisme articulaire aigu le cas suivant :

Bernardet, 37 ans, journalière, entre le 30 septembre 1867 et meurt le 11 octobre. A l'autopsie on trouve, dans les jointures du cou-de-pied, de la synovie et une teinte rosée des surfaces, çà et là de l'injection et de la vascularisation. Le péricarde contient un peu de sérosité ; quelques points de purpura ; moins de plaques laiteuses que d'habitude. Le cœur est modérément gros, pointu. Les cavités gauches sont complètement cachées par les droites. L'oreillette droite fait saillie. Le ventricule droit bombe. L'oreillette droite présente une surface opaline. La tricuspide est épaissie et rouge ; le bord en est ourlé ; l'altération est manifeste. La cavité du ventricule droit, un peu dilatée, contient des caillots de plusieurs âges ; quelques-uns ressemblent à la couenne d'une saignée; d'autres à de la fibrine battue. Les sigmoïdes pulmonaires sont rouges et tuméfiées. L'artère pulmonaire est saine et ne contient pas de caillots. L'oreillette gauche est blanche à sa surface interne. La mitrale épaisse, bordée de végétations anciennes et

---

jours en dehors de cette réunion, un grand nombre de brochures, de tirages à part, tous les journaux scientifiques de France et beaucoup de l'étranger. Tous ces journaux et brochures permettront de constituer une bibliothèque unique et très utile, car elle contiendra beaucoup d'exemplaires en double qui pourront servir à des prêts, des échanges, etc., toutes choses qui laissent à désirer dans les bibliothèques officielles, où les travailleurs sont nombreux et les exemplaires en double très rares.

Nous avons entendu dire que chaque Société savante tiendrait probablement à posséder sa bibliothèque à elle; je n'en crois rien; il suffira de considérer le grand avantage qu'on pourra retirer d'une bibliothèque commune, pour ne pas persister dans le système des petites bibliothèques séparées. Ce qu'on pourra très bien faire, et même avec avantage, ce sera de réunir ensemble les ouvrages relatifs à un même sujet, anatomie, physiologie, hygiène, médecine, médecine légale, chirurgie., etc., chaque Société pourra ainsi se rendre compte facilement de l'importance et de l'état de sa bibliothèque, d'une part, et de l'autre la réunion de toutes ces bibliothèques particulières dans une même salle permettra aux travailleurs de pouvoir en user avec la plus grande commodité et sans perte de temps. Quant à la réunion de toute la presse scientifique dans un même local, au jour le jour, nous n'avons pas besoin d'insister sur son utilité pour un cercle, dont elle sera assurément la plus grande attraction.

L.-H. Petit.

©BIU Santé

récentes, présente un orifice qui laisse passer le pouce. Le ventricule gauche à peine dilaté a des parois d'épaisseur normale. Les sigmoïdes aortiques sont épaisses, déformées, granuleuses et insuffisantes. Les poumons sont à peu près normaux. Le foie contient des points purulents, probablement des embolies.

A 23 ans, elle s'alite un mois pour une première attaque de rhumatisme ; une seconde attaque l'alite pendant trois semaines à 33 ans ; à cette époque on attire son attention sur son cœur. Son nouveau rhumatisme date d'un mois. Les doigts sont tuméfiés, les genoux sont libres. Le cou-de-pied gauche est gros, douloureux. La malade a pris 2 et 3 grammes de sulfate de quinine depuis trois jours. Le pouls est à 92, peu développé. Le cœur mesure 13 centimètres sur 18. La physionomie de la malade est très bonne. Battement des jugulaires.

7 octobre. — Pouls veineux.

9 octobre. — Jugulaires saillantes, toujours pleines.

11 octobre. — Sueur profuse ; stertor. La malade meurt à neuf heures et demie du matin.

Remarques. — Ici il n'y a pas d'asystolie, pas d'œdème. Le pouls veineux dépend d'une insuffisance avec lésion constatée par l'autopsie. Nous avons constaté un souffle à à base et à la pointe ; puis le pouls est devenu très fréquent, à 156 ; les bruits normaux n'avaient pas le temps de se produire.

Nous voyons à la Charité un homme jeune atteint de rhumatisme articulaire aïgu. Les arthrites, peu graves, se sont vite calmées, mais le cœur est gravement atteint. On le sent sous la main. On entend sur toute la surface du cœur un souffle énorme au premier temps qui passe en arrière. Pas de claquement au premier temps à gauche. Pas de bruit péricardique. Pas de souffle au deuxième temps. Un claquement crural. Rien dans les plèvres. 30 septembre 1885 P. 120, T. 40°. Pouls régulier. Epistaxis. On a employé successivement le sulfate de quinine, l'acide salicylique, la digitale, les vésicatoires. Le 2 octobre le malade est anhélant. Souffle sur toute la surface du cœur passant en arrière. Il meurt le 7. A l'autopsie on trouve des végétations sur la tricuspide et la mitrale. Rien au péricarde.

Insuffisance de la tricuspide par lésion de la valvule. Rétrécissement mitral. — Bonenfant, 50 ans, matelassière.

7 novembre 1865. — A 7 ans elle a des douleurs de croissance. Vers l'âge de 12 ans elle a des battements de cœur tels qu'elle perd connaissance, et jamais, aussi loin qu'elle se rappelle, elle n'a pu ni monter ni courir. On peut admettre dès cette époque une lésion du cœur. Elle est réglée à 13 ans et se marie à 22. Elle a 7 enfants dont 6 sont morts sans avoir dépassé 4 ans. Elle n'a rien de notable pendant ses grossesses ; ses jambes mêmes n'enflent pas. Elle cesse d'être réglée à 44 ans. Depuis cette époque elle est toujours souffrante. L'œdème ne date que d'un an et a commencé par les pieds ; les digestions sont pénibles depuis. Jamais elle n'a craché de sang.

La figure est pâle, un peu cyanosée et jaune. Les lèvres sont violettes, les conjonctives blanches, les ongles non cyanosés. Les bras seuls sont œdématiés. Le pouls est petit, inégal, irrégulier. Pouls veineux. Cœur énorme ; à droite matité et voussure. Frémissement au premier temps sur une large surface. Souffle en jet de vapeur type occupant toute la surface du cœur, montant le long du sternum, mais ne s'engageant pas dans les artères du cou.

25 novembre. — Erysipèle, anasarque, orthopnée, pâleur.

Mort le 4 décembre 1865.

Autopsie. — Cœur volumineux. Les oreillettes sont aussi développées que les ventricules ; elles sont très dilatées sans hypertrophie des parois. Le ventricule droit est dilaté ; ses parois sont un peu plus épaisses qu'à l'état normal. Le ventricule gauche n'est pas dilaté notablement et n'est pas hypertrophié ; il a conservé ses proportions, et a seulement augmenté de volume. Dans l'oreillette droite on trouve un caillot de la grosseur d'une noix, tout à fait globuleux. La valvule du trou ovale est élargie, opaque. La tricuspide est remarquablement altérée, épaisse, fibreuse, opaline, bridée sur un de

©BIU Santé

ses côtés surtout; aucun point de sa circonférence n'est intact. Elle est largement insuffisante quand on l'essaie sous l'eau. L'artère pulmonaire est dilatée ; les sigmoïdes sont intactes. L'oreillette gauche est dilatée. La mitrale est épaisse, en partie ossifiée. L'orifice est linéaire; une moitié est soudée et l'autre laisse passer le bout du petit doigt. Orifice aortique intact. Poumons engoués, apoplexiés. Foie noix muscade. Reins à peu près normaux ; l'un d'eux présente à une des extrémités une atrophie irrégulière embolique. — Anasarque générale. Ascite.

Remarques. — Nous noterons ce caillot globuleux maintenu dans l'oreillette droite. Nous ne pouvons expliquer comment il n'a pas passé dans le ventricule et de là dans l'artère pulmonaire.

Les lésions primitives, autochtones, de la tricuspide sont communes, mais les lésions isolées sont rares. Aux lésions des orifices, il faudrait joindre les lésions du muscle.

Corvisart cite un cas d'hypertrophie du ventricule droit sans lésion du poumon, sans hypertrophie du ventricule gauche. Il est plus sur son terrain que lorsqu'il s'agit des valvules.

Il a fait modeler un exemple remarquable de l'endurcissement cartilagineux de l'orifice de communication de l'oreillette des veines caves avec le ventricule droit; il a déposé le modèle dans le Muséum de l'Ecole de Paris. Aujourd'hui, M. le conservateur ne nous écouterait même pas.

Corvisart cite le cas d'un palefrenier (obs. XXX); la tricuspide et la mitrale étaient cartilagineuses surtout à leur base, ce qui rétrécissait le diamètre de l'un et de l'autre orifices.

« Ces faits, dit Corvisart, ne sont pas les seuls connus (!); Morgagni (lettre XLII, art. 16) dit qu'une femme de 40 ans avait les valvules du ventricule droit endurcies et semi-osseuses. »

Or, voici le texte : « Aniculæ quœ, in hoc nosocomio, nescio quo ex morbo, nuper decesserat, cum partes quasdam ante medium decembrem. A. 1744, studiosis ibidem juvenibus demonstrarem, in nonnulla, quœ prœter naturam erant, forte incidi. Cordis valvulæ tricuspides hic illic duriores, nec semilunares erant sine duritie. Quin magna quoque arteria osseas hic illic intus habebat squamulas. »

Il est question d'une anicula, une petite vieille; les femmes de 40 ans ne seraient pas contentes. De plus, Morgagni parle d'une tricuspide un peu dure çà et là et non d'une valvule semi-osseuse. Il est utile de remonter à la source.

On est étonné des imperfections et du peu d'exactitude de ces grands esprits. Que dira-t-on de nous dans un siècle?

Nous trouvons, dans le *Journal des Connaissances médicales* (17 juin 1886), un cas de M. Torres Homem (de Rio-Janeiro), intitulé : *Cas rare de rétrécissement isolé de l'orifice tricuspide.*

Déchirure de la tricuspide. Battements du foie. Dilatation énorme des veines hépatiques. Atrophie rouge du foie. Péricardite adhérente. — Marty, 21 ans, maçon, entre le 26 mars 1872, meurt le 28 avril.

A 17 ans, après avoir reçu l'eau toute une nuit, il a un rhumatisme articulaire aigu; il reste six mois à la Pitié. Il travaille dix mois sans aucune gêne. Nouvelle attaque de rhumatisme à la suite d'un travail forcé; il est malade trois mois. Il ne se rétablit pas et ne cherche plus à travailler. Il a des palpitations; les douleurs ne le quittent plus. Il y a six mois, il reste alité deux mois ; il a des douleurs à la poitrine, de l'anasarque et de l'ascite. Il entre alors à l'Hôtel-Dieu; on lui fait deux paracentèses, la dernière il y a deux mois et demi; un mois s'écoule entre les deux ponctions.

3 avril. — Le cœur est gros; la pointe arrondie ne se détache pas bien; on la voit. Souffle au premier temps sur une large surface. Battements du cou et du foie, isochrones avec le pouls radial, dépendant d'une insuffisance tricuspide. Le cou est soulevé en masse, largement, doucement. Souffle au niveau du foie; on a sous l'oreille et le doigt un second cœur. Les jambes ne sont pas œdématiées. Pas d'albumine. Très peu d'urine, d'un beau rouge orangé. Peau pâle, jaunâtre, cyanosée.

8 avril. — Ascite considérable; pas d'œdème à la face, aux bras, aux jambes.

BIU Santé

Mêmes signes du côté du foie, qui dépasse le rebord des fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt. Souffle et battements.

Autopsie le 29. — Pas d'anasarque. L'aorte est normale. Le volume de la veine cave augmente à partir des veines rénales, et surtout au niveau des veines hépatiques, où elle forme un lac. Les veines hépatiques laissent passer le pouce et gardent un volume considérable jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la surface du foie; leur ouverture dans le sac est aussi large que celle de la veine cave. L'oreillette droite ne présente pas de dimensions exagérées. La tricuspide est déchirée et laisse passer un gros pois à travers une de ses valves; les tendons et les valves sont indurés et épaissis. — Les valvules de l'artère pulmonaire sont suffisantes, mais épaissies et plus larges. — L'oreillette gauche est à peu près normale. La mitrale est épaissie, hypertrophiée, mais suffisante. Ventricule gauche un peu dilaté. Sigmoïdes aortiques épaissies, mais suffisantes. — Le muscle est un peu hypertrophié, ressemblant à du jambon cru. Péricarde adhérent, aussi épais que le muscle. Foie énorme, adhérent, atteint d'atrophie rouge (Cornil). Poumons normaux.

Lésion isolée *de la tricuspide.* — Soulier, 64 ans, concierge. Hôpital de la Charité. Mars 1866.

Cet homme n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu; il a eu de fréquentes bronchites et des points de côté. La respiration est gênée depuis deux ou trois ans.

Le malade reste constamment assis dans un fauteuil; il est bouffi, violet, très œdématié. Pouls veineux; pouls radial à peu près régulier, assez égal. Souffle au premier temps en jet de vapeur, ayant son maximum au niveau du sternum, mais s'entendant sur une large surface.

L'autopsie est faite par M. Foley, interne du service; il ne trouve qu'une lésion de la tricuspide; un seul doigt passé à travers l'orifice.

Autre lésion isolée *de la tricuspide.* — Fontaine, 64 ans, boutonnier. Hôtel-Dieu; 27 octobre 1865.

Asthmatique. Souffle au premier temps sur toute la surface du cœur. Cœur gros; impulsion assez forte. Pouls radial régulier, un peu raide. Pouls veineux. Il crachait du sang aussitôt qu'il travaillait un peu fort.

31 octobre. — Souffle bien détaché à la pointe. Pouls très régulier.

3 novembre. — Jambes œdématiées; les mains ne le sont plus. Figure bien désenflée. Un peu d'ascite. Teinte violâtre. Pouls régulier, développé; pouls veineux. Cœur gros. Peu d'impulsion. Parfois le malade sent son cœur battre très fort. Pas de frémissement. A la pointe, souffle intense qui se propage peu à droite. Demi-orthopnée.

6 novembre. — Pouls 80, régulier, assez développé, dur, se développant lentement. Cœur très gros, s'avançant à droite. Pas d'impulsion considérable. La pointe se détache mal; pas de frémissement. Jugulaires grosses, toujours pleines, toujours battantes, battant avec les artères. Le souffle s'entend sur la partie inférieure de la matité, sur une hauteur de 4 centimètres depuis la pointe jusqu'au bord gauche du sternum; le souffle ne s'entend pas à droite, non plus que le long du bord gauche du cœur. Les jambes sont œdématiées. La main gauche a désenflé. Lèvres violettes. Demi-orthopnée. Râles abondants. Toux. Crachats. Figure un peu pâle, grise, terreuse. Conjonctives non injectées.

5 décembre. — Souffle au premier temps à droite, le long du bord inférieur du cœur et en bas du sternum. Pouls veineux. Jugulaires toujours pleines, battant en même temps que le pouls. Rien de notable à gauche ou du moins souffle moins net qu'à droite. La matité s'étend à droite. Impulsion faible; pas de frémissement. Pouls régulier, un peu vibrant; artère raide, dure. Beaucoup de râles sous-crépitants.

22 décembre. — Pouls régulier, assez développé. A la crurale, pouls un peu vibrant, nullement redoublé. Cœur gros. Impulsion peu sensible; frémissement minime. A la pointe, bruit un peu ronflant au premier temps; le maximum du bruit est sur la ligne inférieure du cœur près du sternum. Le souffle se rapproche du jet de vapeur et se propage peu le long du sternum. Les jugulaires se distendent pendant la

©BIU Santé

toux. Pouls veineux. Râles sous-crépitants abondants. Teinte bistrée; conjonctives bistrées. Jambes et paupières moins œdématiées.

Autopsie le 30 janvier 1866.

Les poumons sont emphysémateux. Le foie est granulé à sa surface et noix muscade. Les reins n'offrent rien de très anormal.

Le cœur est gros, dodu, résistant, cylindrique; les parois sont fermes; l'entonnoir du ventricule droit fait saillie. Le péricarde est un peu altéré, surtout au niveau de l'oreillette droite et du ventricule droit qui sont couverts de plaques blanches, jaunâtres, assez saillantes; au niveau des artères, on peut détacher quelques lambeaux.

L'oreillette droite est dilatée. Le trou ovale est fermé. La tricuspide est bridée, épaissie, opaque, contient çà et là des points graisseux; à son bord, elle n'a plus sa forme et sa structure normales. La valvule joue mal sous l'eau; il y a des trous par lesquels l'eau reflue. Le ventricule droit est dilaté, la paroi très hypertrophiée ainsi que les muscles des valvules. L'artère pulmonaire est dilatée; l'orifice est normal. Le canal artériel est oblitéré.

L'oreillette gauche est peu dilatée. La tricuspide est saine, intacte; sous l'eau, les lames oblitèrent complètement l'orifice. Le ventricule gauche n'est pas dilaté; sa paroi est un peu épaissie. L'orifice aortique est sain. L'aorte mince, souple, est un peu dilatée dans sa partie ascendante.

Mérat, 22 juin 1863. — Au mois de janvier, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu. Elle a de l'œdème, surtout à la face, et beaucoup d'albumine. Souffle au premier temps, ayant son maximum sur le bord inférieur du cœur.

Autopsie le 3 juillet.

Les reins sont augmentés de volume. La substance corticale est en partie jaune et contient des fibres à noyaux.

Le cœur est plus gros qu'à l'état normal, pâle, jaunâtre. Les cavités sont dilatées, sans hypertrophie des parois. La mitrale est à peine altérée, suffisante. A la tricuspide, on observe une lésion très remarquable; du côté de l'oreillette, on aperçoit l'orifice bouché par un énorme champignon jaune ressemblant à un caillot, puis disséminées d'autres petites végétations qui ont mangé les bords de la valvule.

Il nous serait facile d'allonger la liste des observations qui affirment le droit de la tricuspide à être lésée directement et non *a tergo*. Sans doute, la congestion par stagnation du sang peut produire dans le cœur droit un état analogue à celui du foie; mais, dans le foie même, il faut distinguer les états secondaires des états primitifs, de même pour les reins. Dans l'observation de M. Malibran, on nous indique des reins très atrophiés avec hémorrhagies punctiformes, une capsule difficile à détacher, etc., de l'autre côté un cœur sans dilatation indiquée de l'oreillette droite, sans pouls veineux notable, sans irrégularités; l'urine est supprimée, nous attribuons la mort aux reins et non au cœur. L'insuffisance de la tricuspide devient accessoire.

Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Malibran est intéressante et mérite d'être publiée.

M. Malibran, ancien interne des hôpitaux, présente tous les titres moraux et scientifiques que vous exigez de ceux qui viennent solliciter vos suffrages. Votre commission vous propose d'inscrire M. Malibran comme candidat à la place de membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

BIBLIOTHÈQUE

Le magnétisme animal, par A. Binet et Ch. Féré. (Paris, Félix Alcan 1887. — Bibliothèque scientifique internationale).

Les publications sur l'hypnotisme se succèdent, pressées et nombreuses, les unes de haute curiosité, poursuivant dans l'histoire et jusque dans la peinture les étrangetés de

©BIU Santé

l'hystérie, d'autres plus modestes, établissent avec soin le bilan des nouvelles acquisitions de la pathologie nerveuse. C'est un ouvrage de ce dernier genre qu'ont écrit MM. Binet et Féré ; il restera, jusqu'à nouvel ordre, le traité le plus sérieux et le plus complet que nous ayons sur l'hypnotisme. Elèves de la Salpêtrière, les auteurs ont traité leur sujet d'abord avec une grande compétence ; tout leur est familier dans les mille et une surprises que l'hypnotisme peut réserver à ses adeptes ; ils professent en outre une foi ardente dans les découvertes de physiologie et de psychologie qu'on peut attendre de l'étude prolongée de ces phénomènes.

L'avenir confirmera-t-il ces espérances ? Ne sont-elles pas l'illusion de néophytes enthousiastes, qui voient dans l'hypnotisme une question toujours et largement ouverte, quand beaucoup d'autres y voient une question presque épuisée déjà, et prête à se fermer bientôt ? Je m'abstiens de trancher le différend, et je me contente de signaler l'intérêt de ce livre, qui se justifie par l'abondance des détails, la rigueur des descriptions, la méthode et l'esprit hautement scientifiques qui guident toujours les auteurs. Chemin faisant, le lecteur corrigera de lui-même quelques exagérations auxquelles se sont laissé entraîner, en leur qualité de spécialistes, MM. Binet et Féré, lorsqu'ils disent, par exemple, que les effets thérapeutiques de l'hydrothérapie peuvent être attribués à la suggestion ; passe encore pour l'homœopathie, pour le globule et la dilution ; mais pour la douche, on admettra difficilement que la suggestion soit seule en cause.

Le titre du livre, *le magnétisme animal*, est heureusement choisi, ne préjugeant rien sur le fond du sujet, et englobant sous une dénomination élastique toutes les variantes de l'hypnotisme ; n'est-ce pas d'ailleurs le terme qui a pour lui les droits de l'ancienneté, puisqu'il a servi à baptiser les découvertes des précurseurs de l'hypnotisme ? Une partie très intéressante du livre est précisément l'historique de ces premières tentatives, celles de Mesmer, de Puységur, de Braid ; il y a, au cours de ce récit, de bien curieux rapports de l'Académie des sciences sur le magnétisme, et les auteurs ont été bien inspirés en reproduisant en entier ces documents.

Il serait superflu aujourd'hui d'entrer dans l'analysie détaillée d'un livre consacré à l'hypnotisme, tellement cette question est universellement connue, dans le monde médical et bien audelà. Les trois états classiques de léthargie, de catalepsie et de somnambulisme, les phénomènes de transfert, l'effet des excitations neuro-musculaires, les expériences théâtrales de suggestion, ont atteint le dernier degré de la vulgarisation, par la culture étendue qui en a été faite de tous côtés, et qui a si vivement sollicité les préoccupations du public.

La revision substantielle de ces matières, que l'on fait avec le livre de MM. Binet et Féré, semble pouvoir conduire aux conclusions suivantes, que je donne pour ce qu'elles valent, ne me dissimulant pas ce qu'elles doivent avoir d'imparfait et d'incomplet :

I. Il existe chez certains sujets un état particulier du système nerveux qui permet chez eux la réalisation des phénomènes connus sous le nom d'hypnotisme ou de magnétisme animal.

II. Cette disposition se confond le plus souvent avec l'hystérie.

III. Elle paraît consister principalement dans deux facultés : 1° Une hyperexcitabilité intense des fonctions nerveuses ; 2° un pouvoir anormal d'isolement, de dissociation de ces fonctions.

IV. Les phénomènes de l'hypnotisme ne sont, au surplus, que la systématisation des faits que l'observation journalière montre comme habituels aux hystériques, tant dans l'ordre psychique que dans l'ordre physique.

V. L'état particulier qui rend apte à subir les différentes phases de l'hypnose, le nombre limité, quoique considérable, des sujets présentant cet état, la nécessité d'une technique spéciale pour la production de ces phénomènes, rendent négligeable le danger auquel certaines pratiques du magnétisme semblent exposer la morale et la sécurité publique. — Lubanski.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

De l'exagération du réflexe rotulien chez les glycosuriques, par le docteur Ferdinand Dreyfous (*Revue de médecine*, décembre 1886.) — La perte du réflexe rotulien est aujourd'hui, grâce aux travaux du professeur Bouchard, un symptôme classique du diabète sucré. Mais en est-il de même chez le glycosurique simple, chez le glycosurique non diabétique? Le docteur Dreyfous ne le pense pas. Pour lui, dans ce cas, le système nerveux peut se comporter d'une façon radicalement opposée. Au lieu de l'abolition du réflexe rotulien comme chez le diabétique, il y aurait chez le glycosurique exagération de ce même réflexe, et le docteur Dreyfous appuie son opinion sur plusieurs observations, soit personnelles, soit empruntées à différents auteurs.

Il y aurait donc là un moyen de différencier la glycosurie du diabète sucré, affections dont le diagnostic est si délicat, que certains auteurs, Landrieux et Iscovescu entre autres, se refusent à admettre « une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique ».

« Le diabète, dit le docteur Dreyfous, est une maladie dépressive du système nerveux et en particulier de la moelle épinière ; et lorsque chez un glycosurique on trouve les réflexes tendineux exagérés, on peut presque à coup sûr affirmer que le sujet n'est pas un diabétique. Cela ne veut pas dire que toutes les glycosuries simples s'accompagneront d'exagération des réflexes (il peut y avoir des glycosuries avec signe de Westphall) ; mais certaines glycosuries qui présentent ce symptôme peuvent être rayées du cadre du diabète. — E. Deschamps.

Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hépatique, par G.-H. Roger. (*Revue de médecine*, novembre 1886.) — Les altérations ou les troubles fonctionnels du foie peuvent donner lieu à la glycosurie par deux mécanismes diamétralement opposés, soit qu'il y ait suractivité du foie et production exagérée de glycosurie, et, dans ce cas, la glycosurie dure autant que l'exagération de la fonction glycogénique, soit que le sucre apporté par la veine porte au moment de la digestion ne puisse être retenu par le foie et passe directement dans la circulation générale ; c'est la glycosurie alimentaire, glycosurie passagère et ne durant que quelques heures.

G.-H. Roger a recherché cette dernière sur différents malades, en leur faisant absorber 150 grammes de sirop de sucre, et voici ce qu'il a observé :

Sur 3 cas de cirrhose avec ascite et développement de la circulation collatérale, une seule fois il y a eu de la glycosurie.

Dans un deuxième groupe de faits, il n'y avait ni ascite ni circulation collatérale exagérée ; 2 fois sur 3 cas, le sucre passe dans l'urine.

Dans la lithiase biliaire, si l'altération hépatique est superficielle, le sucre ne passe pas dans l'urine ; la glycosurie apparaît quand l'ictère est durable et le trouble hépatique persistant.

Quand il s'agit d'une lésion circonscrite du foie (cancer, kyste hydatique), il n'y a pas de glycosurie tant qu'il n'y a pas d'altération diffuse de la glande.

Toutefois la glycosurie alimentaire ne peut pas servir comme élément de diagnostic, car il peut y avoir altération profonde du foie sans qu'on l'observe. Il semble qu'elle ait plus d'importance pour le pronostic qu'elle assombrit fatalement pour Harley. Et, en effet, « un foie qui laisse passer la glycose, laisse également passer les poisons qu'il doit retenir et transformer. Qu'en résulte-t-il? que le poison s'accumule dans le sang ; qu'il y a menace d'auto-intoxication. Les troubles seront évités si les autres appareils fonctionnent normalement. Il semble, en effet, qu'une partie du poison puisse se détruire dans le sang, et il est certain que l'excès peut s'éliminer dans l'urine. Nous arrivons donc à conclure que la toxicité urinaire doit augmenter dans les cas où le foie n'est plus capable de retenir la glycose ». C'est ce qui a lieu ainsi que le montrent les expériences faites par G.-H. Roger dans le laboratoire du professeur Bouchard.

« La glycosurie alimentaire semble donc avoir pour conséquence l'hypertoxie urinaire... Mais il peut y avoir hypertoxie sans que le sucre ingéré passe dans l'urine... Réciproquement, dans quelques cas où l'on observe la glycosurie, la toxicité urinaire

BIU Santé

est relativement faible; mais l'anomalie n'est que de courte durée, et, dans les cas favorables, on voit se produire une sorte de crise, caractérisée par l'augmentation de l'urine, de l'urée et de la toxicité urinaire. » — E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le professeur Villemin (du Val-de-Grâce) prie, par une lettre, M. le Président de l'inscrire parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de Paul Bert.

La correspondance comprend, en outre, de très nombreuses communications relatives au tremblement de terre qui s'est fait sentir, le 23 février, sur le littoral de la Méditerranée; une, entre autres, de M. Stanislas Meunier, qui se trouvait à Nice ce jour-là, et qui, à cinq heures quarante-sept du matin, a pu parfaitement constater les bruits et les secousses du tremblement de terre. Les secousses, au nombre de deux, se sont produites en sens inverse, et c'est à ce phénomène de ballottage brusque qu'il faut, ainsi que le fait remarquer M. Vulpian, attribuer l'arrêt de toutes les pendules dans les localités où la terre a tremblé.

Les communications à ce sujet sont si nombreuses, et quelques-unes présentent un si grand intérêt à cause des relations qu'elles signalent avec certains phénomènes magnétiques notés simultanément aux Observatoires de Perpignan, de Lyon et de Paris, à cinq heures quarante-sept du matin, le 23 février, que l'Académie nomme une commission chargée d'examiner tous les documents à ce sujet, et de présenter un rapport dans une séance ultérieure.

— M. Gaudry met sous les yeux de l'Académie le commencement d'un grand travail de M. Emile Rivière sur l'antiquité de l'homme, et il insiste sur l'importance et le nombre prodigieux des objets manufacturés et des fossiles trouvés par M. Rivière dans ses fouilles.

M. Vulpian regrette que des facultés si remarquables de « découvreur » n'aient pas été secondées par une position scientifique officielle.

— M. Larrey dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur de Pietra Santa résumant trente-cinq années de recherches sur l' « emprisonnement cellulaire ». Ce mémoire, dit le présentateur, est du ressort de l'Académie des sciences morales et politiques aussi bien que du nôtre. Je propose de le renvoyer à la commission des prix de statistique ou des prix Montyon. En voici les conclusions principales :

« Pour appliquer l'emprisonnement cellulaire dans les conditions les plus favorables, il faut renoncer aux grandes prisons qui, comme Mazas et La Santé, renferment en moyenne plus de 1,000 prisonniers, sans compter les encombrements regrettables qui s'y sont produits au cours de ces dernières années en nécessitant le placement de deux prisonniers dans une même cellule.

« Il est indispensable que le directeur et le médecin conservent, avec une responsabilité effective, une certaine indépendance vis-à-vis des bureaux de la Préfecture.

« La constatation scientifique des cas de folie et de suicide ne sera possible que lorsque le médecin se trouvera en mesure de recueillir sur chaque prisonnier un dossier complet, comprenant des renseignements exacts *avant*, *pendant et après* son incarcération.

« La maison de prévention ou de condamnation ne doit recevoir sous aucun prétexte des condamnés, et la maison de correction réservée aux courtes peines doit pouvoir diriger sur les maisons centrales les condamnés à plus d'un an et un jour de prison.

« La colonie agricole et le patronage sont le cortège absolument indispensable du régime cellulaire.

« Pour ce qui concerne le fonctionnement du régime lui-même, il faut assurer au prisonnier un plus long temps de promenade, une aération régulière de la cellule, une alimentation plus réparatrice.

©BIU Santé

« La diminution de fréquence des aliénations mentales, des suicides et des tentatives de suicide ne sera obtenue qu'en mettant réellement en *pratique* le programme jusqu'ici *théorique* formulé par le législateur, à savoir :

« — Visites multiples dans la cellule par le directeur, les aumôniers, le médecin, les gardiens et contremaîtres, les membres des Comités de surveillance et des Sociétés de patronage.

« — Travail effectif et rémunérateur remplaçant l'*occupation* intermittente ou temporaire, dont seuls quelques détenus peuvent actuellement bénéficier.

« — La lecture et l'exercice réel et sérieux du culte compléteront cet ensemble de mesures qui seules doivent maintenir l'intégrité des facultés intellectuelles du détenu, et le conduire à la moralisation, l'objectif suprême de toute législation pénitentiaire véritablement sociale et humanitaire. »

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE DES NOUVEAU-NÉS. — Brochin.

Si le lait de la nourrice est trop riche, mettre plus d'intervalle entre les tétées; s'il est trop pauvre, rendre le régime de la nourrice plus fortifiant. Dans le cas d'allaitement au biberon, n'ajouter d'autres aliments au lait qu'après six ou sept mois; n'opérer le sevrage complet qu'après quinze, seize ou dix-huit mois. Combattre les troubles digestifs par de très petites doses d'eau de Vichy ou de Vals, une cuillerée à café, à chaque tétée, pour les enfants au-dessous d'un an, une cuillerée à dessert au-dessus; l'embarras gastrique, par le sirop d'ipéca; les vomissements, par l'eau de chaux ou la potion de Rivière; les coliques, par des lavements émollients ou huileux; la constipation, par un mélange d'huile de ricin et d'huile d'amandes douces, une cuillerée à café de chaque; les douleurs stomacales vives par des vésicatoires volants sur l'épigastre. — N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

NÉCROLOGIE. — Le professeur C. Schrœder, le célèbre gynécologiste, est mort le 7 février; il occupait depuis onze ans la chaire de l'Université de Berlin.

Le docteur Edwin Chadwick, le grand réformateur de l'hygiène anglaise, vient de s'éteindre à l'âge de 87 ans.

On nous mande de Prague la mort du docteur Halta, professeur de clinique médicale à l'Université allemande.

Le docteur Ranke, le jeune professeur de chirurgie de Groningen, où il faisait son cours depuis sept ans, vient aussi de mourir tout dernièrement, âgé seulement de 37 ans. C'était en même temps un des collaborateurs distingués du *Deutsche med. Wochenschrift*.

L'orthopédie italienne vient de perdre un de ses plus savants représentants : le docteur Panzeri qui, de concert avec le docteur Margary, a fondé il y a quatre ans l'*Archivio di ortopedia de Milan*. — Dr Ch. SCHMIT.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Leclère, médecin consultant à Plombières.

Ses obsèques auront lieu à la Madeleine, le lundi 7 mars courant, à neuf heures et demie.

DE TOUTES LES préparations martiales, la *liqueur de Laprade* à l'albuminate de fer est sans conteste la plus facilement assimilable. Sa composition, son goût agréable, font qu'elle est très bien supportée par l'estomac; aussi l'emploie-t-on aujourd'hui, d'une façon générale, contre toutes les manifestations de la chlorose et de l'anémie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

BIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Epispadias chez une petite fille de six ans. — II. H. Stapfer : Revue trimestrielle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. Bibliothèque : La saignée d'Hippocrate. — IV. Revue des Journaux : Des propriétés antiseptiques du vinaigre et de son emploi dans le traitement de la diphthérie. — V. Thérapeutique : Traitement de la blennorrhagie par le Kava. — VI. Hygiène de l'enfance : De l'alimentation des enfants. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier de l'étranger. — IX. Courrier.

Epispadias chez une petite fille de six ans.

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

Il est bien difficile, en présence d'un de ces vices de développement qu'on appelle épispadias et exstrophie vésicale, de ne pas s'intéresser à leur pathogénie. Laissant de côté pour un moment tout souci chirurgical, l'esprit s'arrête forcément sur ces anomalies bizarres et cherche un peu de lumière dans le chaos de l'embryologie. Cependant, je ne vous retiendrai pas longtemps sur ce problème imparfaitement résolu.

L'exstrophie se comprend encore assez bien, à l'aide de quelques notions positives complétées par une ou deux hypothèses. Vous savez en quoi elle consiste : c'est « un vice de conformation caractérisé par l'absence de la paroi vésicale antérieure et de la partie correspondante de l'abdomen ». On voit à l'hypogastre une surface muqueuse qui n'est autre que la paroi postérieure de la vessie, non déprimée en cupule, mais au contraire saillante et faisant hernie sous la pression des anses intestinales; elle est rouge, sensible au toucher, irritée par les frottements, fongueuse et saignante; les uretères, par deux petits mamelons, y versent continuellement l'urine. L'ombilic, rudimentaire ou invisible, se confond avec son bord supérieur, ou bien il en est séparé par un petit intervalle. La verge est mal développée; l'urèthre est une gouttière ouverte en haut (épispadias), dont l'extrémité postérieure se continue directement avec la muqueuse vésicale. Les testicules sont descendus ou en ectopie; très souvent il y a des hernies inguinales. Chez les filles, les grandes lèvres divergent à leur partie supérieure; à chacune est annexée une moitié de clitoris et un rudiment de petite lèvre, à moins que ces organes ne fassent complètement défaut; dans l'intervalle se voit l'orifice du vagin, séparé de la vessie par une petite surface muqueuse; il n'y a pas trace d'urèthre. Enfin, détail essentiel, la symphyse n'existe pas; les pubis, et avec eux les muscles abdominaux, sont écartés de plusieurs centimètres.

Et voici comment tout s'explique : la paroi de l'abdomen est formée, chez l'embryon, par la membrane primitive de Rathke; les diverses parties qui doivent constituer la paroi définitive apparaissent sur les côtés de la colonne vertébrale, cheminent dans l'épaisseur de cette membrane, la dédoublent et finalement se réunissent sur la ligne médiane. Ainsi vont d'arrière en avant les arcs osseux qui formeront les côtes, ainsi les parties latérales de l'enceinte pelvienne, et en même temps les muscles abdominaux qui prennent attache sur les côtes et sur le bassin. Supposez maintenant qu'un arrêt de développement s'oppose au rapprochement complet des pubis; l'extrémité inférieure des muscles droits reste à distance de la ligne médiane; dans leur écartement persiste la membrane primitive. Mais derrière elle se trouve la partie inférieure du pédicule de la vésicule allantoïde, c'est-à-dire la vessie en voie de formation; il faut donc admettre,

©BIU Santé

et c'est ici qu'intervient l'hypothèse, que la membrane primitive et la paroi antérieure de cette vessie embryonnaire s'atrophient et se résorbent, et que la paroi postérieure reste seule, dans l'écartement des muscles droits et des pubis, pour fermer l'enceinte abdominale. C'est ainsi que la théorie de l'arrêt de développement, qui domine la plupart des malformations congénitales, est souvent obligée d'appeler à son secours une altération pathologique de l'embryon ou du fœtus; et malgré l'alliance des systèmes opposés, l'éclectisme et la bonne volonté des auteurs, force détails nous échappent et restent plongés dans l'obscurité.

L'épispadias nous est assez mal expliqué. On ne voit pas bien, dans l'apparition du tubercule génital au-devant du cloaque externe et dans sa conformation primitive, la raison de cette anomalie. C'est à la face inférieure du tubercule génital que naît une gouttière, qui sera la partie spongieuse de l'urèthre. Si la gouttière ne se ferme pas, si les replis génitaux qui l'entourent d'abord et doivent s'unir pour former le scrotum restent séparés sous forme de grandes lèvres, l'hypospadias est constitué; rien de plus facile à concevoir. Mais l'épispadias? Qui peut donner au canal cette forme de gouttière ouverte au-dessus des corps caverneux? Ectopie, résorption ou défaut de coalescence? Ce que nous savons le mieux, c'est qu'il n'y a pas d'exstrophie sans épispadias, et que l'arrêt de développement de l'enceinte abdominale entraîne toujours, en même temps que la béance de la vessie, la division de l'urèthre. On conçoit d'ailleurs que, les pubis ne se rejoignant pas, les corps caverneux attachés au cercle pelvien divergent dans leur partie profonde, s'unissent près du gland et forment un pénis rudimentaire; que, chez la femme, le clitoris soit bifide et que ses deux moitiés laissent entre elles un espace béant.

Je m'arrête, Messieurs, de peur de ressembler à tant d'écrivains qui essaient d'exposer ces problèmes, mais dont l'obscurité et le style indéchiffrable nous font regretter le temps où les chirurgiens disaient, faute de mieux : « Monstres sont choses qui apparaissent outre le cours de nature et sont le plus souvent signe de quelque malheur à advenir (A. Paré) ».

L'épispadias et l'exstrophie sont d'une fréquence inégale dans les deux sexes. Tous deux sont beaucoup plus rares chez les filles que chez les garçons; pour l'exstrophie, la proportion dépasse 80 p. 100, ce qui n'empêche que beaucoup de chirurgiens l'ont vue dans le sexe féminin, et tout récemment encore, j'ai opéré, avec M. le docteur Descroizilles, une petite fille qui présentait ce vice de conformation et dont je vous raconterai bientôt l'histoire. Pour l'épispadias, c'est une autre affaire; on le voit chez les garçons, mais il est à peu près inconnu chez les filles. J'en ai trouvé cependant un cas mentionné dans une revue allemande (1), et j'en connais un autre observé par mon collègue P. Bazy, chirurgien des hôpitaux. Ces deux exemples viennent s'ajouter à la thèse de Nunez, dans laquelle nous trouvons le premier cas authentique d'épispadias féminin (2).

L'auteur de ce bon travail marche un peu à tâtons dans la pathogénie; mais les faits qu'il rapporte n'en sont pas moins intéressants. Voici en deux mots ce qu'on y trouve, sur le sujet qui nous intéresse. M. le professeur Guyon, dans sa thèse d'agrégation en 1863, avait nié jusqu'à la possi-

(1) *Nouvelles Arch. d'obstétrique et de gynécologie*, avril 1886, p. 162.

(2) Julio-E. Nunez, *Etude sur les vices de conf. de l'urèthre chez la femme*, thèse inaug., Paris, 1882.

bilité de l'épispadias chez la femme; et c'est lui-même qui en a vu le premier exemple en 1881, analysé très complètement dans le travail inaugural de son élève. Il s'agit d'une femme de 27 ans qui avait, dans l'intervalle des grandes lèvres divergentes, à la place du méat et du vestibule, un large orifice situé au-dessous de la symphyse et dont le bord supérieur s'appliquait contre l'ogive pubienne; il n'y avait pas d'écartement des pubis; la paroi inférieure de l'urèthre existait manifestement, la supérieure manquait, mais l'auteur suppose que la portion rétro-symphysaire du canal était conservée, parce que la malade retenait ses urines un quart d'heure, quelquefois une demi-heure. En tous cas, les fonctions du sphincter vésical étaient bien précaires, si tant est qu'il existât, puisque la muqueuse vésicale se présentait à l'orifice largement ouvert. Ajoutons qu'on trouvait au devant du pubis et sur le mont de Vénus, au lieu d'un tégument doublé de graisse et couvert de poils, une peau mince, glabre et piquetée comme par des orifices glandulaires.

A côté de ce fait, M. Nunez en rapporte un autre, observé par le professeur Gosselin, dans lequel on trouve un orifice en tout semblable au précédent, situé au-dessous des pubis, large d'un centimètre et demi, avec procidence de la muqueuse vésicale et rétention de l'urine pendant deux heures. La symphyse pubienne existe, mais plus lâche qu'à l'état normal. L'auteur considère cette malformation comme l'unique spécimen d'une exstrophie incomplète et sous-symphysaire. Pour moi, l'exstrophie sous la symphyse est un problème insoluble, car l'absence de la symphyse est la condition première de l'exstrophie. Quand les os sont réunis, la paroi abdominale est complète et la vessie fermée; l'urèthre seul peut rester béant. Conclusion : le fait de M. Gosselin est un cas d'épispadias chez la femme.

Ce qui rend l'interprétation difficile, c'est qu'il y a une transition insensible entre les divers degrés de l'épispadias et l'exstrophie plus ou moins prononcée. Quand l'urèthre est divisé, les parties supérieures, téguments et pubis, sont réunies comme à regret et imparfaitement développées. Aussi a-t-on pu dire que l'épispadias est un premier degré de l'exstrophie, bien que les parties externes de l'appareil urinaire se développent après les internes; c'est une forme atténuée du même vice d'évolution, dont nous ne connaissons pas absolument toutes les phases.

Et maintenant, voici l'histoire de la petite malade que j'ai opérée à l'Hôtel-Dieu, le 5 août 1886.

Marguerite M... est âgée de 6 ans. Elle porte un épispadias de la partie antérieure de l'urèthre, plus limité que ceux dont il vient d'être question, et offrant plus de ressources à la thérapeutique. En effet, ni M. Guyon ni M. Gosselin n'ont pu rendre à leurs malades l'intégrité de la fonction urinaire ; dans le cas présent, j'ai le droit de compter sur une guérion complète.

Les grandes lèvres divergent à leur partie supérieure ; le clitoris est divisé en deux tiges rosées qui divergent comme elles et s'unissent à angle au-dessous des pubis; à chaque tige est annexée une petite lèvre. Dans l'espace que ces parties laissent entre elles, on voit, au lieu du vestibule, une gouttière ouverte en haut; c'est la portion anté-symphysaire du canal dont la paroi supérieure fait défaut. Cette gouttière se termine au niveau de l'ogive pubienne en se continuant avec la portion rétro-symphysaire, qui paraît bien conformée, de calibre normal et s'ouvre dans la gouttière par un

©BIU Santé

orifice placé exactement au point de convergence des tiges clitoridiennes. Cet orifice, que ferme l'adossement de la muqueuse, admet une bougie comme le ferait l'urèthre normal ; la vessie paraît avoir une certaine capacité. Au-dessus du canal, dans l'écartement des grandes lèvres, est une surface cutanée déprimée, correspondant à la symphyse; la palpation ne révèle aucun écartement des pubis. L'enfant garde partiellement ses urines ; elle sent le besoin, court pour le satisfaire et peut se retenir un instant ; elle urine involontairement à chaque effort.

En résumé, j'ai affaire à un épispadias antérieur, incomplet, avec intégrité de l'urèthre profond. L'incontinence, il est vrai, prouve que le sphincter vésical est partiellement impotent et sans doute peu développé ; néanmoins, l'état fonctionnel n'est pas des plus mauvais. Je dois me proposer un double but : rétablir la forme et la fonction clitoridienne pour l'avenir, rétablir la fonction urinaire. La reconstitution du canal suffira-t-elle pour guérir l'incontinence? Devra-t-on électriser le sphincter? Faut-il espérer que, la forme étant rectifiée, la force lui viendra par le progrès du développement? A toutes ces questions, c'est l'avenir qui doit répondre.

Je commence par aviver la surface déprimée qui couvre la symphyse. L'avivement se termine en haut par une ligne demi-circulaire; en bas, il affleure sans les entamer les deux tiges clitoridiennes divergentes, qui seront ainsi rapprochées sur la ligne médiane, mais non soudées entre elles ; le clitoris nouveau sera fait de deux moitiés juxtaposées. Si j'avivais leur face interne de manière à les confondre, l'orifice de l'urèthre profond, situé juste à leur point de convergence, serait oblitéré ou du moins rétréci. L'avivement terminé, j'étage de bas en haut trois crins de Florence, comme dans la périnéorrhaphie par le procédé d'Emmet. En serrant les fils, les grandes lèvres se trouvent rapprochées, les tiges clitoridiennes adossées, la gouttière uréthrale fermée, la vulve reconstituée dans son aspect normal.

Iodoforme et ouate pour tout pansement; un peu de rétention le premier jour, par le gonflement de la muqueuse, mais le cours de l'urine se rétablit au bout de quelques heures. Ablation des fils le 10 août; la réunion est faite, et l'urine, à ce que dit la mère, est déjà beaucoup mieux gardée. Le 14, à la sortie de l'enfant, la restitution de la forme est parfaite et l'urine est bien retenue pendant le jour, moins bien pendant la nuit. Elle nous est ramenée le 19, perdant un peu la nuit et même le jour, dans les mouvements violents de ses jeux; mais sa mère estime que « tout se raffermira en grandissant », et tel est aussi notre avis.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. — Archives de tocologie. — Octobre, novembre, décembre 1886.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — OCTOBRE 1886.

Fausses tumeurs abdominales. Faux kystes de l'ovaire, par le docteur TERRILLON. — Depuis longtemps on avait signalé l'apparence que peut prendre la paroi de l'abdomen chez certaines femmes, apparence d'une tumeur abdominale qui n'existe pas.

Ces faits sont assez nombreux et ont donné lieu à des erreurs de diagnostic quelquefois préjudiciables aux malades, car ils ont pu faire pratiquer des interventions chirurgicales dangereuses.

Le docteur Terrillon a observé le cas suivant :

Une jeune fille de 18 ans présentait depuis quelques mois toutes les apparences d'une tumeur abdominale : développement de l'abdomen, sensation de pesanteur, digestions difficiles, constipation opiniâtre; la menstruation restait régulière. Elle avait été examinée par des hommes expérimentés, dont le diagnostic fut : tumeur ovarique certaine. Pour d'autres, la tumeur restait douteuse.

L'abdomen avait absolument la forme qu'il présente lorsqu'un kyste ovarique occupe l'abdomen. A la palpation, on sentait une tumeur arrondie, non bosselée, rénitente. La paroi du ventre était tendue et chargée de tissu adipeux résistant.

La percussion permettait quelque hésitation. En effet, la matité, assez nette au voisinage du pubis, était moins évidente vers la partie supérieure. Ce n'est cependant qu'après avoir percuté souvent et plusieurs fois qu'on avait quelques doutes, car pendant les premiers examens la percussion semblait donner une matité évidente. Le toucher vaginal montrait un utérus petit, mobile, sans modification dans les culs-de-sac. Pour éviter les erreurs, la vessie fut vidée avec une sonde. Dans quelque situation que la malade fût examinée, les apparences étaient toujours les mêmes. Quand elle était debout, la tumeur paraissait encore plus nette. Bref, l'exploration méthodique conduisait à cette conclusion : kyste ovarique occupant l'abdomen et placé au-dessus du bassin, mais difficile à limiter à cause de la tension des parois abdominales et de l'épaisseur du pannicule adipeux. La matité indécise et l'absence de la sensation de flot empêchaient cependant de rien affirmer.

En présence de ces doutes justifiés, le docteur Terrillon résolut d'examiner la malade pendant la résolution anesthésique : *le ventre s'affaissa; la tumeur s'évanouit.*

On réveilla la malade : *la tumeur se reproduisit.*

Le docteur Terrillon a trouvé facilement dans la science médicale un certain nombre de faits semblables. Il recherche l'explication du phénomène, et après avoir examiné diverses théories et conclu que les femmes nerveuses, comme on l'admet, sont seules capables de produire cette simulation inconsciente, il se place de nouveau au point de vue qui intéresse le praticien, au point de vue clinique; il termine par la réflexion suivante :

Ce fait et d'autres semblables assez nombreux prouvent les difficultés du diagnostic. Souvent, même par des hommes expérimentés, celui-ci n'a été établi qu'après l'incision exploratrice. Or, si cette incision exploratrice est considérée actuellement comme une opération rationnelle par un grand nombre de chirurgiens, elle n'est cependant justiciable que des cas dans lesquels existe une tumeur véritable ou une ascite qui peut la masquer. Elle sert à juger exactement la nature de celle-ci, ses connexions et surtout la possibilité de la cure radicale. Tel est le but que poursuit ordinairement l'opérateur en la pratiquant.

Mais l'opération devient une faute quand elle fait constater l'absence d'une tumeur; l'erreur de diagnostic est alors trop grossière pour être excusée. Elle prouve que l'examen a été insuffisant.

L'auteur insiste, dans le dernier paragraphe, sur l'utilité bien connue du chloroforme en pareil cas.

Etude sur la valeur de la palpation de l'épaule comme moyen de diagnostic des positions du sommet, par le docteur Rivière, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux. — La palpation se vulgarise de plus en plus. Dans un temps plus ou moins éloigné, médecins et sages-femmes sauront également la pratiquer. Elle est, dans la majorité des cas, plus facile que le toucher vaginal, et rend de grands services pendant la grossesse alors que le toucher est muet ou donne des résultats insuffisants.

Le mémoire du docteur Rivière s'adresse à ceux qui sont familiarisés avec le palper abdominal pendant la grossesse. Quant on a étudié dans toutes ses finesses ce procédé d'exploration, on arrive à des diagnostics exceptionnels; ce ne sont pas ceux-là qu'il

©BIU Santé

faut apprendre au praticien. Tout ce qu'il demande, et avec raison, c'est le moyen de faire vite et sûrement le diagnostic courant. Rien ne me paraît mieux marquer, chez un professeur, l'absence de toute aptitude à enseigner que de le voir montrer à ses élèves des cas exceptionnels.

Le principe même du palper méthodique, — et il n'y a pas d'exploration bien faite sans méthode, — consiste dans l'examen de l'excavation, et dans la présence ou l'absence à l'intérieur de la cavité pelvienne d'une tumeur dure, osseuse, s'élevant plus haut d'un côté que de l'autre (*Traité du palper abdominal*, Pinard). Cette tumeur est la tête : le côté qui s'élève plus haut que l'autre est le front. C'est là, je le répète, le principe indispensable du diagnostic par la palpation, l'a b c du praticien qui commence à s'exercer à ce genre d'exploration; mais lorsqu'il est familiarisé avec cette sensation bien nette, les complications, les difficultés, les finesses du diagnostic commencent. Il est des cas où le siège engagé dans l'excavation, — cas exceptionnels sans être très rares, — donne, *à priori*, les mêmes sensations que la tête. Il en est d'autres où le front n'est pas facilement reconnaissable.

C'est à propos de ces faits que le docteur Rivière a écrit son mémoire. L'épaule, reconnaissable à la saillie de l'acromion, lui semble un moyen sûr de savoir quelle est l'orientation de la tête, quand on ne peut déterminer la saillie du front. L'épaule est toujours du côté de l'occiput. Donc, épaule à droite, position droite; épaule à gauche, position gauche.

Cela est vrai, en théorie toujours, en pratique souvent, mais pour être un moyen de diagnostic de la position, meilleur que la recherche du dos, il faudrait qu'il fût infaillible; or, sans vouloir rien ôter au mérite de notre laborieux confrère, je crois que l'épaule n'est pas *toujours* facile à distinguer, surtout par une main moyennement expérimentée. Je crois, de plus, que l'épaule peut être à droite et l'occiput à gauche. Tout dépend de l'*antériorité plus ou moins grande* de la position et de l'inclinaison de l'utérus. Autrefois, on disait : quand les battements du cœur sont à gauche, la position est toujours gauche. Sont-ils à droite, la position est toujours droite. Cela est vrai en général, non toujours. Le signe de l'épaule n'est pas infaillible. Cette réserve faite, le travail du docteur Rivière fait honneur à sa patiente investigation, et si je ne l'analyse pas plus longuement, c'est qu'il intéresse surtout les accoucheurs de spécialité.

Un cas de grossesse extra-utérine, par le docteur Bubendorf (de Belfort). — Cette grossesse extra-utérine présente ce fait particulier d'un écoulement liquide abondant survenu au moment du travail. L'œuf paraît s'être vidé de toute son eau, ne conservant que le fœtus enkysté, dont les os furent expulsés par le rectum au bout de cinq ans. Le docteur Bubendorf se demande d'où venait cette eau qui s'écoula par le vagin au moment de l'accouchement. Il lui semble, comme nous le disions, que l'œuf s'est vidé par la trompe. C'est, en effet, l'hypothèse la plus probable. Le docteur Bubendorf propose, à ce propos, d'ajouter aux variétés de grossesse extra-utérine, dites tubaires et abdominales, la variété tubo-abdominale. Il vaut mieux, au point de vue didactique, ne pas revenir aux variétés beaucoup trop nombreuses de Dezeiméris. Simplifier, voilà ce qu'il faut toujours chercher.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — OCTOBRE 1886.

De la dilatation permanente de l'utérus, mémoire de M. le docteur Vulliet (de Genève), présenté à l'Académie de médecine de Paris. — Le docteur Vulliet résume ainsi les avantages de sa méthode :

1° Elle rend possible une inspection directe par la vue de l'ensemble de la cavité utérine;

2° Elle permet de maintenir la dilatation aussi longtemps qu'il est utile;

3° Par le séjour de substances antiseptiques dans la cavité utérine, cette méthode constitue un traitement très efficace des affections virulentes.

Procédé opératoire. — La malade étant dans la position genu-pectorale, et le col 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 quarante-huit 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 de plus en plus volumineux, il faut huit ou dix obturations pour que la cavité arrive au degré de dilatation, où elle est visible dans toute son étendue.

Le procédé de M. Vulliet, appliqué par le docteur Charpentier dans deux cas d'endométrite chronique rebelle ayant amené un dépérissement considérable, fut suivi d'un plein succès. La dilatation fut bien supportée. Il fallut dix jours pour l'obtenir dans le premier cas, douze dans le second. La dilatation obtenue, l'utérus de la première femme fut gratté, les pansements furent continués avec les tampons iodoformés pendant six jours, et la guérison fut radicale.

L'utérus de la seconde femme fut touché avec un tampon imbibé d'acide nitrique et promené sur toute l'étendue de la muqueuse. La cavité, fut après cette cautérisation, maintenue bourrée de tampons iodoformés jusqu'à l'apparition de la prochaine époque, c'est-à-dire pendant trois semaines. Les douleurs qui se manifestèrent à cette époque furent tellement insignifiantes que la malade ne garda pas le lit un seul jour. Avant le traitement elle gardait le lit et avait d'excessives douleurs. Trois mois après l'opération la santé se maintenait excellente.

Le docteur Vulliet s'est servi de la dilatation pour rechercher des fibro-myomes et en favoriser l'énucléation en incisant la couche de tissu qui sépare le néoplasme de la cavité.

Dans un cas semblable la dilatation essayée par le docteur Porak fut douloureuse et n'eut pas de résultat important.

Le docteur Vulliet s'est servi de sa méthode de dilatation surtout dans les cas de cancer utérin.

Le docteur Porak qui la mit une seconde fois à l'épreuve sur une femme atteinte d'épithélioma déclare que cette méthode ne sert qu'à panser l'utérus, mais ne permet pas d'explorer la cavité utérine par la vue. La malade fut soulagée.

On obtint plus que du soulagement, dans un cas cité par le le docteur Horteloup. La femme était cachectisée; elle avait des pertes violentes. Dès le premier pansement les pertes cessèrent et les douleurs qu'elle éprouvait dans le bas ventre devinrent insignifiantes. Deux mois après son entrée à l'hôpital elle allait et venait sans souffrir et n'était pas reconnaissable. On pouvait voir l'intérieur de l'utérus, cavité anfractueuse présentant sur ses parois des bourgeons caractéristiques. L'avenir apprendra ce que vaut l'ingénieuse méthode du docteur Vulliet.

Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide, par le docteur Pinard et H. Varnier, interne des hôpitaux. — Les générations médicales se succèdent, les élèves jurent sur la parole du maître, puis l'exagèrent et les erreurs s'accréditant de plus en plus, deviennent classiques. En 1843 Amussat se demanda si l'utérus ne se renversait pas en arrière, *dans quelques cas*, parce qu'il était bridé par des adhérences. En 1874 M. Bernutz, dans son rapport à l'Académie sur le mémoire de Charles (de Liège), parle des adhérences, *cause très fréquente* des enclavements irréductibles. Il faut avouer que depuis lors les jeunes médecins, de plus de lecture que d'expérience, ont été tentés de dire : Les adhérences sont la *cause habituelle* de la rétroversion. Or, disent les auteurs du travail que nous analysons, dans le mémoire de M. Bernutz lui-même, collection

©BIU Santé

complète qui renferme 135 observations, il n'y a que *trois* faits d'adhérence. Encore la rétroversion leur est-elle *attribuée*.

MM. Pinard et Varnier croient donc qu'on a exagéré la fréquence de ces brides. Ils pensent avec Duncan, Barns, Spiegelberg, Tarnier, que, lorsque la grossesse surprend un utérus ainsi fixé en rétroversion, les adhérences se ramollissent, s'atrophient, et tendent à se résorber pour laisser l'organe gestateur reprendre sa direction normale. Mais si les brides, suite de métro-péritonite, subissent des modifications pendant la grossesse, il n'en est pas de même des adhérences péritonéales anciennes qui peuvent s'établir entre divers organes de la cavité abdominale, *en dehors de la zone utérine*.

Que des brides péri-utérines, qui ont des connexions vasculaires étroites avec l'utérus, subissent le ramollissement et l'atrophie, rien n'est plus naturel, tandis qu'il n'y a pas de raison pour que des *adhérences unissant l'épiploon, l'intestin et la vessie* entre eux, ou à la paroi abdominale, présentent des modifications semblables. On conçoit que dans ces conditions, *ces adhérences formant un couvercle au détroit supérieur puissent empêcher l'ascension de l'utérus et produire son enclavement dans le petit bassin.*

Suivent cinq observations dans lesquelles l'influence de ces brides est démontrée de la façon la plus nette. L'une appartient à MM. Pinard et Varnier, les autres ont été publiés par Sonthey, Moldenhauer, Schatz et Blundell. Voici le résumé de trois à quatre mois de la première observation :

Une femme enceinte, atteinte de rétroversion utérine, entre à l'hôpital Lariboisière. Elle avait des signes généraux graves datant d'un sondage fait en ville sans précautions antiseptiques, quelques jours auparavant.

Elle était secondipare. Ses suites de couches avaient été pathologiques. On ne put jamais évacuer complètement la vessie. Les yeux de la sonde paraissaient se boucher dès qu'on l'avait introduite et on trouva une fois un débris pseudo-membraneux dans l'intérieur de l'un d'eux.

Cette femme mourut.

La vessie était rattachée à la paroi abdominale par des adhérences très résistantes. Le grand épiploon tassé dans le flanc et la fosse iliaque gauche était attaché à la vessie par des adhérences anciennes fibreuses qu'on ne put déchirer, tandis que, malgré leur résistance, les adhérences de la vessie à la paroi abdominale étaient vasculaires et peu épaisses. La vessie maintenue par les adhérences anciennes ne pouvait revenir sur elle-même; ainsi maintenue, elle opposait à l'ascension de l'utérus un obstacle insurmontable, si bien qu'on ne put réduire l'utérus en introduisant la main dans le vagin. On sectionne les adhérences et avec deux doigts introduits dans le vagin on désenclave l'utérus absolument libre du côté du rectum. La vessie incisée montre son bas fond et son col recouverts par une sorte de chiffon mouillé, membrane d'un gris noirâtre, libre dans la cavité et qui n'était autre chose que la muqueuse sphacélée. Ainsi s'expliquait l'impossibilité de vider la vessie et les débris pseudo-membraneux trouvés dans les yeux de la sonde. Les auteurs nous promettent de compléter leurs curieuses recherches par un travail dont il sera rendu compte dans une prochaine *Revue*.

H. Stapfer.

BIBLIOTHÈQUE

La saignée d'Hippocrate, par le docteur P.-M. Dechaux (de Montluçon). In-12 de x-280 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

« La saignée a traversé les siècles avec honneur et a résisté aux outrages des temps et aux attaques des sceptiques et des démons renverseurs. Ses détracteurs n'ont fait que passer : les puissants de la terre, les savants, les rois, les grands maîtres des écoles les ont éloignés, confondus, et elle a été réhabilitée et maintenue d'âge en âge et relevée à son rang. En vain son ciel se voile; au delà des nuages, son étoile brille là-haut. »

Cette citation donne une idée exacte des tendances scientifiques de ce petit livre et

des procédés littéraires de l'auteur; à ce double titre, son originalité s'affirme et en fait une des lectures les plus curieuses et les plus instructives qui se puissent souhaiter. Transcrivons encore ce passage empreint du plus pur *naturalisme* : « Dans ces conjonctures (états congestifs), c'est une sorte de tempête dans l'économie, avec des ouragans dans la masse des liquides du corps, des débordements comme dans les inondations, des entraînements de matériaux, de sang épaissi, obstruant les couloirs comme dans les crues soudaines, et un danger de submersion et de mort pour des organes importants. »

M. Dechaux nous était connu depuis longtemps comme un des praticiens les plus laborieux et les plus éclairés de la province. Son petit livre ne dément pas cette réputation; mais il nous le montre, en outre, sous l'aspect sympathique d'un confrère plein de verve et d'*humour*, compatissant à ses malades, ouvert et sûr dans les relations, sincèrement et hautement fier des succès de toute nature d'une carrière exemplaire.

Recommandé à tous les titres la lecture des observations suivantes : Grandissime triomphe! — La belle-mère et la belle-fille à vingt-cinq ans de distance. — Epilepsie en voie de guérison! 19 émissions sanguines! — Mes 21 saignées sur moi-même et par moi-même. — Comment résister à des sous-titres aussi alléchants : « Marguerite X..., baigneuse à Néris, 22 ans, fraîche, colorée, active, ardente au travail de la semaine et à la danse du dimanche, contente et heureuse »; — et à cet autre : « Comment je dois mon mariage à la pointe de la lancette? » — Terminons sur cet apophthegme : « Si la lancette a été dénommée souvent l'épée du médecin, l'émétique peut être envisagé comme sa poudre, sa dynamite. » — R. Longuet.

REVUE DES JOURNAUX

Des propriétés antiseptiques du vinaigre et de son emploi dans le traitement de la diphthérie. (*Centralblatt für klinische Medicine*, 3 avril 1886, et *The therapeutic Gazette*, 16 août 1886.) — Sous ce titre, le docteur Friederich Engelmann (de Kreuznach) publie un travail qui est d'autant plus digne de fixer l'attention des praticiens que l'emploi du vinaigre dans les gargarismes appartient depuis longtemps à la médecine populaire, et qu'il est toujours intéressant de voir l'expérimentation venir prêter l'autorité de son témoignage à des applications thérapeutiques restées jusqu'ici dans le domaine de l'empirisme pur, faute de données scientifiques suffisantes pour autoriser le médecin à faire en toute conscience des emprunts à l'aveugle pratique populaire et à donner une place légitime dans son arsenal thérapeutique à ce que la matière médicale primitive du peuple peut contenir d'agents vraiment efficaces.

Nous possédons déjà, dans le jus du citron, un des topiques les plus commodes et les plus efficaces dans le traitement d'à peu près toutes les formes d'angine; si les conclusions du docteur Engelmann se vérifient, le vinaigre commun nous en fournira un second à la portée de tous.

Dans un cas grave de diphthérie, où l'intervention rapide était urgente, le docteur Engelmann n'ayant pu, au moins momentanément, se procurer de l'acide citrique ou du jus de citron, eut l'idée d'y substituer du vinaigre commun avec lequel il fit faire des badigeonnages et des gargarismes. Le vinaigre était employé pur ou étendu d'une proportion variable d'eau : 1 p. 4 d'eau pour les gargarismes, 1 p. 2 pour les pulvérisations. — Vinaigre pur pour les badigeonnages.

Le résultat obtenu s'étant montré favorable, l'auteur voulut vérifier les propriétés antiseptiques du vinaigre d'après la méthode ordinaire et fut surpris de constater leur intensité.

Le critérium choisit fut l'acide phénique en solution à 1, 2, 3, 4, 5 pour 100 dont il ajouta séparément des proportions variables à des liquides putrides fourmillant de bactéries.

Ses expériences comparatives présentées sous forme de tableau synoptique donnèrent en résumé les résultats suivants :

©BIU Santé

L'addition à un liquide putride de 3 pour 10 de vinaigre suffit pour arrêter complètement le développement des micro-organismes au sein de ces 10 parties de liquide putride, tandis que l'addition d'un 10e ou d'un 20e d'une solution d'acide phénique à 5 pour 100 est nécessaire pour obtenir le même résultat.

Ces expériences répétées à plusieurs reprises ont constamment donné des résultats identiques.

Nous souhaitons de voir cette question reprise et les résultats annoncés par Engelmann confirmés, car si la puissance antiseptique de l'acide acétique était démontrée, l'emploi du vinaigre pourrait, dans certaines circonstances, se substituer à titre de succédané très inférieur, il est vrai, et en leur absence aux grands antiseptiques que nous possédons dans les solutions iodées, les solutions de permanganate de potasse, celles de résorcine et des sels mercuriels. — Lucien Deniau.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la blennorrhagie par le Kava

C'est M. le docteur Dupouy qui a fait connaître en France cette plante précieuse qui est destinée à remplacer avec de si grands avantages le copahu, le santal ou le cubèbe dans le traitement de la blennorrhagie. Il en avait constaté les bons effets pendant son séjour aux îles Wallis et son premier soin en abordant en France fut de proclamer que le Kava était un *diurétique puissant et un antiblennorrhagique par excellence.*

M. le professeur Gubler expérimenta le nouveau médicament, et dès 1878 il disait dans le *Journal de thérapeutique* : « Il n'est plus permis de douter de la puissance curative du Kava, non seulement contre les blennorrhées uréthrales ou les leucorrhées vaginales, mais encore, et *peut-être principalement dans les cas d'uréthrites aigues.* Le Kava jouit du pouvoir de modérer l'état inflammatoire des organes génito-urinaires et de réduire ou de supprimer le catarrhe muco-purulent de la muqueuse uréthro-vésicale. Cette double action sur les organes génito-urinaires assigne au Kava une efficacité remarquable contre l'uréthrite dans sa période la plus inflammatoire. »

La difficulté de se procurer le Kava était donc le seul obstacle qui se présentât à la propagation de ce nouveau remède. M. le docteur Fournier prit à tâche d'en triompher et parvint à y réussir; il établit des relations directes avec les îles Marquises et obtint la certitude d'avoir en tout temps un approvisionnement régulier de racines de bonne provenance récoltées dans de bonnes conditions. Il eut alors toute facilité de se livrer à l'étude approfondie du médicament. Il reconnut qu'ainsi que l'avait indiqué le professeur Gubler l'action thérapeutique du Kava résidait dans une oléorésine très aromatique et une substance cristallisable nommée Kavachine, qu'il s'agissait donc d'isoler ces deux principes des matières inactives, amidon, cellulose, etc. et qu'on obtiendrait un produit très actif sous un très petit volume. Il a ainsi créé les pilules dites de Kava Fournier qui renferment chacune très exactement tous les principes actifs d'un gramme de Kava.

Les pilules de Kava Fournier ont bientôt pris une large place dans la thérapeutique. Tous ceux de nos confrères qui les ont employées ont, en effet, constaté promptement qu'elles ne présentaient aucun des inconvénients des térébenthines, copahu, santal, cubèbe, etc., dont l'usage est si désagréable. Le Kava est, au contraire, très agréable au goût et les naturels des îles Marquises fabriquent avec sa racine fraîche une boisson très appréciée. Le docteur Dupouy raconte qu'à son retour en France, il avait l'habitude de prendre l'infusion de Kava une demi-heure avant les repas en guise d'apéritif, et qu'il le tenait comme bien supérieur à ces vermouth, bitter, absinthe qui ont des effets si déplorables sur l'organisme.

Les affections que guérissent les pilules de Kava sont toutes celles qui naissent des inflammations des voies urinaires, la blennorrhagie, l'uréthrite, la gonorrhée, la leucorrhée, le catarrhe de la vessie, la dysurie, la pyélite, la néphrite, les écoulements chroniques, les cystites, quelles qu'en soient les causes, aussi bien celles d'origine rhu-

© BIU Santé

matismale, que les cystites *à frigore* ou les cystites blennorrhagiques chroniques ou aiguës. La dose quotidienne est de huit à douze, et même quinze par jour. Il faut, autant que possible, les prendre au moment des repas par trois ou quatre à la fois, ou plus au besoin, et si on les prend dans l'intervalle des repas, les accompagner d'un bon verre d'eau.

L'emploi du Kava n'expose à aucun inconvénient, ni renvois, ni nausées, ni douleurs dans les reins, ni trouble de l'appétit, ni diarrhée, ni odeur spéciale; quelquefois, dans les gonorrhées chroniques anciennes, il augmente l'écoulement au début du traitement, ce qui inquiète beaucoup les malades; mais il n'y a pas à se préoccuper de ce symptôme; bientôt, en effet, l'écoulement diminue progressivement et disparaît définitivement. Ce remède est encore moins connu que ceux qui l'ont précédé dans la pratique médicale, mais il leur est assurément supérieur et devra les remplacer, maintenant surtout qu'il est facile de se le procurer et que les pilules Fournier en rendent l'emploi très commode.

D. Mangin.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

De l'alimentation des enfants

L'allaitement maternel est la plus naturelle et la première nourriture de l'enfant. Souvent l'élevage par la mère, malgré les avantages qu'il présente, ne peut s'effectuer d'une façon normale. On pensera tout d'abord à employer l'allaitement mercenaire, par la nourrice dans la famille ; mais que de soins pour la bien choisir et que de conditions elle doit remplir ! Si on ne peut avoir recours à ce moyen on peut penser à la nourrice à la campagne ; mais on doit y renoncer, les statistiques donnant une proportion énorme de décès.

Il reste alors l'emploi du biberon qui s'impose, puisque : « L'emploi du verre, de la « cuillère du petit pot doit être proscrit, car cela ne donne aucune peine aux enfants, « n'exerce pas leurs muscles comme la succion ; ce motif seul doit faire adopter l'usage du biberon. » (Page 250). *Hygiène de l'enfance par le docteur Bouchut.* Le lait doit arriver facilement à cause des enfants délicats, ou gênés par un rhume ou un défaut physique de la bouche, et sans que l'enfant soit forcé d'aspirer d'abord l'air contenu dans les tubes. Mais le lait ne doit pas arriver trop vite pour éviter les vomissements ou les étranglements. Le biberon qui se rapproche le plus de ce désidératum est le biberon pompe-Monchovaut bien connu déjà. On lit dans l'ouvrage déjà cité du docteur Bouchut (page 256) :

« Un biberon bien conditionné est le biberon à soupape dans lequel le lait ne redescend « pas : c'est le principe du biberon Monchovaut. »

Le choix du biberon est donc tout indiqué. En effet, à l'extrémité du tube plongeur est une soupape ouvrant de bas en haut. La tétine mince et malléable, percée de trous en piqûre de sangsue se refermant d'eux-mêmes à l'état de repos, fonctionne comme la poire en caoutchouc d'un injecteur. Une fois amorcé à la main, le biberon reste prêt quel que soit le temps pendant lequel s'arrête l'enfant. Il peut par la plus légère pression des lèvres faire arriver le lait dans la bouche, sans frottements capables d'irriter les gencives ou la muqueuse des lèvres. Les trous de la tétine restant fermés, la salive ne peut pénétrer dans l'intérieur pour se mêler au lait ; point essentiel, car le mélange donne lieu aux phénomènes de décomposition signalés par le docteur Fauvel.

La bouteille est graduée en centilitres pour mesurer la nourriture et faire les mélanges prescrits par le médecin. Ce biberon se nettoye facilement. Le bouchon de cristal supprime les inconvénients des bouchons poreux. La soupape, la tétine et le tube de raccord sont en pur para sans sulfure de carbone. Toutes ces raisons doivent faire conseiller aux mères le biberon pompe-Monchovaut de préférence aux autres modèles.

Quand l'enfant atteint l'âge de changer d'aliments, on peut remplacer les biscottes, pains grillés, etc., par un nouveau produit dont il a été parlé dans un précédent numéro. Ce sont les biscotins Delacroix au phosphate de chaux et au fer (ce dernier en minime

©BIU Santé

quantité). La pâte de ces *biscotins Delacroix* excessivement légère et inaltérable, s'imbibe facilement de la salive du bébé. L'enfant trouve dans cet aliment les principes nécessaires à la formation des diverses parties du corps. Dose de 2 à 6 biscotins par jour.

Quand l'enfant grandit, on peut continuer à lui faire prendre des *biscuits Delacroix*, renfermant les mêmes principes. On les donne en guise de dessert et de goûter. Ces biscuits et biscotins permettent d'éviter l'anémie et sont un précieux adjuvant pour rendre les forces aux enfants débiles, aux convalescents et aux personnes âgées. Enfin, ils offrent aux médecins un moyen facile pour faire prendre le phosphate de chaux et le fer aux enfants et aux jeunes filles qui ont souvent de la répugnance à prendre des médicaments.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR PANSEMENTS ANTISEPTIQUES. — Thomas.

Acide borique	100	grammes.
Gomme du Sénégal lavée et séchée	100	—
Glycérine	100	—
Eau distillée q. s. pour obtenir trois litres.		

F. s. a. — La gaze écrue, le coton ou l'étoupe sont successivement lavés à l'eau tiède, à l'hyposulfite de soude (solution à 2°,5 Baumé), à l'acide chlorhydrique (solution 1/20), et à grande eau, jusqu'à réaction neutre au tournesol, puis desséchés à l'étude, et plongés dans le mélange ci-dessus, qui est calculé pour un kilogramme. — Pour un pansement à l'acide salicylique, on remplace l'acide borique de la précédente solution par 50 grammes d'acide salicylique et 40 grammes de borate de soude. — N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

NOMINATIONS. — *Berlin.* — Le ministre des cultes vient de confier de nouveau la direction de l'Université royale de clinique des maladies des femmes au docteur Hofmeier. On sait que le Privatdocent à l'Université est un des plus éminents élèves et collaborateurs de C. Schroeder.

Leipsig. — Le professeur Zweifel (d'Erlangen) vient d'être appelé à la chaire de gynécologie et accouchements en remplacement du professeur Credé.

Le Privatdocent docteur Altmann est nommé professeur d'anatomie à la même Université. — Dr Ch. SCHMIT.

COURRIER

CONCOURS. — L'administration de l'hospice civil d'Elbeuf (Seine-Inférieure) fait savoir que le lundi 6 juin 1887, à quatre heures de l'après-midi, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, un concours public pour la place de médecin en chef.

La commune de Tizi-Ouzou, sous-préfecture, tribunal de première instance du département d'Alger, demande un médecin communal. — Traitement fixe : trois mille francs. — Excellent poste médical à occuper de suite. — Le diplôme de docteur est exigé. — S'adresser au Maire de Tizi-Ouzou.

PROPRIÉTÉ A VENDRE à Bois-Colombes, près Paris, pouvant convenir à une nombreuse famille ; prix : 35,000 fr. — S'adresser aux Bureaux du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L'œuvre de la tuberculose. — II. Revue des Journaux : Sur la thérapeutique moderne des maladies de la peau. — Rétention du testicule compliquée de hernie inguinale. Orchiectomie et cure radicale de la hernie. Guérison. — Sur la fécondation artificielle. — Deux cas de fibromes sous-muqueux de l'utérus. — III. Sociétés des départements : Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (3e trim. 1886). — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Ceinture à pelote du docteur Debacker (de Roubaix). — VI. Formulaire. — VII. Courrier de l'étranger. — VIII. Courrier.

L'œuvre de la tuberculose

Depuis de longues années déjà, l'extension de plus en plus grande que prennent les ravages causés par la tuberculose avait attiré l'attention des médecins et des hygiénistes, et il n'est personne qui n'ait désiré voir mettre un terme à ce redoutable fléau. Jusqu'ici toutes les mesures prises n'ont guère donné de résultats sérieux ; cependant la doctrine de la virulence de la tuberculose, puis la découverte de son bacille spécial, ont fait entrer la question dans une voie nouvelle ; on a pensé qu'on pourrait arriver à combattre cette affection avec plus de succès, soit en modifiant le terrain de façon à le rendre réfractaire à la graine, soit en atténuant la virulence de celle-ci pour en faire un vaccin, etc.

Pour encourager ces tendances et activer la lutte entreprise contre la tuberculose, M. le professeur Verneuil a songé, il y a un peu plus d'un an, à concentrer autour de lui tous les travailleurs. Plusieurs de ses collègues à la Faculté de médecine, MM. les professeurs Bouchard, Brouardel, Charcot, Cornil, Damaschino, Fournier, Grancher, Lannelongue, Potain, formèrent avec lui une sorte de comité de direction ; un grand nombre de leurs élèves, les uns dans les laboratoires, les autres à l'hôpital, recueillirent des documents sur différents points de la question ; une certaine somme, prélevée sur un *fonds d'encouragement* provenant de souscriptions nombreuses, fut mise à la disposition des expérimentateurs pour les aider dans leurs travaux. Le fruit de ce premier labeur est un fascicule de près de 350 pages, qui vient de paraître sous le titre modeste d'*Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, publié chez le trésorier de l'œuvre, M. Georges Masson.

Dans un avertissement placé en tête du volume, le comité de direction rappelle le but de l'*œuvre de la tuberculose*, son mode et ses moyens de travail, afin de « dissiper une erreur du public qui, naturellement préoccupé des résultats immédiats, a supposé qu'on allait aborder d'emblée et en quelque sorte exclusivement le traitement de la phthisie pulmonaire, et cela dans un *Institut* analogue à celui où M. Pasteur et ses élèves combattent et guérissent la rage. » Ainsi donc, il n'y a pas d'Institut contre la tuberculose, ou, s'il y en a un, il n'a rien de commun avec l'œuvre dirigée par M. Verneuil et ses collègues de la Faculté de médecine.

Vient ensuite une notice sur les travaux de Louis Thaon (de Nice) relatifs à la tuberculose, par M. L.-H. Petit. Thaon était en effet un de ceux qui avaient le mieux étudié cette affection ; avec M. Grancher, il avait reconstitué l'unité de la phthisie, établie par Laënnec et détruite par les Allemands, aussi le comité de direction a-t-il cru devoir rappeler la part qui revient à Thaon dans les progrès récents de la question, et auxquels il aurait certainement encore ajouté, si une mort prématurée ne l'avait brusquement frappé au milieu de ses travaux. On peut dire que ce fut une victime de la tuberculose expérimentale.

©BIU Santé

M. le professeur Cornil étudie ensuite les phénomènes de karyokinèse observés dans la tuberculose; il montre que toutes les cellules fixes des tissus y prennent part en se segmentant; que cette segmentation, ou karyokinèse, est déterminée par une irritation due à la pénétration des cellules par le bacille de Koch, et que la prolifération de ces cellules, à laquelle s'ajoute celle des cellules endothéliales des vaisseaux et des cellules migratrices, donne naissance aux lésions de la tuberculose : tubercule, infiltration tuberculeuse, substance caséeuse, etc.

Recherchant les moyens d'atténuer le virus de la tuberculose, M. le docteur Gosselin (de Caen) a essayé de résoudre la question par la méthode expérimentale en faisant passer le virus à travers l'organisme des animaux difficilement inoculables comme le chien et la corneille ; en inoculant des tuberculoses dites bénignes ; en injectant du sang d'animal tuberculeux; les résultats sont restés négatifs, en ce sens que l'atténuation ne s'est pas produite, et que les animaux n'ont pas été mis à l'abri de la tuberculose. Des essais de stérilisatien de l'organisme, soit en modifiant les tissus de sorte qu'une inoculation de nature tuberculeuse reste inactive, soit en empêchant l'évolution des bacilles après l'inoculation, n'ont pas été plus heureux quand on a employé les sels de mercure comme antiseptiques ; mais l'iodoforme a donné des effets plus encourageants. Ces expériences sont d'ailleurs continuées.

MM. Raymond et Arthaud ont aussi essayé de rendre l'organisme réfractaire à la tuberculose ; l'iodoforme et le sulfure de carbone ont été impuissants, mais le tannin à l'intérieur paraît avoir modifié l'organisme, non seulement de divers animaux, mais encore de l'homme, de façon à le rendre impropre au développement des tubercules.

M. le docteur Daremberg (de Menton) a fait des essais analogues dans une autre voie. Après avoir produit la tuberculose par injection intra-crânienne et intra-oculaire de cultures pures de bacilles provenant d'abcès froids et de moelles tuberculeuses, il a voulu voir si l'inoculation préventive de moelles d'animaux tuberculeux d'ancienneté décroissante, selon la méthode pastorienne pour la rage, empêcherait l'évolution du virus tuberculeux frais. Mais jusqu'alors les résultats obtenus ne semblent pas très encourageants.

MM. Landouzy et Hyppolite Martin ont repris la question d'hérédité de la tuberculose et démontré à l'aide d'inoculations en séries, que le sperme des cobayes tuberculisés était virulent, et par suite que le père jouait un rôle aussi actif que la mère dans la transmission de la tuberculose aux enfants.

L'hérédité de la tuberculose est encore démontrée dans un autre mémoire, par M. le professeur Lannelongue, sur la tuberculose externe, congénitale et précoce; la fréquence de cette forme de tuberculose dans le jeune âge, beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement, est encore un argument en faveur de l'hérédité de cette affection, c'est-à-dire de l'infection intra-utérine du fœtus, quel qu'en soit le procédé.

En étudiant, après Baumgarten, la tuberculose du foie, MM. Brissaud et Toupet ont fait voir, comme Landouzy et Martin pour d'autres tuberculoses, que le bacille de Koch n'est pas le critérium du diagnostic anatomo-pathologique de cette affection. Toutes les formes du tubercule peuvent s'y rencontrer, mais l'infiltration miliaire est la plus commune; il peut se développer dans toutes les parties du parenchyme hépatique, mais le plus

souvent dans la capsule de Glisson et en particulier dans l'espace porte sous-lobulaire. La veine porte ne paraît pas être l'axe de formation du tubercule, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs. Il existe, en outre, une forme de tuberculose hépatique sans granulations; on pourrait l'appeler *cirrhose tuberculeuse*, car il s'agit là d'une sorte d'inflammation spécifique. Certaines lésions du foie, indépendantes de la tuberculose, comme les cirrhoses d'origines diverses, semblent exercer une grande influence sur la localisation des tubercules.

L'anatomie pathologique et la pathologie externe sont encore représentées par deux intéressants mémoires : l'un de M. Reclus sur la tuberculose primitive des bourses, qui donne naissance au véritable fongus bénin du testicule, lequel est déterminé par la fonte tuberculeuse d'une gomme comprenant toute l'épaisseur du scrotum; l'autre de M. Valude, sur la tuberculose oculaire. On y voit que, dans la forme aiguë de la tuberculose généralisée, la choroïde et plus rarement la rétine et le corps vitré sont envahis, alors que les parties antérieures de l'œil, iris, conjonctive, cornée, restent toujours indemnes. Dans la tuberculose chronique, on rencontre soit la tuberculose primitive du tractus uvéal, soit la tuberculose de la conjonctive, qui peut être primitive ou secondaire. L'ablation de la lésion primitive dans la forme chronique peut donner une guérison ou plutôt retarder la généralisation durant plusieurs années.

Au point de vue pathologique, on lira encore avec intérêt une courte note de M. Verneuil sur la coexistence de l'arthritisme et de la tuberculose chez un même sujet, à propos de plusieurs cas de lithiase rénale chez des malades atteints en même temps de tuberculose pulmonaire. Cette hybridité est assurément très rare, car M. Guyon ne l'a jamais rencontrée, M. Verneuil ne l'a vue que deux fois et n'en a trouvé qu'un cas dans ses recherches.

Dans une observation de M. Peyrot, on voit aussi la tuberculose et le rhumatisme se manifester par poussées alternatives, et finalement les bacilles tuberculeux se localiser dans une lésion laissée par le rhumatisme.

Le pronostic chirurgical de la tuberculose, qui tend de plus en plus à se fixer, recevra certainement de nouvelles lumières par les deux notes de M. Demars et de M. Verneuil sur la généralisation de la tuberculose consécutive à l'ablation d'un tubercule initial local. Les observations de M. Demars sont relatives à des opérations minimes, trois castrations et un raclage d'hygroma tuberculeux de la patte d'oie, et dans trois cas on a noté l'envahissement rapide des poumons.

M. Verneuil a vu la généralisation s'effectuer soit du côté des poumons, soit du côté des méninges, aussi bien après des opérations minimes, comme des ablations de ganglions tuberculeux, qu'après des opérations graves, comme des redressements de coxalgie, des résections de diverses articulations, etc.

Ces accidents survenant après des opérations minimes ou graves, et assez souvent pour qu'on en tienne compte, l'ont amené à soumettre pendant un temps assez long ses malades, avant de les opérer, à un traitement capable d'atténuer la virulence des microbes qui se trouvent dans les lésions tuberculeuses qu'on cherche à détruire. Evidemment, ces microbes, mis en liberté par l'opération, pénètrent dans le torrent circulatoire et vont

©BIU Santé

s'arrêter dans divers organes : méninges, poumons, séreuses, etc., où ils forment des dépôts secondaires plus ou moins importants et nombreux.

M. Verneuil pense qu'on peut s'opposer à cette colonisation de trois manières : 1° en détruisant tout à la fois le poison et le foyer (ablation par raclage, évidement, résection, amputation); 2° en détruisant le poison dans le foyer (injection des collections avec l'iodoforme ou autre agent parasiticide); 3° en détruisant le poison pendant sa migration, c'est-à-dire dans le torrent circulatoire, qu'il traverse nécessairement pour aller de la région blessée aux viscères, où il se retrouve en cas de généralisation. Pour atteindre ce but, M. Verneuil s'est proposé d'introduire dans le sang un agent médicamenteux qui ne soit pas nuisible à la santé du patient et qui, par contre, neutralise ou détruise le poison circulant.

Les résultats heureux qu'il a obtenus par l'injection des abcès froids avec la solution d'éther iodoformé lui ont fait adopter l'iodoforme comme substance antibacillaire. Voici comment il procède : Chaque fois qu'il opère un tuberculeux, s'il y a une lésion profonde non ouverte à l'extérieur, telle qu'une articulation malade à redresser, des ganglions à enlever, etc., il prescrit l'iodoforme à l'intérieur par la bouche, à la dose de 5 à 15 centigrammes par jour, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. S'il y a lésion ouverte, ulcération, fistule, il saupoudre la plaie avec l'iodoforme finement pulvérisé, ou il y introduit des crayons d'iodoforme solidifié, ou encore il y injecte une quantité suffisante d'éther iodoformé à 5 p. 100. Les jours suivants, il examine les urines, et lorsqu'elles présentent la réaction caractéristique de la présence de l'iode avec l'acide nitrique et le chloroforme, il procède à l'opération. Il pense qu'en agissant ainsi, il peut détruire le virus dans le foyer morbide où l'iodoforme a été injecté; mais, n'étant pas sûr d'avoir réalisé complètement cette destruction ni d'avoir empêché la pénétration et la dissémination du poison dans le torrent circulatoire, il espère modifier le sang de façon à le rendre parasiticide ou peu favorable à la prolifération des bacilles ou de leurs spores. M. Verneuil a déjà retiré de bons résultats de cette pratique, et on peut admettre que le traitement pré-opératoire des tuberculeux, aussi logique, en somme, que celui auquel on soumet les syphilitiques avant de les opérer, donnera les mêmes succès.

M. Verchère a employé la solution iodoformée dans le traitement des adénites cervicales scrofuleuses et tuberculeuses par injections interstitielles; il a obtenu aussi la disparition progressive de ces ganglions, sans suppuration, dans un assez grand nombre de cas.

Reprenant tous les documents qui ont été publiés dans ces derniers temps sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rectales de gaz médicamenteux, d'après la méthode du docteur Bergeon, M. L.-H. Petit a exposé les principes sur lesquels est fondée cette méthode, son mode d'application et les résultats qu'elle a fournis jusqu'alors. Il résulte de cette analyse que certains médecins ont obtenu d'excellents résultats, alors que d'autres n'ont obtenu que des résultats nuls ou mauvais; ces derniers lui paraissent dus à l'inexpérience des praticiens, qui ont employé de mauvais appareils, ou les ont mal employés, ou ont traité des phthisiques arrivés à une période trop avancée de leur maladie, ou n'ont pas prolongé le traitement avec assez de persévérance, etc. Pour obtenir des résultats comparables à ceux des promoteurs de la méthode, il fau-

drait se placer dans les mêmes conditions, et ne songer que plus tard à modifier leurs procédés.

D'un autre côté, M. le docteur Bergeon donne comme contre-indications à l'emploi de la méthode, l'hémoptysie à forme hémorrhagique, l'envahissement de la moitié au moins de l'appareil pulmonaire par les tubercules, ce qui est un obstacle à l'élimination des gaz médicamenteux par cette voie, et par suite une cause d'accumulation du médicament dans l'organisme; les dilatations anévrysmales des vaisseaux thoraciques, la constipation opiniâtre; il signale encore les dangers inhérents à une mauvaise application de la méthode et les chances d'insuccès provenant de l'emploi de substances trop peu actives.

Tel est le résumé succinct des travaux contenus dans ce premier fascicule. Il suffit pour montrer, comme le dit l'*Avertissement*, que le comité de direction et de publication a pris sa tâche au sérieux, et pour attirer de nouveau l'attention des souscripteurs sur l'œuvre de la tuberculose, afin de remplacer les sommes qui ont été distribuées pour les expériences du laboratoire.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Sur la thérapeutique moderne des maladies de la peau, par M. le commandeur C. Manassei, directeur de l'Institut dermo-syphilitique de Rome. — Un travail de cette importance ne s'analyse pas en quelques lignes de journal et doit être lu par tout lecteur soucieux d'œuvres bien faites et consciencieusement élaborées. C'est l'impression que nous a laissée le livre de M. le professeur Manassei.

L'auteur, sous forme d'invocation, se place sous l'égide d'Hébra et de Bazin, et guidé par ces deux grands maîtres, entreprend bravement l'analyse critique de tous les traitements usités actuellement dans les maladies de la peau. Les glycérolés, oléates, composés gélatineux, collodion, traumaticine, avec pourtant quelques réserves, les baumes et résines, le spray et les vaporisations, les pâtes médicamenteuses, les différents savons, l'électricité, le raclage, l'acupuncture, les scarifications, les transplantations, les inoculations, tout y passe; enfin, cette analyse se termine par les services que l'on peut espérer du thermo-cautère et d'une nouvelle substance, la lanoline, que l'auteur a reçue directement de M. le professeur Liebreich, et dont il a tiré d'excellents résultats, sous forme d'onguent, dans le traitement du pytiriasis versicolor avec prurit, et dans l'herpès tonsurans. (In *Gazetta degli ospitali*, n° 9, janvier 1887.)

Sur la fécondation artificielle. Note de M. le professeur Paolo Mantegazza. (In *Gazzetta degli ospitali*, n°s 11 et 12, février 1887.) — L'hygiéniste distingué dont les travaux ont été plus d'une fois appréciés dans cette revue a eu l'occasion de pratiquer un certain nombre de fois la fécondation artificielle avec succès. C'est le résumé de sa pratique qu'il présente au public médical en observant la plus grande delicatesse de touche qu'une matière aussi scabreuse exige impérieurement.

Les différentes conditions physislogiques qui peuvent autoriser jusqu'à un certain point le médecin à proposer cette étrange méthode sont, d'après l'auteur, les suivantes :

1° Dans les cas d'hypospadias;

2° Lorsque la verge est extrêmement courte;

3° Chaque fois que le sperme s'écoule goutte à goute, et n'est pas projeté normalement;

4° Dans tous les cas où il existe une déviation de l'utérus ou un rétrécissement du col tel que la fécondation soit impossible;

©BIU Santé

5° Même lorsque le col utérin a été dilaté artificiellement et n'a pas donné le résultat attendu;

6° Dans tous les cas, enfin, où la cause de la stérilité est restée inconnue.

Il serait bien facile de critiquer cette étrange méthode appelée à rester longtemps encore plus théorique que pratique dans la majorité des cas où son application pourrait cependant rendre le service attendu. Il y aura toujours une barrière difficile à franchir, pour ne pas dire impossible, c'est la répugnance que presque tous les époux éprouveront d'avoir un rejeton autrement que par l'œuvre de la nature.

L'auteur termine cette note par le *modus operandi* qui lui a réussi un certain nombre de fois. Il a d'abord expérimenté la méthode de Rouband et de Sims, et n'a pas obtenu le bénéfice qu'il espérait. Il opère de la façon suivante : Le sperme est recueilli dans un verre, au moment de sa sortie, dans l'acte naturel du coït. Le médecin intervient alors et charge la canule de Rouband, puis, un spéculum étant convenablement placé, il en injecte la semence dans la cavité utérine. Le repos au lit dans le décubitus dorsal pendant quelques heures termine la scène. Il a fallu parfois faire plusieurs séances avant d'obtenir un résultat satisfaisant.

Rétention du testicule compliquée de hernie inguinale. Orchiectomie et cure radicale de la hernie. — Guérison. Histoire clinique recueillie par le docteur V. Capprara, assistant à la clinique chirurgicale de Parme dirigée par M. le professeur Andrea Ceccherelli. (In *La medicina contemporanea*, Janvier, n° 1.) — La rétention du testicule nécessitant un acte opératoire n'est pas très fréquente; c'est ce qui nous engage à résumer l'observation de M. le professeur Ceccherelli.

Le nommé Giacomo Evaristo, âgé de 27 ans, est sain de constitution. Jusqu'à l'âge de 12 ans, il n'a constaté aucune trace de testicules dans ses bourses, et ce n'est que par des manœuvres fréquemment répétées qu'un seul de ses organes, le gauche, est venu enfin prendre sa place dans le scrotum. Trois ans plus tard, Giacomo sent, au niveau de l'anneau inguinal droit, la présence d'un corps rond et douloureux à la pression qui lui semble être son testicule en retard. Il est impossible d'amener à son rang la petite glande, qui est entourée en partie d'une enveloppe molle qui de temps à autre se gonfle et descend dans le scrotum, offrant ainsi à l'examen tous les caractères d'une hernie inguinale dont l'évolution naturelle aurait été arrêtée ou empêchée par la présence du testicule dans l'anneau.

L'opération, pratiquée avec succès le 18 novembre 1886 par M. le professeur Ceccherelli, a consisté en une incision d'environ 7 centimètres de l'anneau inguinal externe, en se dirigeant vers le bas-fonds du scrotum. L'anneau inguinal découvert, le chirurgien se met à la recherche du testicule, le trouve et essaye vainement de le conduire à domicile en constatant qu'il était adhérent au sac herniaire. Il fallut faire l'orchiectomie avec la ligature en deux parties du cordon et des vaisseaux qui l'accompagnent, puis la hernie fut réduite. Suture des piliers de l'anneau avivés et du sac herniaire; dissection et ablation du paquet des glandes; suture avec crin de cheval de la plaie; application d'un tube à drainage et pansement au sublimé. Le 5 décembre suivant, quinze jours après l'opération, le blessé quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Deux cas de fibromes sous-muqueux de l'utérus. Histoire et considérations, par M. le docteur Domenico Pasini. (In *Raccoglitore medico*, série V, volume II, nos 14-15.) — Les fibromes sous-muqueux de l'utérus sont assez rares pour les noter au passage, lorsque surtout ils se présentent dans les conditions où les a observés notre distingué confrère M. le docteur Pasini.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 45 ans, normalement constituée, qui portait une tumeur énorme entre les cuisses que l'examen attentif montra être une production fibreuse attachée au fond de l'utérus, complètement renversé et entraîné au dehors par la masse néoplastique. Un clamp placé à demeure sur la partie pédiculisée du fibrome permit de la serrer dans une anse d'écraseur et d'en faire la section avec facilité. Le clamp tomba six jours après l'opération, et peu à peu tout rentra dans l'ordre normal, malgré le développement exagéré que garda l'utérus longtemps encore après son retrait dans le petit bassin.

L'examen de la pièce fut fait, à Bologne, par M. le professeur Cesare Taruffi, et confirma de point en point le diagnostic porté par notre confrère. La tumeur pesait 560 grammes.

Dans le second cas, nous nous trouvons en présence d'un fibrome sous-muqueux à large base d'implantation. Il s'était développé chez une femme de 49 ans depuis quelques années seulement, avec tout le cortège des troubles symptomatiques de cette affection : pertes excessives, douleurs atroces, urine épaisse, etc. Avant de nous décrire la méthode suivie pour enlever cette tumeur, l'auteur fait avec une remarquable sagacité l'historique et la critique des différents procédés proposés pour l'extirpation de ces tumeurs : l'énucléation, ce vieux procédé dû à Velpeau, et tombé aujourd'hui en désuétude; la castration, ou opération de Battey, dont les résultats si incertains peuvent rendre le plus grand nombre des chirurgiens hésitants; enfin, la laparo-hystérotomie, qui, malgré ses revers, offre encore au praticien tant de ressources et donne, en somme, une moyenne de succès bien plus élevée que toutes les autres méthodes, toutes proportions gardées. C'est ce dernier procédé qu'employa le chirurgien de Ferino. La tumeur enlevée pesait 1,300 grammes; elle avait une circonférence de 42 centimètres et une longueur de 14 centimètres. Pansements et précautions antiseptiques méticuleux; finalement, guérison complète en moins d'un mois. Le résultat, dans ces deux cas, a été aussi beau qu'on pouvait le désirer et fait le plus grand honneur à M. le docteur Pasini.

Dr MILLOT-CARPENTIER.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Les cas dont M. DUPON entretenait ses collègues intéressent les chirurgiens qui recommandent la *résection et la suture osseuse dans le traitement de la pseudarthrose fémorale*. En effet, ils démontrent les avantages qu'il y a à associer la suture à la résection des fragments. Le premier de ces opérés a guéri avec un raccourcissement de 6 à 7 centimètres; le second, porteur d'une fracture non consolidée avec plaie, eut son fémur réséqué de 5 centimètres à deux reprises. Le résultat fut finalement aussi heureux. Ces deux observations ont été publiées par M. Sengeusse, dans sa thèse inaugurale intitulée : *Contribution à l'étude du traitement de la pseudarthrose du fémur par la suture osseuse.*

A propos d'une observation de *kyste ovarique* opéré, ce même chirurgien a recommandé la substitution des boules d'ouate salicylée aux éponges fines pour l'hémostase et l'absorption des liquides. Ces boules sont d'un prix peu élevé, peuvent être détruites après chaque opération et, pour ces motifs, sont préférables dans la pratique hospitalière, où il est difficile d'exiger le renouvellement des éponges à chaque opération.

Parmi les travaux de clinique médicale, il faut signaler une observation d'*érythème polymorphe* contre lequel M. ARNOZAN institua avec succès le traitement par l'iodure de potassium. La guérison fut rapide et, à ce propos, M. Vergely a cité un cas où cette même affection disparut en trois ou quatre jours par l'administration quotidienne d'une dose de 3 grammes du sel alcalin.

M. Arnozan a encore fait connaître le cas d'un enfant atteint de coxalgie et soumis à la médication phosphatique. Ce malade expulsa un *calcul phosphatique* dans la pathogénie, duquel on a pu faire intervenir l'administration exagérée du sel calcique. Cependant, comme le remarquait M. Vergely, on peut se demander également si l'excès des sels de chaux dans l'urine ne serait pas sous la dépendance de la coxalgie, car on ne saurait oublier les expériences de Sanson et la faible absorption de ce corps par l'organisme qui le rejette.

Dans le domaine de l'ophthalmologie, mentionnons une présentation par M. G. MARTIN de pièces anatomiques relatives à l'*énucléation d'un œil contenant un grain de plomb* qui,

©BIU Santé

ayant pénétré à 1 millimètre de la limite cornéenne, avait labouré le corps vitré, blessé un vaisseau choroïdien et soulevé la membrane rétinienne. L'énucléation avait pour but de prévenir une ophthalmie sympathique. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Deux nouvelles observations d'hystérectomie vaginale. — Rapport sur une observation intitulée : « Ostéomyélite chronique centrale suppurée diffuse du péroné, ablation de toute la diaphyse osseuse; régénération de l'os. » — Rétroflexion de l'utérus à angle aigu; douleurs continuelles; opération d'Alexander; guérison. — Luxation ancienne de la hanche; résection de la tête fémorale; guérison. — Des plaies de l'abdomen pendant l'expédition du Tonkin. — Présentation de pièce pathologique : kyste de l'ovaire. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.

M. Terrier communique deux nouvelles observations d'hystérectomie vaginale. Ce sont les cinquième et sixième opérations de ce genre qu'il a pratiquées. Sur ce nombre, il compte trois guérisons sans récidive depuis dix-huit mois à un an que les malades ont été opérées.

M. Bouilly fait observer que si la question opératoire est aujourd'hui jugée, il n'en est pas de même de la question thérapeutique qui doit être réservée. M. Bouilly se propose de communiquer les résultats de ses propres opérations lorsqu'il aura pu suivre ses opérées pendant un temps suffisant.

— M. Schwartz fait un rapport sur un travail de M. le docteur Reynier, intitulé : *Ostéomyélite chronique centrale suppurée diffuse du péroné, ablation de toute la diaphyse osseuse; régénération de l'os.*

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 16 ans qui, huit à dix jours après une chute, fut obligé de s'arrêter à cause du gonflement et de l'endolorissement qui survinrent au niveau de la malléole gauche. Il se forma un abcès qui fut ouvert, resta fistuleux et donna issue à deux petits fragments osseux. Le malade n'a jamais pu travailler depuis; le gonflement du péroné n'a cessé d'augmenter, et, huit mois après, à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, il présentait l'état suivant : gonflement fusiforme de la diaphyse du péroné par dessus lequel la peau est tendue, mais ni rouge ni œdématiée; les épiphyses paraissent normales; en bas persiste au-dessus de la malléole externe l'orifice fistuleux qui laisse écouler quelques gouttes de pus pendant la journée. La pression tout le long du péroné est douloureuse; douleurs spontanées, aussi bien le jour que la nuit. Un peu d'atrophie des muscles de la jambe à la partie antérieure; le tibia est sain. Apyrexie, état général mauvais, pâleur et amaigrissement.

M. Reynier posa le diagnostic d'ostéomyélite, sans qualificatif. Le mal ne se modifiant pas sous l'influence d'un traitement général, avec l'iodure de potassium d'abord, puis avec l'huile de foie de morue, M. Reynier se décida à pratiquer la résection par le procédé d'Ollier, qui permet d'enlever la totalité de l'os sans léser les branches nerveuses du sciatique poplité externe. L'os fut décollé de son périoste, sectionné au-dessus du cartillage épiphysaire inférieur et au-dessous du supérieur (les deux cartilages paraissent sains ou peu altérés); on enleva ainsi toute la diaphyse.

L'examen de l'os, après une coupe longitudinale, montre l'éburnation des couches superficielles et toutes les lésions de l'ostéite condensante et hypertrophiante; les lésions intérieures répondent à une ostéomyélite centrale suppurée, avec ostéite condensante autour du canal médullaire. L'examen histologique, fait par le préparateur du laboratoire de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, confirme les données de l'examen macroscopique; il ne révèle la présence d'aucun bacille de la tuberculose dans le pus du canal médullaire.

BIU Santé

Au bout de trois mois, la guérison était complète. Lorsque le malade commença à se lever, on lui mit un appareil silicaté pour empêcher la production d'un pied-bot valgus pas absence du tuteur péronéal, et on le fit partir pour Vincennes.

Tout récemment, lorsque le malade a été présenté à la Société de chirurgie, on a pu constater que le péroné était en grande partie régénéré en bas, et qu'en haut, il n'existait qu'un intervalle d'environ 4 centimètres entre les deux extrémités osseuses en voie de se rejoindre. Il n'y a aucune déviation du pied, sur lequel le malade peut s'appuyer fortement. Tout fait espérer que la régénération osseuse sera complète dans quelque temps. L'état général est très notablement amélioré.

— M. Bouilly fait une communication sous le titre suivant : *Rétroflexion de l'utérus à angle aigu; douleurs continuelles ; opération d'Alexander ; guérison.*

Il s'agit d'une femme de 31 ans, mère de six enfants, entrée à la Maternité le 15 avril 1886; elle se plaint de douleurs continuelles siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, irradiées à la région lombaire, à l'aine gauche, à l'anus, surtout au moment de la défécation, ayant leur maximum d'intensité pendant la marche et la station debout, l'ayant obligée enfin à cesser tout travail, bien qu'elle soit courageuse et résolue. Le repos au lit ne la soulage guère, car elle éprouve alors une sensation de pression pénible sur le fondement.

L'examen révèle un abaissement du col utérin, dont la lèvre postérieure est volumineuse et fortement congestionnée, et une flexion du corps sur le col à angle aigu. Tout le cul-de-sac de Douglas est rempli et déprimé par le corps utérin, très facilement accessible par le toucher vaginal et le toucher rectal.

Avec deux doigts introduits dans le vagin, il est facile, la femme étant mise dans la position génu-pectorale, de redresser l'utérus sans efforts et de corriger la flexion. Cette correction est maintenue à l'aide d'un tampon d'ouate appliqué dans le cul-de-sac postérieur à l'aide du spéculum de Sims. Le redressement de l'utérus est suivi d'un soulagement immédiat; tant que le tampon est bien maintenu en place, la femme peut marcher, monter et descendre les escaliers sans ressentir aucune de ses douleurs habituelles.

Cette expérience est répétée à plusieurs reprises pendant un mois et donne toujours le même résultat, ce qui démontre que les douleurs sont bien dues à la déviation utérine. L'application réitérée de divers pessaires n'est pas tolérée et provoque des douleurs.

M. Bouilly se décide alors à pratiquer le raccourcissement et la fixation des ligaments ronds, le 18 mai 1886. Celui du côté gauche est découvert et attiré au dehors dans l'étendue d'environ 6 à 7 centimètres; mais, malgré des recherches assez prolongées, malgré un débridement de 2 centimètres environ sur la paroi antérieure du trajet inguinal, il est impossible de découvrir le ligament rond du côté droit; la tentative est abandonnée après quelques instants.

Pour le dernier temps de l'opération, la main d'un aide est introduite tout entière dans le vagin, — manœuvre qui est facilitée ici par une ancienne déchirure de la fourchette; elle réduit la déviation et repousse fortement le corps de l'utérus en avant. On constate, par la palpation hypogastrique, que le fond de l'utérus est revenu en avant et peut être senti au-dessus du pubis. Le ligament rond, tiré en dehors de 6 à 7 centimètres environ, est fixé aux piliers interne et externe à l'aide de fils de catgut, et pelotonné à l'orifice du trajet inguinal. Un tampon de gaze iodoformée est ensuite poussé dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Du côté droit, où il n'y a pas de ligament rond à suturer, la paroi antérieure du trajet incisé est reconstituée à l'aide de trois points de suture au catgut.

Les suites immédiates de l'opération ne furent pas simples; il y eut, le premier jour, des vomissements chloroformiques répétés et une élévation de température à 39°5 qui persiste pendant dix à douze jours, oscillant entre 39° et 40°. Puis survinrent des menaces de phlegmon thoracique heureusement dissipées vers la fin de mai; mais les plaies opératoires se mettent à suppurer.

Dans les premiers jours de juin la température remonte et l'état général est mauvais ;

©BIU Santé

un abcès se forme dans la région thoraco-abdominale droite, à la suite d'une lymphangite ayant son point de départ dans la plaie d'opération du côté droit. Cet abcès est ouvert largement, vidé, irrigué, puis pansé à l'iodoforme.

A partir de ce moment, tous les accidents sont terminés. Les plaies opératoires se ferment successivement; la malade se lève le 20 juin.

Le résultat thérapeutique est tout à fait obtenu; la malade est complètement délivrée des douleurs incessantes qu'elle éprouvait dans le ventre et l'aine gauche, pendant la marche et la station debout, ainsi que de la gêne douloureuse pendant la défécation. Par le toucher vaginal ou rectal, il est impossible de sentir en arrière le corps de l'utérus. Celui-ci paraît incliné dans une légère antéversion. En outre, l'ovaire gauche, qui était en prolapsus dans le cul-de-sac latéral gauche, n'y est plus senti; il a été relevé en même temps que l'utérus.

Le 20 juin on cesse l'usage des tampons de coton ou de gaze iodoformée destinés à maintenir la correction utérine; la déviation ne se reproduit pas et le 2 juillet, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Elle a été revue le 4 août, dans le courant d'octobre, le 15 février et le 2 mars. L'état général et l'état local ne laissent rien à désirer. Le 1er mars elle avait pu faire dix kilomètres à pied tandis qu'avant son opération elle était incapable de parcourir 500 mètres.

M. Bouilly fait remarquer en terminant :

1° Que la correction a été obtenue par le raccourcissement d'un seul ligament rond ;

2° Que les accidents fébriles qu'on pourrait invoquer contre l'intervention ne doivent être attribués qu'à une antisepsie insuffisante dans un service où le matériel et le personnel laissaient beaucoup à désirer au moment où l'opération a été pratiquée.

M. Pozzi croit qu'au lieu de pelotonner le ligament rond dénudé au fond de la plaie où il peut jouer le rôle de corps étranger, il vaut mieux le réséquer. Il préfère aussi beaucoup redresser l'utérus avec l'hystéromètre, ce qui est beaucoup plus sûr et moins gênant que la main d'un aide dans le vagin.

— M. le docteur Quenu, chirurgien des hôpitaux, lit une observation de luxation ancienne de la hanche traitée et guérie par la résection de la tête fémorale. (Comm. M. Bouilly.)

M. le docteur Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : *Des plaies de l'abdomen pendant l'expédition du Tonkin*. Ce travail comprend le relevé de 109 traumatismes de l'abdomen observés pendant l'expédition du Tonkin. Ces blessures peuvent se décomposer en 41 plaies regardées comme non pénétrantes et 68 dites pénétrantes. Les premières ont toutes, sauf une, abouti à la guérison ; des autres, 15 n'ont pas été suivies de mort. L'auteur tire de cette étude les conclusions suivantes : 1° Dans la pratique de guerre, en raison des conditions dans lesquelles on opère, en raison aussi du choc que présente le blessé, les plaies pénétrantes ou supposées telles de l'abdomen seront, dans des cas exceptionnels seulement, justiciables de l'intervention immédiate que l'on peut tenter dans la pratique hospitalière ;

2° L'intervention secondaire sera possible dans un nombre restreint de cas, les deux tiers des blessés ayant en général disparu dans les deux premiers jours de leur accident ;

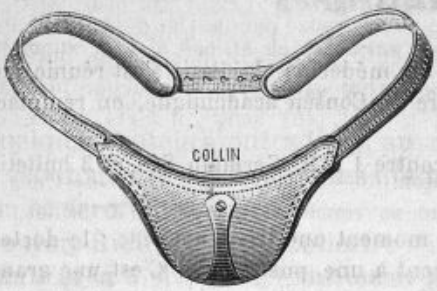
3° Pour les survivants, les chances de conservation de la vie sont assez grandes, surtout quand la lésion siège sur la limite inférieure de l'abdomen (bassin, fosses iliaques), pour que l'expectation soit permise tant qu'une péritonite franche ne révèle pas la pénétration. (Comm. M. Chauvel.)

M. Charles Monod met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'une malade à laquelle il vient d'enlever un kyste de l'ovaire. Cette pièce présente à considérer diverses particularités intéressantes telle que l'altération de la surface interne de la poche ayant donné naissance à des hémorrhagies, des adhérences nombreuses de la surface externe avec la paroi abdominale et la torsion du pédicule de la tumeur.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire. Les candidats ont un mois à partir de ce jour pour faire acte de candidature. — A. T.

Ceinture à pelote du docteur Debacker (de Roubaix).

Le docteur Debacker (de Roubaix) a fait construire par M. Collin une ceinture destinée à immobiliser l'utérus, à soutenir et à supporter la paroi abdominale. Elle se compose d'une pelote qui imite plus ou moins la forme de la main, et qui plonge en quelque sorte au-dessus du pubis; elle est maintenue en place par deux ressorts analogues à ceux du bandage herniaire, mais passant au-dessus des épines iliaques et réunis en arrière par un petit segment de ceinture.



Cette disposition immobilise parfaitement la plaque, et celle-ci, relevant en quelque sorte les intestins, est très bien supportée, quoique la pression en soit assez énergique.

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE LA KÉRATITE PARENCHYMATEUSE. — Abadie.

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

Faites dissoudre. — Pour injections hypodermiques, dans le cas de kératite parenchymateuse, dans la choroïdite disséminée et dans la rétino-choroïdite. — Après dix ou douze injections, l'acuité visuelle s'améliore. Le traitement réussit également dans les chorio-rétinites latentes, entraînant une amblyopie, dont on ne saisit pas la cause. — Les injections sont faites ordinairement tous les deux jours, sous la peau du dos, en ayant soin d'enfoncer très profondément la canule sous le derme, et de pratiquer ensuite un léger massage. — Si l'injection est mal supportée, on introduit sous la peau, quelques instants auparavant, et par la même piqûre, un centigramme de cocaïne.

N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

Le 6 février dernier l'Université de Buda-Pest était en fête, on célébrait le centenaire de la fondation de l'Institut de médecine vétérinaire. C'est, en effet, depuis un siècle que, sous l'impulsion d'Alexandre Tolnag, les questions de médecine vétérinaire figurent parmi les matières enseignées à la docte Université de Hongrie.

— Il nous revient d'Angleterre qu'il est sérieusement question de créer un ministère médical qui aurait la haute direction de toutes les choses de la médecine et de l'hygiène du Royaume.

— Le docteur Roser vient de présenter à la Chambre des députés de Vienne un projet tendant à la création d'un Office de santé. Le projet a été renvoyé à l'examen d'une Commission.

— Le *Reischmedicinal Kalender de P. Bœrner* nous annonce que le nombre des médecins s'élève cette année en Allemagne à 16,292.

Le nombre des docteurs reçus chaque année dans tout l'empire allemand a beaucoup

©BIU Santé

augmenté depuis 1882. En 1873, il était de 660 et 662 l'année suivante ; il se maintient à peu près à ce niveau en 1875 pour tomber en 1876 et 1877 à 524 et 563. Mais à partir de 1882 il s'élève rapidement à 692, puis à 771, 882 et enfin 998 en 1886. — Le nombre des pharmaciens ayant passé leur dernier examen correspond à peu près chaque année à la moitié de celui des docteurs. — Dr Ch. Schmit.

COURRIER

L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris s'est réunie jeud dernier pour procéder à l'élection d'un membre du Conseil académique, en remplacement de M. Béclard.

M. Lannelongue a été nommé par 31 voix, contre 1 à M. Germain Sée et 3 bulletins blancs.

Nécrologie. — Nous apprenons au dernier moment une triste nouvelle : le docteur Leudet (de Rouen) vient de succomber rapidement à une pneumonie. C'est une grande perte pour le corps médical, que Leudet honorait par son talent et par son caractère.

— Nous apprenons également la mort de MM. les docteurs Martin-Fortris, médecin de l'hôpital de Verneuil et Quintard (de Montereau).

— La Société protectrice de l'enfance, dont l'assemblée générale a eu lieu dimanche, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. le docteur J. Rochard et la présidence effective de M. le docteur Marjolin, a décerné les récompenses suivantes :

Prix de la Société (500 francs) à M. le docteur Rivière, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son mémoire sur la question mise au concours : de l'ophthalmie des nouveau-nés. — Une médaille d'argent à M. le docteur Philip Mules, chirurgien de l'hôpital royal pour les maladies des yeux, à Manchester. — Une mention honorable à M. Maniglier, chef de clinique adjoint de M. le docteur Abadie.

Prix à MM. les médecins-inspecteurs. — Médailles d'or : M. le docteur Doumic (de Poissy) ; M. le docteur Gaudefroy de Vaton, M. le docteur Grosjean (de Montmirail), M. le docteur Lehec (de Châtillon).

Médailles d'argent : M. le docteur Lebault (de Saint-Vit).

La Société a mis au concours, pour l'année 1888, la question suivante : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. » — Le prix sera de la valeur de 500 francs.

Les mémoires doivent être adressés avant le 1er novembre 1887, au secrétariat général de la Société, rue des Beaux-Arts, n° 4.

— Le docteur Augustin Voisin a repris, à l'hospice de la Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, dimanche dernier, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le professeur Mathias-Duval a commencé un cours d'embryologie comparée, hier lundi 7 mars, à cinq heures, à l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera les lundis suivants. Il traitera de la formation des monstres doubles et de la segmentation vertébrale.

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 ; tramways-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Sommaire

I. Deligny : Contribution à l'étude des écoulements uréthraux d'origine constitutionnelle. — II. Correspondance. — III. Thérapeutique : La vaseline. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — V. Formulaire. — VI. Courrier de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Contribution à l'étude des écoulements uréthraux d'origine constitutionnelle.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 janvier 1887,

Par M. le docteur Deligny.

Quelques auteurs ont admis, au nombre des causes pouvant produire des écoulements uréthraux, les diathèses rhumatismale, goutteuse, herpétique et scrofuleuse.

Hunter, Biett, Alibert, Cullerier (1) ont écrit que la disposition rhumatismale et la disposition goutteuse peuvent donner lieu à des écoulements uréthraux spontanés; Mercier a fait intervenir, parmi les causes de l'uréthrite chronique, le froid humide et le rhumatisme, et de même Lagneau (2) a cité la goutte et le rhumatisme comme causes de l'uréthrite spontanée.

Trousseau admettait la blennorrhée goutteuse comme manifestation de la goutte anormale; Bazin et Pidoux croyaient à la réalité des uréthrites spontanées constitutionnelles. Enfin, M. Bouchard, dans son *Étude sur les maladies par ralentissement de la nutrition*, s'exprime ainsi :

« Je dis aussi que ces individus, candidats à la goutte, sont sujets à la « blennorrhée, soit qu'elle succède à la maladie aiguë, soit qu'elle se déve- « loppe d'emblée; et cette blennorrhée, qui précède souvent de plusieurs « années la première manifestation de la goutte, pourra se reproduire en- « core après le développement de la goutte. »

M. Guyon (3) a formulé de la façon suivante son opinion, dans ses *Leçons cliniques* à l'hôpital Necker, en 1883 :

« Quant à l'influence de la diathèse rhumatismale, elle paraît évidente et « elle est réciproque. Il y a des cas dans lesquels l'écoulement s'est pro- « duit sans qu'il y ait eu contamination et sous l'influence unique du rhu- « matisme. »

D'autre part, M. Robert Jamin (4) ne croit pas que l'on puisse affirmer que la diathèse rhumatismale est capable, à elle seule, de déterminer une uréthrite chez un individu n'ayant pas pratiqué le coït depuis plusieurs semaines, et n'ayant jamais eu de blennorrhagie antérieure. Il croit, avec Thompson, que les tendances constitutionnelles ont plutôt une tendance prédisposante que véritablement causale.

Telle est aussi l'opinion de J. Rollet, mais nous verrons plus loin qu'elle repose sur la signification spéciale qu'il donne au mot de blennorrhagie.

Garrod ne mentionne pas la blennorrhée des goutteux; de même aussi M. Rendu (5). Et cependant ces deux auteurs admettent des affections goutteuses de la prostate, du testicule et de la vessie.

M. G. Homolle (6) estime aussi que rien n'autorise à supposer qu'il y ait

(1) Cullerier : *De la blennorrhagie chez l'homme*, 1861.
(2) Lagneau : Art. Blennorrhagie, du *Répertoire des sc. médicales*, 1833.
(3) *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1883.
(4) Article Blennorrhagie, du *Dictionnaire de Jaccoud*.
(5) Article Goutte, du *Dictionnaire de Dechambre*.
(6) Article Rhumatisme, du *Dictionnaire de Jaccoud*.

©BIU Santé

une blennorrhagie rhumatismale, et enfin MM. Lecorché et E. Besnier demandent, pour se prononcer, un supplément d'enquête.

Telles sont les opinions pour et contre; pour les apprécier, il nous faut examiner les faits qui ont été produits en faveur de la spontanéité constitutionnelle de certains écoulements uréthraux.

On a d'abord cité des faits de blennorrhagie précédant ou survenant dans le cours d'une attaque de rhumatisme ou de goutte; ce sont même les faits les plus nombreux qui ont été rapportés.

Dans ces cas, les incrédules ont beau jeu; ils disent que, au lieu de dénommer ces cas, cas de blennorrhagie rhumatismale, on ferait mieux de dire rhumatismes blennorrhagiques; ils ajoutent qu'en matière de blennorrhagie, les renseignements fournis par les malades, gens mariés souvent et chez lesquels l'illusion est une nécessité, doivent être interprétés avec une grande réserve.

D'autre part, presque toutes les observations qui ont été rapportées, à titre de blennorrhagie rhumatismale, ont trait à des écoulements purulents, et M. E. Besnier a fait observer avec raison que la suppuration est tout à fait en dehors du génie rhumatismal, et que, quand elle existe, c'est à titre tout à fait exceptionnel et sous l'influence de quelques conditions spéciales (1).

C'est donc, avec raisons à l'appui, que l'on peut contester l'interprétation de ces faits.

Mais, M. E. Besnier le reconnaît lui-même, les mêmes objections ne peuvent être faites à d'autres observations, concernant des écoulements *non purulents*, se produisant chez des sujets manifestement atteints de la disposition rhumatismale ou goutteuse, apparaissant à une distance assez grande des manifestations articulaires, mais coexistant avec d'autres manifestations de même origine constitutionnelle, observations dont Léveillé (1816), Conccou, François, Deplaigne, Godin (2), ont cité des exemples.

Avant d'aller plus loin, je résumerai quatre cas qu'il m'a été possible d'observer et de suivre :

Observation Ire. — Au mois de juillet 1885, arrivait à la station thermale de Saint-Gervais, M. M... âgé de 42 ans, atteint de psoriasis guttata. Ce malade est fils de goutteux, il a eu dans sa jeunesse du coryza et des angines fréquentes, il est dyspeptique, et, en même temps que son psoriasis, il a très souvent des poussées d'urticaire.

Après huit jours de traitement thermal, consistant en bains salins et eau saline en boisson, il vient me trouver pour me faire constater l'existence d'un écoulement uréthral, apparu pendant la nuit.

A l'examen, je constate de la rougeur du méat et de la fosse naviculaire, et un suintement assez abondant d'un liquide muqueux, non purulent. Il y a un peu de douleur en urinant, de légères démangeaisons le long du canal de l'urèthre, mais pas de ténesme vésical, pas de troubles de la miction.

Le malade me raconte qu'il n'a jamais eu de blennorrhagie, mais que, depuis l'âge de 28 ans, ce même écoulement se produit, à intervalles très variables, et notamment lorsqu'il boit de la bière, des liqueurs, du champagne, lorsqu'il mange des fraises, ou des écrevisses, du homard. Il n'a pas observé que le coït avait une influence sur la production de l'écoulement, qui est plus ou moins abondant et dure habituellement de dix à quinze jours et disparaît spontanément.

(1) Article Rhumatisme, du *Dictionnaire de Jaccoud*.

(2) Godin : *Essai sur les uréthrites rhumatismales*, 1879.

© BIU Santé

Dans l'intervalle de ses apparitions, il n'observe rien d'anormal du côté des voies urinaires, il ne souffre, ni de la vessie, ni de l'urèthre, la miction se fait normalement.

Le traitement thermal fut continué, et l'écoulement disparut au bout de cinq jours, plus vite qu'il ne disparaissait d'ordinaire.

J'ai revu ce malade pendant la saison dernière; le psoriasis était dans le même état, l'urticaire n'avait pas reparu, mais l'écoulement s'était reproduit trois fois dans le courant de l'hiver.

Obs. II. — En 1884, M. P..., officier de marine, vient à Saint-Gervais pour y soigner un eczéma papuleux de la face dorsale des mains. C'est un rhumatisant, il a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu en 1878, il est hémorrhoïdaire et migraineux. Quelques mois après cette crise rhumatismale, se produisit, à la suite de plusieurs dîners largement arrosés, un écoulement uréthral assez abondant, avec douleurs en urinant. Il crut à une contagion blennorrhagique, et consulta un médecin qui partagea cette opinion, et lui conseilla de ne commencer un traitement qu'au bout de quelques jours. Six jours après, au moment où le malade allait suivre ce traitement, l'écoulement disparut assez rapidement. Mais, depuis cette époque, à intervalles plus ou moins longs, il vit le même fait se reproduire, pendant ses traversées en mer, sans qu'il pût invoquer aucune cause de contage. Le malade boit-il quelques verres de bière, mange-t-il des sardines, des asperges, ou des mets épicés pendant quelques jours, l'écoulement uréthral se produit.

J'ai pu le constater, car il s'est déclaré pendant la cure thermale; le liquide était absolument séreux, n'avait aucun caractère de purulence.

Obs. III. — En 1878, j'ai soigné un ecclésiastique, âgé de 29 ans, atteint d'un rhumatisme polyarticulaire dont la convalescence fut très longue. L'année suivante, ce malade me racontait que, trois mois après sa crise rhumatismale et alors qu'il était dans sa famille, il avait été atteint d'un écoulement uréthral qui avait duré vingt-deux jours et avait disparu spontanément. Il ajoutait que, depuis cette époque, le même fait se produisait à intervalles variables, indépendamment de toute cause appréciable, mais surtout lorsque, pour travailler pendant la nuit, il faisait usage de café noir.

Obs. IV. — En 1883, j'ai vu à Saint-Gervais un homme de 32 ans, qui venait y soigner un eczéma sec du cuir chevelu. Fils de père et de mère rhumatisants, il avait eu, dans son enfance, des angines et bronchites fréquentes, des troubles gastro-intestinaux. En outre, il se plaignait d'être très ennuyé, depuis quatre ans, par un écoulement uréthral, fréquent surtout au printemps et à l'automne, que son médecin avait vainement soigné comme blennorrhagie. Ces traitements divers, disait le malade, avaient toujours prolongé l'écoulement qui, non traité, disparaissait au bout de deux ou trois semaines.

En 1884, ce malade eut une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, et je le revis à Saint-Gervais en 1885 ; il avait de nouvelles poussées d'eczéma et en même temps des troubles gastro-intestinaux, mais, depuis la crise rhumatismale, l'écoulement uréthral n'avait pas reparu.

Ces quatre faits me paraissent avoir une certaine valeur, en raison de la nature de l'écoulement uréthral et des conditions dans lesquelles il a été observé.

On a décrit les écoulements de cette nature sous le nom de blennorrhagie rhumatismale, de blennorrhée goutteuse ; je crois qu'il faudrait renoncer à ces dénominations qui peuvent prêter à confusion, surtout si on considère la blennorrhagie comme une maladie virulente ou parasitaire, et si l'on dit avec Rollet : la blennorrhagie n'est produite que par la blennorrhagie.

Les auteurs qui ont admis l'existence de ces écoulements uréthraux constitutionnels, les considèrent comme une manifestation de la disposition constitutionnelle sur la muqueuse uréthrale, au même titre que les manifestations de même origine qui se font sur d'autres muqueuses.

©BIU Santé

Ce qui plaide en faveur de cette manière de voir, c'est la coexistence, chez les malades, d'autres affections de même nature constitutionnelle, coexistence ou antécédence personnelle ou héréditaire ; c'est aussi l'influence toute particulière de l'alimentation sur l'apparition de ces écoulements uréthraux, influence qui indique bien qu'il s'agit d'une prédisposition spéciale.

M. Coulier (1) a signalé l'action de la bière sur la muqueuse de l'urèthre à l'état normal, et bien d'autres l'ont observée aussi; il suffit, dit-il, de quelques libations copieuses de cette boisson pour provoquer, chez les buveurs novices, une uréthrite bénigne qui cède facilement. Heureusement que tous les buveurs novices n'ont pas cette susceptibilité de l'urèthre, et qu'il n'y a que certains buveurs, le plus souvent arthritiques, chez lesquels le fait se produit.

J'en dirai autant de l'asperge dont on a signalé l'aptitude toute spéciale à produire des écoulements uréthraux. et le cas de Harisson, cité par Fonssagrives, et reproduit dans la *Gazette médicale de Lyon*, 1881, concernant un jeune médecin qui, après avoir mangé des asperges en abondance, fut pris, en vingt-quatre heures, d'une blennorrhagie aiguë qui dura cinq jours, me paraît devoir être rangé dans la catégorie des uréthrorrhées constitutionnelles.

La plus grande fréquence de cette affection paraît être chez les sujets arthritiques, rhumatisants ou goutteux; Bazin l'a signalée chez les scrofuleux et Swediaur l'a constatée chez les herpétiques. D'après M. Lancereaux, la membrane muqueuse de l'urèthre est rarement atteinte par l'herpétisme.

Cette affection a-t-elle des caractères particuliers?

Bazin, dans ses *Leçons sur la scrofule*, dit que le catarrhe uréthral scrofuleux a surtout pour siège la région prostatique de l'urèthre, tandis que le catarrhe uréthral arthritique occupe indifféremment telle ou telle portion de l'urèthre, et il attribue à ce fait la plus grande fréquence des catarrhes vésicaux chez les arthritiques.

D'après M. Bouchard, qui décrit le catarrhe arthritique, c'est un catarrhe muqueux, presque séreux, peu abondant et peu intense, le plus souvent subaigu.

Il ajoute que l'écoulement est accompagné parfois, ou précédé, ou suivi d'éruptions d'herpès préputialis qui, dans plusieurs cas, lui a paru être en rapport avec une semblable éruption dans le canal de l'urèthre.

Il me semble qu'il ne faut pas confondre cette uréthrorrhée de l'extrémité du canal, avec herpès, que M. Doyon a si bien décrite, avec l'uréthrorrhée sans herpès. La marche des deux affections n'est pas la même : dans le premier cas, la sécrétion morbide ne dure jamais plus de cinq à six jours, comme l'herpès, et, en ouvrant le méat, on peut voir dans certains cas la petite plaque blanchâtre de l'herpès muqueux, tandis que, dans le second cas, la durée de l'écoulement est plus longue, et, en explorant l'entrée du canal, on ne voit qu'un peu de rougeur, ou même rien du tout.

En général, cette affection est sans gravité, sinon sans inconvénients, et guérit spontanément. Cependant il est des cas où, soit par son intensité, soit par ses récidives trop fréquentes, elle peut provoquer la cystite du col. Schönlein (de Zurich) a donné une description dogmatique de la cysto-

(1) Article Bière, du *Dictionnaire de Dechambre*.

blennorrhée arthritique; M. Bouchard dit aussi qu'elle peut amener de l'épididymite.

Cette question des écoulements uréthraux d'origine constitutionnelle n'est pas sans intérêt, et c'est pourquoi j'ai cru utile de citer à la Société les faits qui précèdent. Elle peut, dans certains cas, être une cause d'embarras pour le médecin, pour le malade et pour son entourage.

D'autre part, si, en refusant d'admettre et de reconnaître ces écoulements uréthraux, on leur oppose d'emblée une médication violente, comme le sont certaines médications abortives de la blennorrhagie, n'est-il pas à craindre de transformer en un état plus grave, plus sérieux par ses conséquences, un état subaigu, presque toujours bénin, une affection destinée à guérir spontanément?

CORRESPONDANCE

5 mars 1887.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans l'*Union médicale* du 8 février a paru une lettre du docteur Apostoli visant mon article sur les cautères bipolaires, et pouvant faire supposer que j'ai usurpé à mon profit le fruit de découvertes et de travaux faits par lui. Afin de ne laisser subsister aucune ambiguité, si vous voulez bien me permettre, je ferai simplement remarquer à mon confrère :

1° Que mon article ne retrace pas autre chose que l'histoire d'instruments nouveaux;

2° Que jusqu'en 1884, époque à laquelle j'ai apporté aux cautères bipolaires les perfectionnements que j'ai décrits, il n'en existait aucun autre que celui dont j'ai donné la figure dans mon article;

3° Que le cautère dont il parle dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* (25 novembre 1886) et qu'il a jugé digne d'une communication à la première de nos Sociétés savantes, n'est autre chose que la reproduction de la partie conique de mon cautère olivaire agrandi avec une modification, inutile selon moi, consistant dans une plaque isolante qui sépare verticalement le cône en deux parties égales et l'oblige à une cautérisation négative d'un côté et positive de l'autre, ce qui ne me paraît susceptible de répondre à aucune indication;

4° Qu'il fait intervenir une question de méthode alors que le mot ne figure pas une seule fois dans mon article;

5° Que je n'ai aucune raison pour avoir oublié qu'à sa clinique (très hospitalière du reste) où je suis allé au commencement de 1884, je l'ai vu faire des cautérisations électro-chimiques sur des ulcérations du col de la matrice avec l'instrument que représente la figure 2 de mon article, et dont l'insuffisance me donna immédiatement la pensée de le modifier;

6° Enfin que, lorsqu'il parle de l'application d'une certaine méthode, il entend évidemment parler des modifications qu'il a apportées à celle d'A. Martin et de son maître Tripier et qui consiste dans l'application de doses galvano-caustiques extrêmement élevées, transformant ainsi, à mon avis, un excellent moyen thérapeutique en un procédé qui est loin d'être sans danger.

Mon historique est d'une exactitude indiscutable. Le développement apporté à l'*instrumentation* bipolaire, développement qui en a rendu l'application facile dans tous les cas m'appartient. C'est peu de chose, sans doute, mais j'ai cru nécessaire d'affirmer mes titres de propriété à « *ce peu de chose* », et d'affirmer aussi que je n'ambitionne rien de ce qui appartient à mon confrère.

Mon verre n'est pas grand, mais je bois dans mon verre!

Je vous prie, Monsieur le rédacteur en chef, de vouloir bien agréer l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

DANION.

©BIU Santé

B. N. — Nous craignons un peu que nos excellents confrères, Apostoli et Danion, ne discutent longtemps sur une pointe de cautère sans arriver à s'entendre. Pour ne pas nuire à l'électricité médicale dans l'esprit de nos lecteurs, nous clôrons ici le débat.

THÉRAPEUTIQUE

La vaseline

En médecine, il est permis de se défier des nouveautés. Sans s'exposer a passer pour routinier, on peut n'avoir recours à un produit que lorsque l'expérience des autres en a démontré la valeur. Cette méthode prudente, je l'ai adoptée pour la vaseline. Quand cette graisse minérale nous arriva d'Amérique, il y a de cela une dizaine d'années, elle vint accompagnée d'un panégyrique pompeux, qui me faisait craindre une de ces vogues éphémères, qui s'éteignent d'autant plus vite qu'elles ont brillé d'un plus vif éclat.

Ma crainte était vaine. La vaseline possède aujourd'hui la consécration expérimentale ; elle figure au Codex, qui est l'évangile officiel de la pharmacie ; elle est mentionnée dans tous les formulaires de thérapeutique. C'est pourquoi, dans mon esprit, le doute ayant fait place à la conviction profonde, je crois qu'il est de mon devoir de dire ce que je pense de cette substance devenue d'un usage courant.

Pour résumer, en une brève formule, les avantages de la vaseline, on pourrait se borner à dire : c'est une graisse qui ne rancit jamais. Or, le nombre des préparations pharmaceutiques dans lesquelles entrent des corps gras étant très considérable, il s'ensuit que la consommation de la vaseline doit augmenter de jour en jour.

En partant des cosmétiques anodins ou parfumés destinés à préserver les téguments des engelures, des gerçures, des crevasses, etc., pour arriver aux topiques médicamenteux les plus actifs, destinés à produire la rubéfaction ou la vésication, à détruire les parasites, ou bien à faire pénétrer dans l'organisme les agents dépuratifs calmants ou spécifiques, on voit que la vaseline remplace avantageusement l'huile et l'axonge et le suif, aussi bien dans le cold-cream et le cérat que dans les pommades épispastiques, l'onguent mercuriel, les pommades belladonées, opiacées, iodurées, etc.

Pour ma part, j'ai renoncé aux pommades à base de graisse, dont la rancidité n'est pas seulement désagréable à l'odorat, mais encore regrettable au point de vue thérapeutique, à cause de l'irritation locale qui en est le résultat, et je formule toutes mes pommades avec la vaseline pour excipient, qu'il s'agisse de panser une plaie, de cautériser une ulcération, de sécher un exutoire, ou de fondre une tumeur, de calmer des douleurs utérines et même de détruire l'acarus de la gale.

Je me trouve bien de cette méthode, qui me donne constamment de bons résultats, grâce à une précaution qu'il n'est pas inutile de faire connaître : dans mes ordonnances, j'ai le soin de demander de la vaseline *pure*. Cette garantie m'est assurée par la marque *Salvo-Petrolia* (1).

De cette façon, je n'expose pas mes clients à recevoir, à la place du produit naturel du pétrole d'Amérique, des huiles solidifiées de pétrole d'Europe, de naphte de Russie ou de Schiste, avec 15 ou 18 p. 100 de paraffine cristallisable, blanchie à l'acide sulfurique.

J'engage mes confrères à déjouer la fraude. Voici le moyen de la déceler :

La vaseline pure ne fond pas au-dessous de 40° ; le mélange falsifié fond entre 32 et 35°. La vaseline pure ne donne pas de vapeurs inflammables avant 200° ; le mélange en dégage à 140. La densité de la vaseline pure est de 0,920 à 0,925 ; la densité du mélange varie entre 0,900 et 0,905 ; la vaseline pure est inodore, le mélange est souvent odorant. La vaseline pure est toujours complètement neutre ; le mélange est généralement acide. Quand on met le doigt dans la vaseline pure, elle s'y attache en

(1) Onguent de pétrole, du mot anglais *Salve* (onguent) et de *Petrolia* (pétrole).

filant comme du bon miel; le mélange ne file pas. Enfin la vaseline pure a toujours une transparence cristalline, tandis que l'aspect du mélange est toujours plus mat.

Cette dernière particularité d'aspect ne doit pas être confondue avec la question de couleur proprement dite qui est d'une importance secondaire.

En effet, si la vaseline la plus agréable à l'œil est absolument blanche, celle qui a une teinte blonde ne lui est pas inférieure comme qualité. La première peut être considérée comme un produit de luxe, que son prix élevé doit faire réserver à la parfumerie élégante; la seconde est celle dont l'emploi se généralise en pharmacie. Les services médicaux du ministère de la guerre emploient de la vaseline blonde, de la marque Salvo-Petrolia. Imitons nos confrères de l'armée, nous serons assurés de donner à nos malades un produit présentant ces deux qualités rarement réunies; prix modique, pureté absolue. — Dr J. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. d'Arsonval et Riban, pour la section de physique et de chimie; de MM. Masse (de Bordeaux) et Widal (armée) pour le titre de correspondant national; de M. José Pereira Guimarès pour le titre de correspondant étranger. — 2° Des lettres de remerciements de M. Picot (de Bordeaux), récemment élu correspondant national; de Mme Callen, sage-femme, lauréat de l'Académie.

M. le Président offre en hommage le buste de Bouchardat au nom de la famille de cet académicien.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. Leudet (de Rouen), membre associé national.

M. Léon Labbé présente, de la part de M. le docteur Bétancès, un travail intitulé : *Oschéotomie et traitement médical de l'éléphantiasis des Arabes*. (Comm. MM. Polaillon, Sée et Léon Labbé.)

M. J. Rochard présente, de la part de M. le docteur Solland, la relation d'un cas de guérison radicale de phthisie pulmonaire ulcérée à la suite d'un séjour prolongé dans une atmosphère sulfureuse.

M. Béchamp demande que la commission nommée pour juger le différend qui existe entre M. Pasteur et lui soit convoquée si l'Académie trouve le moment opportun.

M. le Président répond qu'il serait plus convenable d'attendre le retour de M. Pasteur.

M. Charpentier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Queirel (de Marseille), intitulé : *Du choléra chez les femmes grosses*. Le travail de M. Queirel est basé sur 67 observations. Ces 67 faits donnent un chiffre de 39 morts et de 28 guérisons, et, sur ces 67 femmes, 29 ont vu leur grossesse interrompue avant le terme normal (avortement ou accouchement prématuré). Chez 38, la grossesse a continué son cours jusqu'à la guérison ou à la mort de la femme.

Sur les 29 femmes dont la grossesse a été interrompue, il y a eu 20 morts et 9 guérisons; — sur les 38 femme où la grossesse a continué son cours, il y a eu 19 morts et 19 guérisons.

Donc, dans le cas où il y a eu interruption de la grossesse, la mortalité a été de 66 p. 100 environ; — dans le cas où la grossesse a continué son cours, la mortalité a été de 50 p. 100. Sur ces 67 grossesses, 2 ont été gémellaires, ce qui donne un total de 69 enfants ou avortons, dont 49 morts et 20 vivants; mortalité, 71 p. 100.

Le principal fait qui ressort du mémoire de M. Queirel, c'est la confirmation des obser-

©BIU Santé

vations faites par les auteurs sur la *gravité du choléra chez les femmes enceintes* et la *fréquence de l'interruption de la grossesse.*

Après avoir examiné avec détails les questions intéressantes que soulève le mémoire de M. Queirel, particulièrement celle de l'avortement et de la mort du fœtus, M. le rapporteur termine en proposant d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements et d'insérer dans les mémoires de l'Académie, ce travail qui constitue à M. Queirel un titre de plus à la bienveillance de l'Académie pour sa candidature au titre de correspondant national. (Adopté.)

— M. Dujardin-Beaumetz donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Pécholier (de Montpellier), ayant pour titre : *De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes.*

M. le rapporteur passe en revue les diverses méthodes de traitement au moyen desquelles un certain nombre de médecins ont cru être parvenus à faire avorter la fièvre typhoïde. Il rappelle que Bouillaud prétendait guérir en quelques jours cette maladie par les émissions sanguines appliquées dans le premier septenaire; Leroy (de Béthune) ajoutait à la méthode de Bouillaud l'eau à l'intérieur et à l'extérieur; Brand (de Stettin) jugulait, assurait-il, la fièvre typhoïde par sa méthode des bains froids, remplacée aujourd'hui, même à Lyon, par les antithermiques.

Au sujet de ces derniers médicaments, tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour reconnaître qu'ils abaissent la température, mais qu'ils ne modifient nullement ni la durée de la maladie ni sa malignité.

Depuis les recherches de M. Pasteur, on s'est attaché à combattre directement dans le sang le *bacillus typhosus* par les antiseptiques, principalement par l'acide phénique et les mercuriaux. Mais ces médications ont été également abandonnées comme dangereuses.

La médication abortive par les antiseptiques généraux a été remplacée par l'antisepsie locale ou intestinale, sous l'influence des idées de M. Armand Gautier sur l'*auto-infection*. Mais, ici, on a employé des traitements mixtes, systématisés pour diminuer la durée de la fièvre et en atténuer la malignité. C'est ainsi qu'on a vu successivement Liebermeister proposer le calomel, le sulfate de quinine avec l'usage des bains tièdes; Hallopeau préconiser le calomel, le sulfate de quinine et le salicylate de soude; Jaccoud conseiller l'alcool, le bromhydrate de quinine et l'acide salicylique; et, enfin, Bouchard systématiser son traitement et combattre à la fois la septicité locale et générale par des moyens appropriés et l'hyperthermie, par le calomel, l'iodoforme, les bains tièdes et même le sulfate de quinine.

Le traitement exclusif et abortif de M. Pécholier est un traitement mixte dans lequel sont employés la quinine, la digitale et les bains tièdes. La quinine est donnée à la dose quotidienne de 1 gramme à 1 gr. 20; la digitale à la dose de 0,20 centigr. de poudre par jour, surtout pendant le premier septenaire; les bains ont une température constante de 33°, leur durée est de quinze à vingt-huit minutes, leur nombre presque toujours de trois dans la journée.

Comme tous ceux qui soutiennent les propriétés abortives des traitements exclusifs dans la fièvre typhoïde, le docteur Pécholier veut que le traitement soit appliqué dès le début de la maladie, et comme, dans cette affection, le diagnostic positif ne peut être définitivement porté qu'à partir de l'apparition des taches rosées lenticulaires, il reconnaît que son procédé n'a d'autre inconvénient que de prescrire parfois, le traitement spécifique à des malades qui auraient guéri sans lui et qui n'avaient qu'une fièvre éphémère ou qu'une synoque.

M. le rapporteur se demande si le traitement de M. Pécholier sera toujours aussi heureux qu'il l'a été dans les mains de son inventeur. Il en doute, et c'est ce qui l'empêche d'admettre que nous soyons désormais en possession d'un traitement exclusif et abortif de la fièvre typhoïde.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser des remerciements à l'auteur et de de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. le docteur L. Doyen (de Reims) lit un travail intitulé : *Les microbes du pus et les*

© BIU Santé

septicémies; rôle du foie et du rein pour l'élimination des microbes. Influence des états généraux sur les infections chirurgicales et sur toutes les maladies infectieuses. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Ranvier, Lannelongue et Cornil, rapporteur.

M. Lagneau fait un nouvelle communication *sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles.* Pour évaluer l'influence nocive de nos modes d'éducation sur le développement physique de nos jeunes hommes, M. le docteur Gustave Lagneau a cru devoir rechercher quelle était l'aptitude militaire relative des jeunes gens instruits et des jeunes gens en général. S'appuyant d'une part sur les enquêtes statistiques de l'instruction supérieure, d'autre part sur les comptes rendus du recrutement de l'armée, après avoir rappelé que de 1877 à 1882 les proportions des candidats admis ont été de 40 sur 100 pour le baccalauréat ès sciences restreint, de 35 sur 100 pour le baccalauréat ès sciences complet, de 39 et 44 sur 100 pour les deux séries du baccalauréat ès lettres, il est amené à reconnaître que tandis que sur 1,000 jeunes gens en général, 540 sont admis dans l'armée, soit dans le service actif, soit dans le service auxiliaire, et 460 sont exemptés, dispensés ou ajournés; sur 1,000 jeunes gens instruits ayant passé des baccalauréats, 425 sont admis dans l'armée, soit comme engagés conditionnels, soit comme propres aux services actif et auxiliaire et 575 sont exemptés, dispensés ou ajournés.

Quoique ces proportions soient moins fâcheuses que celle de 800 exemptés sur 1,000 constatée par M. le docteur Finkelburg sur les jeunes gens se présentant au volontariat en Prusse, on voit cependant que les hommes reconnus impropres à servir dans l'armée sont d'un quart plus nombreux parmi nos jeunes compatriotes instruits que parmi nos jeunes gens en général. Telle est la conséquence de la sédentarité à laquelle on astreint nos écoliers pour leur donner prématurément une instruction encyclopédique, plus intensive que profitable au développement de leur intelligence.

Si, sur les diplômés de fin d'études, les brevetés de capacité, de même que sur les bacheliers, les comptes rendus du recrutement fournissent quelques minimes documents relativement à leur aptitude militaire, on n'en trouve aucun sur les jeunes gens qui se préparent aux écoles spéciales navale, forestière, centrale, militaire, polytechnique, normale.

Dans plusieurs de ces Ecoles, il est vrai, on n'admet qu'après constatation de l'aptitude militaire, bien que les connaissances requises priment forcément les conditions corporelles. Mais on ne peut déterminer quelle est l'aptitude militaire des nombreux jeunes gens qui, après avoir fait des études excessives en vue de ces Ecoles, n'y sont pas admis. Suivant un ancien directeur de l'École polytechnique, les maladies dues à l'excès de travail empêchent parfois les élèves de passer leurs examens. Selon M. Ern. Martin, ancien médecin de cette Ecole, beaucoup de ces laborieux jeunes gens mourraient de 25 à 35 ans, particulièrement de phthisie, contractée lors de la préparation des concours d'admission. M. Beard (des Etats-Unis), M. Charcot, M. Henrot ont insisté sur la fréquence de la neurasthénie, de l'épuisement nerveux, du ramollissement cérébral précoce et de la phthisie chez nos plus brillants élèves des Ecoles, qui, malgré leurs succès, trop souvent, dans l'avenir, sont loin de se montrer supérieurs à leurs anciens condisciples.

Des lois, des inspections s'opposent au travail excessif des enfants, des jeunes filles employés dans l'industrie, remarque M. Cottinet, l'importateur en France des colonies de vacances pour les écoliers débiles. Contrairement, dans les conseils académiques, on tend de plus en plus à accroître les programmes d'examens; dans les lycées, on surexcite l'émulation des élèves, on les maintient dans un état permanent de contention intellectuelle et d'inertie corporelle.

Nos modes d'instruction prématurés, excessifs, nos examens encyclopédiques, aléatoires, exigeant une sédentarité et un surmenage intellectuel antiphysiologiques sont également funestes à l'intelligence écrasée par un travail trop souvent stérile, et au corps trop souvent arrêté dans son évolution et sa croissance normales.

Ainsi que récemment à la Chambre des députés le demandaient MM. Freppel, Javal, Millerand, de Lanjuinais, ainsi que le disait lui-même M. Berthelot, ministre de l'ins-

©BIU Santé

truction publique, des réformes sont urgentes, non seulement pour l'enseignement primaire, mais surtout pour l'enseignement secondaire et supérieur. L'instruction militaire préparatoire que le projet de M. le général Boulanger exige de tout jeune homme de 17 ans, en motivant quotidiennement des exercices, des marches, des manœuvres militaires, obligera-t-elle les établissements d'enseignement public à prévenir la sédentarité, à restreindre le surmenage intellectuel ?

M. Dujardin-Beaumetz appuie les observations présentées par M. Lagneau au sujet du surmenage intellectuel dans les écoles. Il a tous les jours l'occasion d'en constater les funestes effets dans les écoles primaires de jeunes filles. Les élèves ont, par jour, six heures de cours, et, de plus, cinq à six heures doivent être consacrées à leurs devoirs. Cela fait près de douze heures de travail par jour, ce qui est excessif.

Autre fait dont les conséquences sont très sérieuses. Il s'est créé en France, depuis quelques annees, un courant qui entraîne les jeunes filles vers les carrières qui ont pour objectif l'enseignement, et ce courant va sans cesse en augmentant. L'année dernière, le nombre de jeunes filles qui se présentaient aux examens pour le brevet d'institutrice était de 12,741. On conçoit l'encombrement qui résulte de cette affluence énorme de concurrentes. La conséquence de ces encombrements est de forcer ces malheureuses jeunes filles à un labeur acharné tout à fait au-dessus de leurs forces.

En outre des phénomènes nerveux dont le surmenage intellectuel devient la cause, cet état de choses produit pour les jeunes filles des conséquences morales des plus fâcheuses. Une fois sorties de l'ordre et des conditions sociales où elles auraient dû rester, pour courir au but nouveau qui s'offre à leur ambition, elles tombent presque fatalement, lorsque ce but est manqué, dans un cercle qui a de grandes chances d'être vicieux.

Or, ce but, étant donné l'énorme disproportion entre le nombre des places et celui des aspirantes, est aujourd'hui un leurre.

M. Armand Gautier demande quel est le nombre de jeunes filles placées chaque année?

M. Dujardin-Beaumetz : A Paris, ce nombre est à peine de cent, sur plus de quatre mille postulantes.

M. Javal voudrait que, pour l'édification des pouvoirs publics appelés à remédier à ce fâcheux état de choses, il s'ouvrît à l'Académie une discussion dont les conclusions seraient soumises à l'autorité compétente.

M. Larrey appuie la motion de M. Javal et demande que la question soit mise à l'ordre du jour des discussions de l'Académie.

M. le Président proposera dans la prochaine séance à l'Académie de nommer une commission. Cette commission devra présenter un rapport dont les conclusions seront soumises à l'approbation de l'Académie et présentées ensuite en son nom à l'adoption des pouvoirs publics.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Les dernières séances nous ont offert à relever les communications suivantes :

M. Dauchez, chef de clinique-adjoint de la Faculté, rapporte l'observation d'un jeune enfant de 6 ans, entré le 20 juillet 1886 à l'hôpital des Enfants, et transféré le même jour au service de la rougeole, en pleine éruption morbilleuse. Le malade présentait, en outre, le jour de son entrée, du larmoiement, du coryza, de la fièvre et des signes évidents de catarrhe pulmonaire. Le 30 juillet, l'enfant, encore en pleine desquamation, est repris de fièvre, de coryza, de larmoiement. Tout d'abord, on crut à l'apparition de la varicelle, alors régnante dans la salle. Mais, le 3 août, une seconde rougeole, cette fois très intense, apparaissait et était accompagnée d'hyperthermie et de congestion pulmonaire. L'enfant, guéri de sa rougeole, au bout de cinq semaines, succombait

deux mois plus tard aux suites d'une angine diphthéritique. M. Dauchez fait remarquer que, contrairement à Morton, beaucoup de médecins admettent aujourd'hui les récidives de la rougeole, et que ces récidives, connues autrefois de Blache et de Guersant, sont parfois d'une extrême gravité.

M. Descroizilles lit une observation de fièvre typhoïde chez un enfant de 12 ans. Elle se manifesta dès le début par des phénomènes ataxo-adynamiques très nets : fièvre intense, délire nocturne, somnolence diurne, diarrhée abondante et involontaire, fuliginosités, vomissements, etc. Ces cas sont rares, car, habituellement, la dothiénentérie du jeune âge n'affecte qu'exceptionnellement une allure aussi franche. Au contraire, il n'y a souvent ni météorisme, ni taches, ni douleur dans la fosse iliaque, et la diarrhée manque ou est insignifiante. Il devient alors si difficile de reconnaître la maladie que l'on a pu croire à une méningite tuberculeuse ou à une tuberculose pulmonaire insidieuse.

— M. E. Desnos communique un fait de taille vésico-vaginale dirigée contre une cystite invétérée. Il s'agit d'une femme de 25 ans chez laquelle, il y a cinq ans, un phlegmon péri-utérin s'ouvrit dans la vessie; une cystite intense se déclara consécutivement et, après avoir offert des alternatives de mieux et de pire, acquit un degré d'extrême intensité; la malade urinait toutes les dix minutes avec des douleurs parfois atroces; les urines, toujours purulentes, contenaient une très forte proportion de sang; enfin, des signes de pyélite s'étaient manifestés dans les derniers temps. Toutes les médications avaient échoué (médications calmante, délayante, balsamique, lavages de la vessie, instillations, etc.). M. Desnos se proposa alors de créer une fistule vésico-vaginale par laquelle les urines s'écouleraient continuellement, permettant ainsi à la vessie de garder un repos physiologique absolu. Le succès, à ce point de vue, fut complet et, dès le lendemain de l'opération, le malade ne souffrit plus, les urines redevinrent limpides, toute trace de sang disparut; les besoins d'uriner faisaient naturellement complètement défaut. M. Desnos laissa la fistule ouverte pendant sept mois et demi, et il en pratiqua l'occlusion au commencement de novembre 1886. Depuis plus de trois mois, les mictions sont restées complètement indolores et ne se renouvellent que toutes les cinq ou six heures; les hématuries n'ont pas reparu; les urines présentent encore une assez forte proportion de pus; celui-ci vient évidemment de la pyélite, qui a persisté en partie. M. Desnos fait remarquer qu'ici on ne pouvait hésiter, du moment où l'on se décidait à intervenir activement, qu'entre les tailles hypogastrique et vésico-vaginale, car il s'agissait d'une cystite totale, et la dilatation forcée du col n'eût pas donné un résultat suffisant. Il insiste, en outre, sur la facilité avec laquelle la fistule est restée béante, fait en contradiction avec les observations d'Emmet, de Guyon et Le Dentu dans plusieurs desquelles on a dû suturer les muqueuses vaginale et vésicale dans le but d'empêcher une cicatrisation trop rapide.

Une intéressante discussion suit cette communication, et M. Schwartz fait remarquer que, dans des faits de ce genre, il ouvrirait la vessie par devant par la taille hypogastrique, rechercherait le ou les orifices fistuleux et tâcherait de pénétrer dans le phlegmon péri-utérin par la vessie. Dans un cas analogue, il a cherché à ouvrir la collection purulente en décollant le péritoine; il traversa le foyer par le vagin à l'aide d'un trocart et fit passer un drain par les ouvertures; malheureusement, le péritoine fut lésé et la malade mourut.

— Nous signalerons encore une note de M. Martin sur le traitement de l'épistaxis; pour arrêter l'hémorrhagie, il suffit de porter sur la région d'où vient le sang un tampon imbibé de perchlorure de fer ou de nitrate d'argent fondu sur une spatule. D'après Ory, l'emploi d'un mélange à parties égales d'alun et de poudre de gomme est un excellent moyen de mettre fin à l'écoulement sanguin. — P. C.

©BIU Santé

FORMULAIRE

PRISES CONTRE L'ATONIE GASTRO-INTESTINALE. — G. Sée.

Magnésie calcinée	aa 15 grammes.
Craie lavée	
Colombo pulv	1 gramme.
Vanille pulv	0 gr. 50 centigr.

Mêlez. — Une demi-cuillerée à café, avant chaque repas, aux personnes atteintes d'atonie gastro-intestinale, avec tympanisme. — Dans certains cas, on prescrit, en outre, 5 à 10 gouttes de teinture de noix vomique, dans une cuillerée de café noir, à la fin du repas. — Purgatif salin de temps en temps. — N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

On construit l'Institut de vaccination animale de Halle. Le budget de l'année 1887 prévoit les frais de fonctionnement pour cet été. L'Institut devra fournir à la province de Saxe les éléments de 120 à 130,000 inoculations.

— La clinique de psychiatrie de Moscou vient de s'ouvrir le 7 du mois dernier. Les frais de construction et d'installation se sont élevés à 1,250,000 francs.

— La Société d'hygiène publique de Berlin a choisi comme président, pour l'année 1887, le docteur Melhausen, médecin général de l'armée; Spinola et Marggraff rempliront les fonctions de vice-président.

Le médecin conseiller secret von Bergmann a refusé la chaire que lui offrait le gouvernement russe.

Le docteur Oppenheim a fait son premier cours à l'Université de Berlin. Sa leçon d'ouverture avait pour sujet : « Du rôle et de la valeur de la frayeur dans l'étiologie des maladies du système nerveux ». — Dr Ch. S.

COURRIER

Par arrêté préfectoral, en date du 3 mars 1887, MM. les docteurs Leboucq et Destrem sont nommés membres de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XXe arrondissement de Paris

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le jeudi 10 mars, 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.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, et à M. Berthod, 139, boulevard Saint-Michel, de une heure à trois heures.

COURS D'UROLOGIE. — Le docteur H. Picard commencera ce cours le lundi 14 mars, à cinq heures, 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Ce cours essentiellement pratique comprendra quatre ou sept leçons.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 12 mars 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Dubuc: Rapport sur la candidature de M. le docteur Desnos. — 2. M. Larroque : Étude sur l'érysipèle et sa contagion. — 3. M. de Pezzer : Uréthrotomie interne chez les enfants. — 4. M. Berne : Traitement des péri-arthrites scapulo-humérales par le massage méthodique. — 5. M. Dumas : Observation d'un cas d'aliénation mentale. — 6. Vote sur la candidature de M. le docteur Trousseau au titre de membre titulaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. A. Trousseau : Pseudo-atrophies de la papille. — II. Bibliothèque : Traité clinique et pratique des maladies des enfants. — III. Revue des Journaux : Etude sur les communications entre l'artère aorte et l'artère pulmonaire autres que celles qui résultent de la persistance du canal artériel. — IV. L'Épidémie cholérique en 1887. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris : — VI. Courrier de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance aantomique au XVIe siècle.

Pseudo-atrophies de la papille.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 février 1887,

Par le docteur A. Trousseau,

Médecin en second à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

L'atrophie des nerfs optiques a toujours été considérée comme une des affections oculaires les plus graves. Quel est l'ophthalmologiste qui, en présence d'une diminution marquée de la vue, d'un rétrécissement du champ visuel, d'un certain degré de dyschromatopsie, et surtout d'une papille décolorée, conserve quelque espoir de rendre la vue à son malade? Il luttera jusqu'à la fin, c'est vrai, mais sans cesser de prévoir le dénouement fatal : la cécité.

Je vais cependant essayer de montrer que, malgré la constatation des symptômes que je viens d'énoncer, le pronostic n'est pas toujours aussi sombre; dans des cas déterminés, il peut y avoir des guérisons inespérées; le mot atrophie, qui implique désorganisation ou incurabilité, ne saurait alors être prononcé. Aussi, pour caractériser deux affections identiques par leurs symptômes, mais différentes par leur marche et leur terminaison, me suis-je permis de nommer *fausse* la variété guérissable.

Il m'était arrivé (rarement, je l'avoue) d'observer des individus, présentant des signes caractéristiques d'atrophie papillaire, qui néanmoins recouvraient totalement, ou partiellement la vue. Ces faits m'avaient vivement

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

Vésale est un de ces hommes qui marquent fortement leur place dans l'histoire des sciences. Placé par la fortune au faîte des honneurs, il a fini par mourir tristement. Il a été trop loué ou indignement calomnié; on a placé trop haut ou trop bas son piédestal, car il n'a pas seul personnifié la renaissance anatomique au XVIe siècle. Son impérissable titre de gloire est d'avoir résolument attaqué et détruit l'infaillibilité galénique.

André Vésale est né à Bruxelles le 31 décembre 1514; Froppens place même sa naissance en avril 1513. L'exercice de la médecine était, en quelque sorte, héréditaire dans la famille de Vésale. Il étudia d'abord à Louvain et, fort jeune, il avait acquis des connaissances approfondies en belles-letttres, car, dans la suite, Aldinus Junta le célèbre imprimeur, put le charger de corriger une édition galénique. Son goût pour l'anatomie se déclara de bonne heure; il disséquait des animaux, rats, taupes, chiens. Plus tard, Vésale éprouva une véritable passion pour l'anatomie humaine.

Ses études étant terminées, André Vésale vint à Cologne, puis, passant en France, il

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier, 3, 12, 19 et 26 février 1887.

©BIU Santé

intrigué et je doutais de mon talent d'observateur, lorsque je pus à loisir étudier un malade dont je vais donner très brièvement l'histoire, puisque l'homme dont il s'agit a fait l'objet d'un travail que j'ai publié l'an dernier (1er janv. 1886) dans la *Gazette hebdomadaire*.

M. X..., 43 ans, alcoolique, non syphilitique, reconnu tabétique par plusieurs médecins, me fut adressé par un confrère pour subir un examen oculaire. L'abaissement de l'acuité, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la dyschromatopsie, la pâleur de la papille firent que je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'atrophie du nerf optique. J'avais éliminé l'amblyopie alcoolique à cause de l'examen ophthalmoscopique, de l'absence de scotome central et de la coexistence des phénomènes ataxiques. Néanmoins, j'ordonnai la suppression de l'alcool et du tabac, des injections de strychnine à la tempe, des courants continus, le séjour à la campagne, etc.

Mon pronostic s'était ressenti du résultat de mon examen. Je laisse à juger de ma surprise quand au bout de deux mois je revis mon malade très amélioré. Six mois après il était radicalement guéri de son faux tabes alcoolique et de sa pseudo-atrophie papillaire. Il a définitivement renoncé à ses funestes habitudes et sa guérison s'est maintenue.

Mon diagnostic pourtant justifié en apparence ne faisait que confirmer un autre diagnostic aussi vraisemblable (celui d'ataxie) et il pouvait s'établir là un cercle vicieux au grand détriment du patient.

Ce fait fut pour moi un enseignement, et dans le cas qui va suivre j'eus à me louer de ne pas m'être prononcé à la légère.

P... 36 ans, sentant sa vue baisser depuis trois mois environ, se présente à la clinique des Quinze-Vingts. Deux oculistes l'ont déclaré atteint d'atrophie papillaire. Il a pris plusieurs flacons d'iodure de potassium, mais depuis un mois il a cessé tout traitement. Sa vue diminue de plus en plus ; il est découragé et réclame un certificat constatant l'incurabilité de son mal. Je l'examine ; son acuité est 1/10 à droite et 1/8 à gauche, non améliorée par les verres. Le champ visuel est légèrement rétréci des deux côtés, il y

---

se rendit, paraît-il, à Montpellier dont l'Ecole avait une grande renommée. Paris l'attira ensuite; il y suivit Jean Guinter d'Andernach, appelé à tort Gonthier ou Gontier, plus érudit que bon anatomiste et surtout Jacques Dubois, qui, remarquant Vésale, se l'attacha, le faisant travailler avec lui. Sylvius estimait fort son élève et de même tous ceux qui le connaissaient, ainsi Guinter et Fernel. Mais, le mérite de Vésale, la preuve qu'il fournit bientôt des erreurs anatomiques de Galien, lui attirèrent des inimitiés. Sylvius, son protecteur, devint son adversaire acharné et s'exprimait ainsi « *Vesalium non esse sed vesanum* »; par la suite, Jacques Dubois publiait le libelle dont je vous montre un exemplaire : *Vesani cujusdam calumniarum... depulsio*, publié en 1551 format in-8°. Pendant son séjour à Paris, Vésale vous offre l'exemple de tout ce que tentaient les anatomistes, enlevant pendant la nuit les cadavres au cimetière des Innocents ou à Montfaucon, se disputant les corps accordés par l'autorité avec parcimonie, et qu'il fallait examiner vite, sans prendre le temps de tout voir. Notre ancien bibliothécaire, Achille Chereau, a donné dans son *Histoire des anciennes Ecoles de Paris*, un aperçu de ces tribulations des anatomistes et des luttes des chirurgiens avec les médecins de la Faculté.

Les travaux anatomiques de Vésale étaient si assidus qu'ils mirent plusieurs fois sa santé, même sa vie, en danger, mais la guerre qui avait éclaté dès 1521 entre Charles-Quint et François Ier se continuant avec violence, l'anatomiste belge dut rentrer dans sa patrie; on le trouve alors servant dans les armées impériales comme médecin et comme chirurgien. Puis, venu en Italie, l'éclat de son talent le fit nommer, en 1537, par

a un léger scotome à droite; il voit mal le vert, perçoit nettement le rouge et le jaune; les deux papilles sont très blanches, les vaisseaux n'ont pas changé de calibre.

P... est un grand fumeur, boit beaucoup, a du tremblement des mains et a maigri depuis quatre à cinq mois.

Instruit par le précédent exemple, je refusai le certificat et j'instituai le traitement suivant: Suppression de l'alcool et du tabac, bromure de potassium, noix vomique, hydrothérapie et courants continus.

Un mois et demi après, l'acuité visuelle avait remonté d'un degré de chaque côté, la papille était toujours blanche. P... m'avoua avoir exactement suivi mes instructions pour ce qui concernait les médicaments et la suppression du tabac, mais il n'avait pu renoncer complètement à ses habitudes d'imbibition. Je l'effrayai beaucoup et je ne sais si je l'avais convaincu. Toujours est-il qu'ayant perdu sa place et se trouvant dans la gêne il dut, malgré lui, vivre sobrement, put suivre son traitement sans bourse délier et revint deux mois et demi après absolument guéri et engraissé malgré son abstinence forcée. L'acuité visuelle était 2/3 des deux côtés et, chose remarquable, la papille avait une coloration normale.

J'ai encore observé deux faits analogues, mais je craindrais de fatiguer mes auditeurs en les donnant en détail. Le premier malade était un alcoolique, le deuxième un fumeur et peut-être un saturnin; chez ce dernier les symptômes fonctionnels s'amendèrent, mais la papille ne reprit pas sa coloration. On sait du reste qu'à ce point de vue il existe de remarquables variétés individuelles.

Je pense pouvoir clore ici cette courte étude et je ne veux pas prématurément interpréter ces cas.

S'agit-il de troubles vasculaires, ou de névrites périphériques comme celles qui ont été signalées récemment chez les alcooliques, ou de toute autre lésion? Je ne désespère pas de le savoir bientôt.

Après tout ceci, on m'accordera qu'il existe dans certaines intoxications

---

le Sénat de la République vénitienne, professeur de médecine chirurgicale à Padoue; son enseignement attirait à l'amphithéâtre de son école la plupart des médecins européens. En 1538, il donne à Venise une édition des *Institutions anatomiques d'après Galien* par Guinter d'Andernach « qui a été son maître, aussi bienveillant qu'instruit ». Puis, voulant montrer d'une manière évidente les erreurs de Galien, il préfère le dessin à la plume et il fait exécuter les six grandes planches anatomiques parues en 1538. Ces planches précèdent l'*Epitome*, bientôt suivi du grand ouvrage *De humani corporis fabrica*, sorti, en 1543, des presses d'Oporin. Je vous ferai remarquer la manière dont le nom de Vésale est écrit dans son édition de Guinter et ses premiers ouvrages anatomiques; il y a Wesalius par un W. C'est que la famille de Vésale était originaire de Wesel, dans le duché de Clèves, et le nom primitif était : Witing. Dans cette même année 1543, on vit les magistrats de Bologne et de Pise lui demander de faire des leçons dans chacune de ces villes; l'année suivante (1544) Charles-Quint appela Vésale à sa cour et l'attacha à sa personne avec la charge de premier médecin. Quand l'empereur eut abdiqué en 1555, Philippe II donna sa confiance à Vésale. Le fils de Philippe II, don Carlos, ayant fait une chute dangereuse, Daga Chacon, médecin espagnol de mérite, nous a transmis la relation de la maladie du prince, auprès duquel Vésale « homme rare et supérieur » fut appelé en consultation. Il n'y eut point trépanation du crâne, comme le voulait Vésale, mais rugination de l'os et plus tard élimination d'un séquestre à la partie postérieure de la tête, tout près de la commissure lambdoïde. Vésale, livré à la pratique médicale dans la cour fastueuse de Madrid, si influente, obtint des succès qui

©BIU Santé

des manifestations oculaires simulant l'atrophie du nerf optique, des pseudo-atrophies de la papille.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, par MM. les docteurs F. RILLIET et E. BARTHEZ; 3e édition entièrement refondue et considérablement augmentée par MM. les docteurs E. BARTHEZ et A. SANNÉ. In-8° de 828 pages, tome II. — Paris, 1887, Félix Alcan.

Ce deuxième volume traite des maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire, de l'appareil de l'ouïe et des maladies de la peau.

On peut dire, sans hésitation, qu'il en traite excellemment et de manière à rendre vaine toute critique. Il n'y a place que pour les éloges.

Les matériaux sont disposés dans un ordre parfait, et suivant une méthode d'une simplicité telle que le lecteur met immédiatement le doigt sur le point qui l'intéresse, c'est un avantage inappréciable pour le praticien, toujours pressé, et qui, souvent, faute du temps nécessaire, néglige les recherches qui lui seraient le plus utiles. Avec l'ouvrage de MM. Barthez et Sanné, il trouvera à l'instant tout ce qu'il lui importe de savoir ou de se rappeler. Il trouvera de plus, au bas des pages, les indications bibliographiques, très complètes, dont il peut avoir besoin.

Les auteurs possèdent le secret qui rend facile, et quelquefois entraînante, la lecture des livres didactiques, à savoir la clarté et la sobriété. Ils disent tout et ils ne disent pas un mot de trop. C'est un mérite bien rare et c'est la marque des maîtres. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

Etude sur les communications entre l'artère aorte et l'artère pulmonaire autres que celles qui résultent de la persistance du canal artériel, par le docteur L. BROCQ. (*Revue de médecine*, décembre 1885, septembre 1886.) — En dehors de la persistance du canal artériel, on peut observer entre l'aorte et l'artère pulmonaire

portaient au loin sa réputation; les sentiments d'admiration pour lui étaient universels.

Devenu médecin des grands, Vésale avait cessé de se livrer aux investigations cadavériques et sa passion anatomique avait faibli au point que Fallope, lui ayant adressé une lettre pour lui indiquer des corrections notables à son ouvrage *De humani corporis fabrica*, Vésale n'ayant pas même un crâne à sa disposition, répondit de mémoire, commettant de trop nombreuses erreurs indignes de lui.

Si les anciens succès anatomiques de Vésale lui avaient attiré des ennemis jaloux de sa célébrité naissante, sa prospérité médicale excita bien plus encore la haine de rivaux puissants et décidés à le perdre. Un gentilhomme espagnol étant mort en 1564 d'une maladie difficile à déterminer, Vésale obtint à grand peine de la famille l'autorisation de faire l'autopsie. Au moment où le corps fut ouvert, les assistants crurent voir le cœur encore palpitant; sans examen, saisis d'épouvante, ils coururent chez la famille du défunt.

Vésale fut jugé par le tribunal de l'Inquisition; accusé d'homicide ou d'impiété, il fut condamné à mort; les prières de toute la cour, l'autorité de Philippe II, firent commuer la peine en un voyage expiatoire à Jérusalem. Vésale obéit, s'embarqua, vint à Chypre avec Jacques Malatesta, général des Vénitiens, et atteignit le but de son voyage. Il n'avait pas quitté la Palestine que le magistrat de Venise lui fit les offres les plus brillantes pour le faire venir à Padoue occuper la chaire vacante par la mort prématurée de Fallope. Vésale accepta, délaissant l'ingrate Espagne, et s'embarqua pour revenir en Italie; pen-

diverses variétés de communications : *a*) communications simples, dans lesquelles il n'existe qu'un seul orifice de communication entre les deux vaisseaux; *b*) communications compliquées, lorsqu'existent en même temps des communications entre l'aorte et le ventricule droit, entre les deux ventricules, etc.; *c*) communications multiples lorsqu'il y a plusieurs orifices de communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Pouvant être congénitales (le docteur Brocq en connaît trois observations), ces communications sont le plus souvent accidentelles, surviennent chez des individus qui présentent depuis un temps plus ou moins long des symptômes de dilatation aortique, et se produisent soit graduellement, et d'une façon pour ainsi dire insensible, soit brusquement à la suite d'un effort ou sans cause appréciable. Dans ce dernier cas, « c'est en quelque sorte un début à grand orchestre, et qui s'accompagne soit d'une dyspnée excessivement intense avec toux, expectoration sanguinolente, palpitations, soit d'une sensation de faiblesse allant jusqu'à la lipothymie, soit enfin d'une terminaison fatale instantanée ou très rapide. »

Lorsque la mort ne survient pas de suite, la lésion se traduit par un certain nombre de phénomènes cliniques. « Les malades sont d'une pâleur extrême; ils sont sujets à avoir de l'œdème des membres inférieurs et même de l'anasarque, des syncopes, surtout de la dyspnée, et une expectoration parfois sanguinolente. Ces symptômes peuvent s'aggraver d'une manière constante; ils peuvent aussi présenter des rémissions amenées par le repos, puis des exacerbations à la moindre fatigue. Le pouls est variable suivant les cas. A l'inspection de la poitrine, on constate tous les signes de l'hypertrophie du cœur, et assez souvent du ventricule droit. On perçoit un frémissement cataire à maximum assez peu précis, mais siégeant surtout vers la base. Presque toujours on entend un souffle intense, systolique, tantôt nettement localisé à la base, tantôt s'étendant dans presque toute la région précordiale; son maximum assez variable se trouve à la gauche du sternum vers la troisième articulation chondro-sternale. Il se prolonge assez souvent dans le petit silence de façon à couvrir le deuxième bruit à la base; parfois même il est continu à renforcements diastoliques et surtout systoliques. Il ne se propage pas vers la pointe; le deuxième bruit est quelquefois dédoublé. »

Quoi qu'il en soit, la survie est en général peu considérable, et le malade succombe au bout de quelques mois, soit à une syncope, soit à une complication vasculaire ou pulmonaire.

Le diagnostic est des plus délicats, car si l'on peut reconnaître les communications entre l'aorte et la veine cave supérieure qui s'accompagnent d'ordinaire d'un œdème et

---

dant la traversée, une tempête engloutit son vaisseau et il fut jeté seul sur une des côtes de l'île de Zante. Dépourvu de tout, il périt de faim suivant les uns, de maladie suivant d'autres. Un orfèvre de Venise, échappé à la même tempête et abordant par hasard dans cette île, trouva le corps de Vésale, le reconnut et le fit inhumer dans l'église de la Sainte-Vierge. L'inscription que vous avez sous les yeux fut placée sur son tombeau :

TUMULUS
ANDREÆ VESALII BRUXELLENSIS
QUI OBIIT IDIBUS OCTOBRIS, ANNO MDLXIV;
ÆTATIS VERO SUÆ L,
QUUM HIEROS O LIMIS REDIISSET.

Plusieurs versions ont été faites sur la mort de Vésale; les uns l'ont fait partir pour accomplir un vœu, on a aussi prétendu qu'il était mort empoisonné pendant la traversée d'Espagne en Palestine. J'emprunte, en grande partie, la relation que je vous ai donnée à l'*Essai sur l'histoire de la médecine belge*, par C. Broeckx.

Je tiens à indiquer à ceux de vous qui voudraient connaître les traits de Vésale, outre le portrait paru dans ses œuvres, une belle toile actuellement placée dans la grande galerie du Louvre, collection italienne, n° 88. Mon ami, M. Turner, a montré que ce portrait est réellement celui d'André Vésale, à l'âge de 26 ans et peint par Jean de Calcar en 1540. Lisez, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1877, la découverte du personnage original et du peintre; le portrait de Vésale est une œuvre remarquable représentant l'anatomiste

©BIU Santé

d'une cyanose limités à la partie supérieure du corps, et pour lesquelles le bruit de souffle a son maximum à droite du sternum; il est, au contraire, à peu près impossible « de différencier les unes des autres les communications entre les deux ventricules, entre l'aorte et le ventricule droit, entre l'aorte et l'artère pulmonaire. »

Réparer les désordres produits est évidemment impossible. Aussi le traitement doit-il avoir pour but de prévenir les complications. Les diurétiques, les calmants, les préparations éthérées et opiacées, le bromure et l'iodure de potassium sont les médicaments auxquels on aura recours. Contre les congestions pulmonaires et les accidents dyspnéiques, on emploiera les émissions sanguines; dans tous les cas, on prescrira avec avantage le repos complet, absolu. — E. Deschamps.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN 1887.

Depuis les premiers jours du mois on signalait des cas isolés de choléra à Catane (en Sicile), et la maladie paraissait sporadique. Les nouvelles les plus récentes montrent qu'il n'en est rien et que cette explosion du mal indien prend le caractère épidémique.

Le 7 mars, on a enregistré 50 cas, parmi lesquels 12 mortels, chiffre obituaire relativement peu élevé et qui permettrait d'espérer une épidémie relativement bénigne.

Néanmoins, les Etats riverains de la Méditerranée ont pris des mesures quarantainaires à l'égard des provenances de Sicile; notamment la Grèce, le Portugal, l'Espagne, la France, l'Algérie et la Tunisie.

Par contre, le conseil sanitaire d'Alexandrie, dont la majorité paraît acquise aux influences anglaises, vient d'autoriser à la libre pratique les provenances des Indes. Il existe cependant des cas de choléra dans les villes maritimes de cet empire. Cette tolérance expliquerait-elle l'invasion actuelle du mal indien en Europe ou bien faudrait-il l'attribuer à une revivification de l'épidémie italienne de l'année dernière ?

Dans l'Amérique du Sud, d'après les informations que nous recevons, la maladie est en décroissance. Il est vrai que sa propagation n'a pas été entravée par les mesures sanitaires qui ont été prises. Malgré leur sévérité, et devant cette impuissance, il faut convenir que la prophylaxie actuelle du choléra est bien insuffisante. Une hiérarchie fort luxueuse de fonctionnaires sanitaires n'en assure donc guère la perfection.

C. L. D.

---

jeune, bien posé, à barbe et cheveux un peu roussâtres, à carnation blonde, un vrai type flamand et distingué.

L'Université de Bâle possède un squelette préparé par André Vésale en 1543. Ce squelette offre une des plus anciennes préparations anotomiques connues. Vésale n'a passé à Bâle et n'y a résidé qu'une seule fois, d'après une intéressante brochure du docteur Roth, et cela en 1543 pour surveiller l'impression de son livre par Oporinus, mais nullement pour y professer. Il était extrêmement difficile, je vous l'ai dit, de se procurer des sujets pour la dissection et un seul cadavre avait été antérieurement fourni à Bâle dans ce but en 1531. Or, pendant le séjour de Vésale, un certain Jacob Karrer fut exécuté et Vésale obtint que le corps du supplicié lui serait remis. Pendant plusieurs jours, le maître fit aux élèves le scalpel à la main la démonstration de l'anatomie humaine et quand la dissection fut achevée, il prépara le squelette : *Artis et industriæ suæ specimen*, dit l'inscription, puis il en fit don à l'Université.

Les planches anatomiques et les deux volumes d'anatomie, en un mot l'œuvre de Vésale, après la publication desquels Charles Quint le fit venir à sa cour produisirent une révolution scientifique. Les anatomistes cherchèrent, ou bien à suivre la route que Vésale leur avait tracée, ou au contraire défendirent ce qu'ils appelaient les droits de Galien. Puteus soutenait que les planches de Vésale ne sont pas exactes; il en fut de même pour Dryander, professeur à Marbourg, partisan outré de Mondini. Remarquez, messieurs, que c'étaient généralement les jeunes, et ils avaient raison, qui comprenaient l'élan donné par Vésale, ils adoptaient ses idées et applaudissaient, tandis que les

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La correspondance comprend entre autres pièces : 1° Une lettre de M. Porquier (?), de Montpellier, sur l'atténuation du virus claveleux. M. le Secrétaire perpétuel n'ayant pas dit par quel moyen était obtenue cette atténuation, nous attendrons la publication des comptes rendus pour en parler; — 2° Une note de M. Donnadieu, sur le phylloxera du chêne; — 3° Une note de M. Hervé-Mangon, sur un nouvel instrument nommé le pluvioscope, et destiné à mesurer le nombre et la durée des pluies, tandis que le pluviomètre mesure la quantité d'eau tombée; — 4° Une lettre de M. Delaunay, rappelant qu'il a envoyé en 1863 un mémoire sur la rage. L'Académie avait, à cette époque, nommé une commission composée de MM. Rayer, Cl. Bernard et Longet. Il n'a jamais été fait de rapport, et les trois commissaires sont morts. L'auteur s'informe ce qu'il est advenu de son mémoire, et l'Académie désigne, pour l'examiner, une nouvelle commission composée de MM. Pasteur, Richet et Charcot.

M. Jurrien de la Gravière fait hommage à l'Académie d'un petit volume qu'il vient de publier sous ce titre : *Les corsaires barbaresques*.

M. Lancereaux prie M. le Président de le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de Paul Bert.

M. Vulpian annonce à l'Académie que M. le docteur Leudet (de Rouen), nommé correspondant de la section de médecine et de chirurgie le 14 février dernier, est mort le 5 mars. C'était le dernier élu de l'Académie.

M. Cornu présente une note de M. Joseph Vinot, sur un système d'oculaires, destiné à augmenter le pouvoir des petites lunettes :

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un genre d'oculaire à tirages, pour lunettes d'amateur, tel qu'à chaque allongement correspond un grossissement plus considérable. Il en résulte que, pour un prix modique, la plus petite longue-vue, n'eût-elle que deux centimètres de diamètre à l'objectif, permettra de bien voir, par exemple, que Saturne a un anneau. »

MM. Mairet et Combemale ont entrepris des « Recherches sur le mode d'action de la

---

vieux galénistes comme Jacques Dubois enviaient ou gémissaient et cherchaient à empêcher la vérité d'apparaître au jour.

Pour être impartial, on doit reconnaître que Vésale a suivi les vrais principes anatomique, disséquant comme l'avait fait Galien, sans ouvrir simplement les corps à l'exemple de Mondini. On doit répéter bien haut que Vésale a mis l'observation de la nature au dessus de l'autorité dogmatique ancienne. Mais, il faut dire aussi que les découvertes de Vésale ne sont ni extrêmement nombreuses, ni de premier ordre. Son traité renferme des erreurs, toutefois il est injuste de prétendre qu'il ne présente qu'une édition revue et corrigée de Galien avec de belles figures. En résumé, c'est une œuvre des plus remarquables.

Je dois encore vous prévenir qu'il faudra vous tenir en garde contre les enthousiastes sans mesure de Vésale. Ainsi Burggraeve, de Gand, attribue, même récemment, à Vésale des opinions erronées, des découvertes qu'il n'a pas faites, ne lui accordant pas toujours celles qui lui appartiennent. Le texte de Vésale est parfois peu conforme aux déductions du biographe. J'ai hâte de conclure que Vésale a trop bien mérité de la postérité pour que ces brèves remarques nous empêchent d'affirmer qu'il a été un des plus grands anatomistes. Il y a peu de jours encore, parcourant avec M. le professeur Sappey le *De humani corporis fabrica* nous étions dans l'admiration en présence des figures qui l'enrichissent et nous constations qu'elles avaient été faites sur nature humaine, souvent par de très habiles artistes.

(*A suivre.*)

Prof[r] Laboulbène.

©BIU Santé

colchicine prise à dose thérapeutique et le mécanisme de cette action. » Nous extrayons du mémoire que M. Charcot a présenté, en leur nom, sur ce sujet, les conclusions qui suivent :

« En résumé, à dose thérapeutique : 1° la colchicine agit, suivant la dose, soit comme diurétique, soit comme purgatif, et cela par suite d'une action congestive et irritative sur les reins et le tube digestif.

« 2° Les effets thérapeutiques sont les mêmes, que l'on introduise cette substance par la voie sous-cutanée ou la voie stomacale ; mais les effets sont plus rapides par la première et la dose nécessaire pour les produire doit être moindre. L'homme est trois fois plus sensible que le chien et le chat à l'action de la colchicine ; on peut fixer chez lui à 2 milligrammes ou 3 milligrammes la dose totale pour amener la diurèse, et à 5 milligrammes la dose purgative.

« 3° La colchicine augmente l'excrétion de l'acide urique, et produit du côté des surfaces articulaires et de la moelle osseuse des congestions donnant lieu à deux ordres d'effets intéressants à rapprocher des effets purgatifs, pour rendre compte du mécanisme de l'action de cette substance dans certaines maladies, la goutte en particulier. Elle diminue la quantité d'acide urique contenue dans le sang et produit une irritation substitutive au niveau des surfaces articulaires ; mais son accumulation dans l'économie et sa grande toxicité doivent rendre prudent dans son emploi. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 février 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Elle comprend les journaux et revues de la quinzaine ; une circulaire du ministre de l'instruction publique au sujet d'une description des généralités de la France telles qu'elles existaient en 1789 ; — *Du traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents aux eaux de Brides-les-Bains*, par le docteur Philbert.

Correspondance manuscrite : Elle se compose de lettres de candidature au titre de membre titulaire de MM. de Pezzer (présenté par MM. Reliquet et Abadie), Berne (présenté par MM. Reliquet et Richelot), Dumas (présenté par MM. Larroque et Christian).

M. Dehenne offre une brochure intitulée : *Deuxième note sur le sarcome de la choroïde.*

M. Dubuc fait hommage de son mémoire sur l'*Utilité, les doses, le mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie.*

M. Reliquet : Messieurs, en vous présentant dans la séance du 12 juin dernier une pièce d'anomalie rénale, je vous ai dit « qu'il s'agissait de cas de reins doubles et d'uretère double à droite ». C'était là l'opinion de tous les confrères que j'avais consultés à ce sujet. Après un examen plus complet, ne trouvant pas à l'extrémité supérieure du conduit supplémentaire de véritable tissu de rein, je portai ma pièce à M. le professeur Mathias Duval ; immédiatement il me dit que ce que je prenais pour un uretère était un *canal de Muller* persistant.

M. le professeur Mathias Duval m'indiqua un mémoire de M. Rémy publié en 1878 dans le journal de Ch. Robin et G. Pouchet, où il s'agit d'un fait absolument analogue. Le dessin que donne M. Remy ne laisse aucun doute ; seulement, dans le fait de M. Rémy, le sujet est mort à 5 ans. Dans mon fait, le sujet est mort à 45 ans.

M. Abadie lit un rapport sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Trousseau. Les conclusions favorables sont adoptées, le vote renvoyé à la prochaine séance. (Sera publié.)

M. Dehenne lit une note à propos du travail du docteur Trousseau sur les pseudo-atrophies. (Sera publiée.)

M. Duroziez : Dans l'amblyopie digitalique, y a-t-il des lésions du fond de l'œil ? Peut-on distinguer cette amblyopie digitalique des autres amblyopies, notamment de celle due à l'albuminurie ?

M. Abadie : Je n'ai jamais eu occasion d'observer l'amblyopie digitalique.

M. Dehenne : J'ai observé un cas d'amblyopie chez une personne empoisonnée par le sulfate de quinine. Elle a avait pris 15 grammes dans un jour; il existait une atrophie des nerfs optiques.

M. Duroziez termine la lecture de son mémoire sur l'*Etiologie du rétrécissement mitral pur*. (Sera publié.)

M. Besnier lit une observation de *Péritonite puerpérale purulente; ponction; guérison.* (Sera publiée.)

M. Ruault lit, à l'appui de sa candidature, un travail intitulé : *Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes*. (Comm. MM. Ant. Martin, Christian, Deligny, rapporteur.)

M. Auvard, candidat au titre de membre titulaire, lit une *Note sur un cas de fibromes compliquant l'accouchement*. (Commission : MM. Coignard, Luc, Polaillon, rapporteur.)

— M. Larroque : Messieurs, vous avez pu lire, dans un des journaux du commencement de cette semaine, un article sur le cas de guérison inespérée de Mlle W... Il importe, dans l'intérêt de tous, de relever dans cette relation une interprétation erronée et un danger dans l'application exagérée de cette panacée aujourd'hui très en vogue; je veux parler de l'hypnotisme et de la suggestion.

Voici le fait : Mlle W... habitait le midi de la France lorsqu'il y a un an, sans causes appréciables, elle fut prise tout à coup de mutisme. Ce fut en vain que les médecins de la région tentèrent d'amener une amélioration chez cette malade. On se décida alors à l'envoyer à Paris. Arrivée dans la capitale, elle suivit plusieurs traitements, et dans ces derniers temps, à la suite d'électrisations répétées, on était arrivé à plusieurs reprises à lui faire dire des mots, des phrases. Cependant, comme on trouvait que l'amélioration n'était pas suffisante, on songea à l'hypnotiser, à la suggestionner. Après un seul essai, Mlle W... parla et, depuis, elle continue à faire usage de la parole.

On ne nous dit pas dans quelle période du sommeil hypnotique a été plongée Mlle W... Il était important aussi de connaître si Mlle W... appartenait, par l'hérédité, à la grande famille neuropathologique. Enfin, on a oublié de rapporter dans l'observation si cette malade avait ou non des stigmates hystériques. Mais ce sont là des détails dont on peut en partie se passer. En effet, il n'est pas rare de voir des malades en tous points identiques à Mlle W... Ceux qui suivent certains services spéciaux peuvent en avoir remarqué plusieurs. Pour ma part, j'ai encore présent à l'esprit le cas d'un voyageur de commerce qui de temps en temps est pris de mutisme. Chez ce dernier, on est en présence d'un hystérique, de par les stigmates, etc. Au bout d'un certain laps de temps, environ deux mois, le mutisme disparaît tout à coup, sans aucun traitement. L'apparition et la disparition de ce phénomène sont presque instantanées. Si ce malade allait consulter et se faisait traiter vers l'époque où d'ordinaire la guérison survient, et que l'on vît ce mutisme disparaître, tout esprit non prévenu pourrait croire à une guérison. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire voir qu'il y a là une coïncidence. Le mutisme hystérique disparaît comme la plupart des autres phénomènes hystériques, à l'improviste et sans motifs plausibles. Je sais bien qu'il y a l'impression morale, la vue de certains lieux miraculeux qui peuvent aussi être la cause de cette disparition A la suite de l'hypnotisme et de la suggestion, on a observé encore ces amendements. Mais, de là à dire que cette pluralité de faits produisent la guérison, il y a loin. Je veux bien qu'ils soient en partie la cause déterminante, mais, je le répète, il y a peut-être une coïncidence, peut-être encore d'autres faits ignorés par nous, du moins dans l'état actuel de nos connaissances sur cette affection entourée de tant d'obscurités. Aussi, devant l'hystérie et ses modalités, n'est-il pas permis à un esprit vraiment scientifique d'appliquer à l'effacement d'un des phénomènes de l'hystérisme le mot guérison. Il y a là une exagération. Du reste, on ne guérit pas l'hystérie puisqu'elle suit sa marche; on ne guérit pas non plus les phénomènes hystériques, puisqu'ils se reproduisent malgré tout.

©BIU Santé

Là ne se borne pas ce que j'ai à vous dire, et je croirais abuser de vos instants si je ne cherchais à vous démontrer les dangers de l'hypnotisme.

Avant tout, on doit bien se convaincre que l'hypnotisme, la suggestion n'ont rien fait dans bon nombre de cas. Je voudrais voir en face de certains malades les écoles qui conseillent à peu près dans toutes les affections ces moyens tant vantés. A Paris, comme ailleurs, on endort et on suggestionne les hystériques; cependant, combien de fois n'a-t-on rien produit! Quand je dis qu'on n'a rien produit, je me trompe, car un bon nombre de fois on a fait naître des phénomènes regrettables. Je veux, entre autres, vous citer le cas d'une jeune fille sujette à de légers vomissements. Le médecin, parfaitement versé dans les connaissances actuelles se rapportant à l'hypnotisme, sachant qu'il avait affaire à une hystérique, soumit le sujet aux manœuvres hypnotiques. Réveillée, la jeune fille conserva une contracture du pied durant de longs mois. On a eu beau endormir, suggestionner, rien n'a pu faire disparaître cette contracture. Après, il est survenu de la gêne de la marche par suite de l'atrophie de certains muscles, de la rétraction du tendon d'Achille et peut-être de brides articulaires. Cette contracture ne doit pas étonner lorsqu'on songe à l'hyperexcitabilité musculaire dans certaines phases du sommeil hypnotique, surtout dans l'état léthargique, alors le plus léger attouchement, un simple souffle peuvent produire une contracture qu'il faut se hâter de défaire. Voilà donc une jeune fille victime encore de l'hypnotisme; ces cas sont nombreux.

Tout ne s'arrête pas là. Il est avéré qu'en endormant les hystériques on augmente leur état psychique, en général bizarre. Par l'hypnotisme, on peut amener des troubles mentaux dont le dernier terme est ce qu'on est convenu d'appeler la folie hystérique. En outre, si ces malades sont endormies souvent, elles arrivent à s'endormir elles-mêmes, par conséquent ces troubles intellectuels ne peuvent que s'accentuer. Ces phénomènes fâcheux peuvent survenir non seulement après des manœuvres répétées, mais encore après une simple expérience. Témoin le cas que m'a communiqué notre collègue, M. le docteur Deligny. Il s'agit d'une jeune fille qui, après une première séance d'hypnotisme, est restée, durant trois semaines, dans un état complet de stupeur. J'en ai dit assez pour prouver les dangers de ces expériences qui ne sont pas tentées malheureusement toujours dans un but louable. Comme conclusion, je dirai donc : Puisque les phénomènes de l'hystérisme, surtout le mutisme hystérique, disparaissent seuls, sans intervention aucune, il est inutile de s'exposer aux dangers résultant des manœuvres de l'hypnotisme.

Voilà, Messieurs, les réflexions que je tenais à vous faire connaître. En terminant, permettez-moi de vous signaler certains états complexes survenant en dehors de l'hystérie chez des déséquilibrés héréditaires, pour qui l'hypnotisme est le point de départ de troubles mentaux profonds, que mon collègue et ami, M. le docteur Dumas, vous développera dans une de nos prochaines séances.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, COIGNARD.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

Voici le nombre des médecins de l'armée allemande portés sur l'Annuaire officiel de 1887 :

L'armée prussienne comprend : 2 médecins généraux et 2 médecins d'état-major au ministère de la guerre; 15 médecins généraux (14 dans les corps d'armée, 1 à l'Institut Friedrich-Wilhelm); 255 médecins d'état-major de 1re classe (Oberstabsarzte); 367 médecins d'état-major non élevés en grade (Stabsarzte) et 661 Assistenzarzte. — La Saxe compte 1 médecin général, 21 Oberstabsarzte, 33 Stabsarzte et 53 Assistenzarzte. — Le Wurtemberg 1 médecin général, 15 Oberstabsarzte, 22 Stabsarzte et 36 Assistenzarzte. — En tout 1484 médecins. Ajoutons qu'un projet de loi présenté au Reichstag tend à augmenter ce nombre de 124 nouveaux médecins de tous grades. Mettons enfin en regard

le nombre officiel des médecins de l'armée française, 1,300 sur le papier et en réalité a peine 1,200.

— La 55e réunion du « British medical Association » aura lieu du 2 au 5 août à Dublin. Le professeur Gairdner (pathologie interne), le professeur Hamilton (chirurgie) et le docteur Samuel Haugton (hygiène) feront, dans la séance générale, les principales communications.

— A partir du semestre prochain, l'École vétérinaire de Berlin sera élevée au rang d'Ecole supérieure. La direction n'en sera plus confiée à un directeur à vie, mais à un recteur nommé annuellement.

— En septembre prochain se réuniront, à Milan, les délégués des sociétés de crémation.

Nécrologie. — La *Deutsche med. Wochenschrift* du 10 février 1887 annonçait la mort du docteur Chadwick (de Londres). Nous sommes en mesure d'assurer que l'hygiéniste anglais est encore en bonne santé. Il a écrit il y a quelques jours à un de nos confrères de Paris.

Wurtzbourg. — A. Geigel, professeur de pathologie interne et d'hygiène, vient de mourir âgé de 58 ans.

— A Bonn est mort également le Sanitatsrath docteur Richarz, dont les travaux sur les maladies mentales sont bien connus.

— Fedele Marsary, chirurgien de l'hôpital San Giovani, a succombé à Turin. Le professeur sénateur Bruno a prononcé sur sa tombe des paroles émues que M. Panzeri rapporte dans les *Archives d'orthopédie*. — Dr Ch. S.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1886-1887 s'ouvriront, à la Sorbonne, le mercredi 16 mars 1887. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Friedel ouvrira le cours de chimie organique, le mercredi 16 mars, à une heure et demie, et le continuera, le mercredi à la même heure, et le vendredi, à dix heures et demie. Il traitera des fonctions chimiques et étudiera les composés de la série grasse.

M. le professeur X... ouvrira le cours de botanique, le mercredi 16 mars, à midi et demi, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Hautefeuille commencera le cours de minéralogie, le jeudi 17 mars, à deux heures trois quarts, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Il étudiera les caractères généraux des métaux et les principales espèces minérales.

M. le professeur Lippmann ouvrira le cours de physique, le samedi 17 mars, à deux heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Hébert ouvrira le cours de géologie, le vendredi 18 mars, à trois heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

M. le professeur Yves Delage ouvrira le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, le samedi 19 mars, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il étudiera les Tuniciers et les Vertébrés.

— A la suite du concours ouvert le 14 février dernier, M. Gasselin, interne en pharmacie de quatrième année à l'Hôtel-Dieu, a été nommé pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Souscription pour un buste du professeur Jules Béclard, destiné a être placé sur sa tombe, a coté de celui de son père, P. Augustin Béclard. — Les amis et les élèves de M. le professeur J. Béclard, désirant perpétuer son souvenir par un hommage public et

©BIU Santé

durable, ont eu la pensée de lui élever un buste, à côté de celui de son père, sur le monument funéraire qui les réunit.

Dans ce but, ils ont constitué un Comité d'initiative, composé de ; MM. Laborde, chef des travaux physiologiques et du laboratoire de M. Béclard; Galippe, ancien élève du laboratoire ; Mathias Duval, professeur à la Faculté ; Brouardel, doyen de la Faculté ; Lannelongue, professeur à la Faculté ; Caventou, trésorier de l'Académie de médecine ; Blanche, membre de l'Académie de médecine ; G. Masson, libraire éditeur ; Pupin, secrétaire de la Faculté.

Les souscriptions sont reçues par MM. Laborde, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine ; Mathias Duval, au laboratoire de l'Ecole d'anthropologie ; Caventou, à l'Académie de médecine ; Pupin, au secrétariat de la Faculté ; Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Corporandy. Niçois d'origine, il était allé terminer ses études à Lyon, où il avait fait son internat. Il avait dû se fixer à Nice, où il exerça pendant près de vingt ans les fonctions de médecin du Lycée. Très instruit, travaillant toujours, se tenant au courant de la littérature médicale française et étrangère, il fut le premier à propager à Nice la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde. C'était un excellent praticien.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Carpentier, décédé à Paris, le 28 février 1887, à l'âge de quarante et un ans ; Leclerc, ancien interne des hôpitaux de Paris ; A. Nidart (de Sainte-Menehould) ; Raynaud, inspecteur du service de santé de la marine, en retraite ; Huart et Rossignol, médecins-majors de première classe, en retraite, et Sérilhac, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Association des médecins de Tarn-et-Garonne.

Nombre des étudiants en médecine de la faculté de Paris en 1885-1886. — D'une communication faite au Conseil académique de Paris, il ressort qu'au début de l'année scolaire 1885-1886, c'est-à-dire au 15 octobre 1885, le nombre des élèves en cours d'études était de 3,972.

Pendant la durée de l'année scolaire 1885-86, 611 élèves nouveaux se sont fait inscrire ; d'autre part, 887 l'on quittée (452 avec un exeat régulier, 435 parce qu'ils n'avaient fait à la Faculté aucun acte depuis dix ans). D'où il suit que la population scolaire en cours d'études, qui était au 15 octobre 1885 de 3,972, était au 15 octobre 1886, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire et avant l'inscription des élèves nouveaux, de 3,696. Dans ce dénombrement figurent 533 étudiants en médecine de nationalité étrangère, en cours régulier d'études, ainsi que les *docteurs étrangers* qui viennent accomplir à Paris une scolarité plus ou moins entière.

Si, d'une part, nous mettons en regard le nombre des étudiants inscrits à la Faculté de Paris en 1885-86 (3,972 à 3,696), et d'autre part le nombre des diplômes de doctorat (336) ou d'officiat (11) conférés la même année, nous sommes obligés de reconnaître que les étudiants amateurs sont très nombreux à Paris.

Il serait désirable que, dans le dénombrement des étudiants en médecine, le nouveau doyen voulût bien, comme le fait son collègue de Bordeaux, ne considérer comme tels que les élèves en cours d'inscription et en cours d'examen, sauf à indiquer dans une colonne ceux dont la scolarité est suspendue pour un motif quelconque.

(*Lyon médical*).

Société médico-pratique. — Séance du 14 mars. — *Ordre du jour* : 1. Rapport de M. Desnos sur la candidature de M. Boursier. — 2. M. Delafosse : Observation de taille sus-pubienne pour une tumeur de la vessie. — 3. M. Barette : Note sur un cas de périnéorrhaphie primitive. — 4. M. Cadet de Gassicourt : Trois cas de diagnostic difficile. — 5. M. Ory : Note sur un cas d'intoxication chez un buveur d'éther.

Dyspepsies.—Anorexie.— Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lancereaux : Les troubles nerveux de l'urémie. — II. Revue des Journaux : La thérapeutique en Allemagne. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — V. Courrier de l'étranger. — VI. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les troubles nerveux de l'urémie.

(Leçon de 1886 recueillie par M. Besançon, interne du service.)

L'organisme animal possède, comme les végétaux, la propriété de fabriquer des substances toxiques, résidu ultime de la nutrition de ses tissus. Dans une précédente leçon, je vous ai montré que la rétention morbide de ces déchets organiques déterminait une série de désordres du côté de l'appareil digestif. Nous poursuivrons aujourd'hui cette étude de l'urémie par l'exposé des modifications de l'appareil de l'innervation.

Les perturbations nerveuses, dans l'urémie, n'ont pas la même signification que les perturbations digestives. Leur mode pathogénique est également un peu différent. Les phénomènes gastro-intestinaux sont en effet, du moins à leur début, des troubles compensateurs. Ils offrent un caractère d'utilité, de nécessité en quelque sorte, qu'il est essentiel de ne pas méconnaître, et qui règle l'intervention thérapeutique. Les accidents nerveux, au contraire, constituent toujours des symptômes fâcheux, qu'il importe de combattre au plus tôt. D'autre part, les désordres de la première catégorie résultent d'une action élective sur la muqueuse digestive, dont le pouvoir excréteur est sollicité par l'afflux des principes excrémentitiels. Rien de semblable pour le système nerveux. Il est simplement encombré, à l'égal de tous les autres tissus, par les produits de désassimilation; seulement, il réagit plus activement en raison de son excitabilité spéciale, et les souffrances de sa nutrition se traduisent par des symptômes plus expressifs.

Les troubles cérébro-spinaux de l'urémie sont extrêmement importants. Par leur fréquence et leur gravité, ils occupent, dans la hiérarchie des phénomènes urémiques, un rang bien plus élevé que les troubles digestifs. Leurs modalités cliniques sont très nombreuses. Nous avons vu que le hoquet marquait la limite entre les deux ordres de symptômes, et pouvait servir de transition. Parmi les accidents purement nerveux, on peut isoler d'abord et décrire à part le groupe des *accidents cardio-pulmonaires.*

C'est à tort qu'on a séparé l'urémie dyspnéique de l'urémie cérébro-spinale. Dans cette forme en effet les organes thoraciques ne sont pas directement affectés. Ils ne font que traduire le désordre fonctionnel des centres nerveux.

La dyspnée urémique présente trois variétés principales : la dyspnée simple, la dyspnée paroxystique et la dyspnée spasmodique. La *dyspnée simple* est caractérisée par l'accélération et les variations d'étendue du mouvement respiratoire, et par de l'essoufflement sous l'influence du moindre effort ou même simplement de la marche. L'examen du mode respiratoire montre presque toujours une prédominance du type diaphragmatique. C'est là, du reste, le cachet de la respiration urémique en général, qu'elle s'effectue presque exclusivement à l'aide du diaphragme. Le type costal ne s'observe guère que chez les urémiques qui ont en même temps des lésions matérielles du poumon ou du cœur. La dyspnée simple des

©BIU Santé

urémiques s'accompagne quelquefois de phénomènes laryngés, raucité de la voix et sifflement inspiratoire, qui ont pu en imposer pour un obstacle des voies respiratoires supérieures, au point qu'on eût recours à la trachéotomie. Chez les malades affectés de cette dyspnée, le pouls est ordinairement accéléré.

La dyspnée paroxystique est constituée par une oppression violente qui reparaît de temps à autre, avec des plaintes. Observée par Cheyne en 1816, décrite par Stokes en 1854, cette variété de dyspnée a été désignée sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes. Elle consiste dans la succession, régulière et périodique, d'une phase d'apnée ou pause, et d'une phase de dyspnée dans laquelle les inspirations, d'abord rares, courtes et superficielles, augmentent graduellement d'amplitude, deviennent de plus en plus fréquentes, profondes et bruyantes, puis décroissent progressivement jusqu'à une nouvelle pause.

La période d'apnée se limite en général à trente ou quarante secondes. Le cycle complet a une durée de quelques minutes au plus. Il est accompagné de désordres circulatoires, oculo-pupillaires et cérébraux. La circulation, en effet, est toujours plus ou moins embarrassée, les lèvres sont violacées, cyanosées; les pupilles se contractent pendant la pause pour se dilater lors de la reprise des mouvements respiratoires; les facultés psychiques sont plus ou moins obtuses. La stéatose cardiaque a été considérée tout d'abord comme la principale condition pathogénique de ce phénomène. Plus tard, on a incriminé d'autres lésions du cœur et enfin un certain nombre d'altérations cérébrales. Nous croyons à l'influence possible de ces dernières affections dans la production de ce symptôme; mais en l'absence de tout renseignement sur l'état des reins, il y a des raisons de penser que, dans quelques cas où l'on a accusé le cœur et le cerveau, les reins étaient malades. Les lésions rénales qui, en général, donnent naissance à ce phénomène sont celles qui portent plus spécialement sur le système artériel; partant de ce fait, quelques auteurs ont pensé que la condition pathogénique de la respiration de Cheyne-Stokes était dans le cerveau, et qu'elle devait tenir à un certain degré d'ischémie. Mais rien ne prouve cette assertion, et comme ce symptôme se produit quelquefois au cours même de la néphrite épithéliale, il me semble beaucoup plus rationnel de l'attribuer à l'action sur les centres respiratoires des substances excrémentitielles non éliminées par les reins. La preuve que ces substances sont bien la cause du symptôme en question, c'est qu'assez ordinairement un ou deux purgatifs énergiques suffisent à le faire disparaître. Ce phénomène n'en est pas moins l'indice d'un désordre sérieux qui peut, il est vrai, n'avoir qu'une durée passagère, mais qui peut aussi se prolonger d'une façon continue pendant des semaines, laissant à peine des intervalles de répit pour disparaître ensuite et faire place à une respiration régulière.

La *dyspnée spasmodique* a beaucoup d'analogie avec l'accès d'asthme, aussi l'a-t-on souvent décrite sous le nom d'*asthme urémique*. Cette variété que j'ai déjà indiquée dans l'article Rein du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, pour être plus rare que les deux précédentes, ne se rencontre pas moins dans un certain nombre de cas. Elle survient subitement comme un accès d'asthme purement nerveux, et, le plus souvent, sans cause occasionnelle appréciable. Elle consiste dans la sensation d'une pénible angoisse qui force le malade à s'asseoir sur son lit, à se cramponner aux objets environnants, à faire des efforts pour respirer l'air qui

paraît lui manquer. La poitrine ballonnée et globuleuse reste fixée dans la position de l'inspiration, et l'air ne s'y renouvelle pas, d'où la suffocation. Puis, à cette phase d'inspiration forcée succède la détente, l'expiration commence par le relâchement des muscles inspirateurs et s'achève par la contraction des expirateurs; elle est lente, prolongée, mais non sifflante comme dans l'accès d'asthme proprement dit; aussi entend-on rarement des râles sibilants et ronflants à l'auscultation, et, du reste, l'attaque n'est guère suivie d'expectoration. En même temps, les yeux sont saillants, la face est pâle, les lèvres décolorées, le pouls est dur; souvent aussi des vomissements surviennent, soit avant, soit après la crise dyspnéique, et loin de mettre sur la voie du diagnostic, ils peuvent dans quelques cas, la grossesse, par exemple, donner une fausse sécurité au médecin qui n'étudierait pas attentivement les matières vomies. La durée d'une attaque de ce genre est variable. Elle peut être d'une demi-heure ou même d'une heure, et se renouveler plusieurs fois en une journée, mais principalement la nuit.

Ce genre d'accidents que j'ai eu l'occasion d'observer dans maintes circonstances, était des plus manifestes chez une femme de 71 ans qui, à la suite de fluxions de goutte aiguë, se trouva atteinte de polyurie, d'albuminurie et de tous les signes d'une néphrite interstitielle. Les deux crises que j'observai chez cette femme ayant été suivies de vomissements, je fus conduit à administrer des purgatifs énergiques, et les accidents cessèrent. Ces résultats, je les ai obtenus dans un grand nombre de cas.

L'anhélation urémique, quelle que soit sa forme, représente un symptôme à pronostic variable. C'est ainsi qu'on voit de vieux brightiques traverser de temps à autre des crises de dyspnée, et cela pendant des années entières. Ces malades se débarrassent aisément de leur oppression à l'aide de quelques drastiques, ou simplement par l'observance plus rigoureuse d'un régime. D'autres fois, au contraire, la dyspnée tue rapidement avec des phénomènes de syncope ou d'asphyxie. Il est donc impossible d'établir une règle fixe pour l'évaluation des risques.

On s'est beaucoup occupé de rechercher, chez ces malades, la réaction du carbonate d'ammoniaque contenu dans l'haleine. Frerichs insistait sur ce signe qui cadrait avec sa théorie de l'ammoniémie. A cet effet, on plaçait au devant de la bouche une baguette de verre mouillée d'acide chlorhydrique, et l'on obtenait assez souvent la formation de vapeurs blanches de chlorhydrate d'ammoniaque. L'hématoxyline, le papier rouge de tournesol ont été employés dans le même dessein. Ce sont là des investigations cliniques tout à fait inutiles. Les réactions obtenues n'ont aucune valeur décisive. On les retrouve chez beaucoup d'autres malades que chez les urémiques; en revanche, elles font souvent défaut chez ces derniers. Il suffit, pour le comprendre, de se rappeler que les accidents pulmonaires ne tiennent pas, dans l'espèce, à une modification de l'excrétion alvéolaire, mais qu'elles trahissent uniquement la nutrition viciée des centres bulbaires.

Du côté de l'appareil circulatoire, les troubles fonctionnels observés dans l'urémie consistent en des palpitations plus ou moins intenses du cœur ou même des vaisseaux. Ces palpitations irrégulières et intermittentes sont ressenties à l'état de repos, et souvent exagérées par le mouvement. Elles incommodent les malades dans le jour et peut-être plus encore pendant la nuit, car elles produisent fréquemment l'insomnie. Le pouls est

©BIU Santé

ordinairement accéléré pendant les crises d'urémie, quelle qu'en soit, du reste, la variété symptomatique. Avant les grands accès convulsifs de l'urémie aiguë, principalement chez les femmes en couches et chez les scarlatineux, le pouls présente souvent une modification remarquable, consistant en un ralentissement quelquefois extrême des pulsations. Ce phénomène a été relevé par un grand nombre d'auteurs. Il est légitime de l'interpréter dans le sens d'une perturbation dans l'innervation du pneumogastrique.

Tels sont les différents désordres respiratoires et circulatoires que peuvent engendrer les altérations des reins. Il est bien entendu qu'ils n'appartiennent pas spécialement à ces altérations et qu'ils peuvent se rencontrer dans d'autres circonstances; mais il n'en est pas moins vrai que leur existence doit éveiller dans l'esprit du médecin la possibilité d'une lésion rénale, et le conduire à examiner attentivement les urines au point de vue de leur quantité et de leur qualité.

Ces désordres n'ont pour point de départ ni les poumons qui sont sains, ni le cœur qui, en général, est simplement hypertrophié. D'un autre côté, quoique la fonction de l'hématose soit diminuée, le sang ne peut être la cause d'accidents qui ont une marche irrégulière, intermittente. Aussi, tout porte à croire qu'ils sont bien sous la dépendance d'un désordre de l'innervation bulbaire, produit lui-même par l'action des matières toxiques retenues dans l'organisme. C'est pour cette raison qu'ils méritent d'être rangés dans le cadre de l'urémie cérébro-spinale, dont nous allons maintenant étudier les manifestations nerveuses proprement dites.

Les ACCIDENTS CÉRÉBRAUX de l'urémie portent sur les trois grandes fonctions de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, qui sont isolément ou simultanément affectées.

Les *désordres sensitifs* consistent en sensations subjectives de prurit, d'engourdissement et de douleur dans différentes parties du corps, puis enfin, en troubles passagers de la vision.

La démangeaison, déjà mentionnée dans l'article REIN, du *Dictionnaire encyclopédique*, est devenue l'objet d'une étude plus approfondie qui a conduit plusieurs auteurs à en faire un signe du *mal de Bright*. Cependant, comme ce phénomène s'observe spécialement chez les personnes dont la lésion rénale est sous la dépendance de l'artério-sclérose généralisée, et comme cette dernière altération est toujours liée à des troubles de l'innervation, il y a lieu de se demander si le prurit n'est pas plutôt l'effet de l'état morbide général qui engendre l'affection rénale, que de cette affection elle-même. Cette manière de voir est d'autant plus rationnelle que le prurit fait partie de la période latente du *mal de Bright*, et apparaît à une époque où l'urémie n'existe pas encore. Les démangeaisons, quelquefois très vives, ont pour siège plus spécial les parties génitales; mais elles n'ont aucun caractère essentiel qui permette de les attribuer à une insuffisance rénale. Quelle que soit sa signification, ce prurit survenant chez un individu pâle et un peu âgé, ne doit pas moins attirer l'attention du côté du rein et conduire à l'examen des urines.

Ce que je viens de dire du prurit s'applique également aux sensations de *fourmillements* et de *picotements* des membres que l'on observe surtout dans la néphrite artérielle, et qui ne sont peut-être bien que des sensations liées à une irrigation sanguine imparfaite. Les douleurs qu'éprouvent parfois, au niveau des articulations, les malades atteints d'albuminurie, et que l'on a rattachées à l'intoxication urémique, ne relèvent-elles pas aussi, dans

quelques cas du moins, de la maladie générale dont la lésion rénale n'est elle-même qu'un effet? Il y a, selon nous, des raisons sérieuses de le croire, et l'une des plus importantes, c'est que ces douleurs ne cèdent généralement pas à l'emploi des drastiques qui combattent si bien les accidents urémiques. En tout cas, les seules douleurs articulaires qu'il soit possible de mettre sur le compte de l'urémie sont des douleurs mobiles, erratiques plutôt que fixes, passagères, ayant leur point de départ dans le système nerveux et non dans un désordre matériel de l'articulation. On peut en rapprocher les crampes fort pénibles dont se plaignent quelques malades, et qui siègent de préférence dans les muscles des jambes.

Quant au phénomène connu sous le nom de sensation de *doigt mort*, et rattaché par quelques auteurs à l'urémie, il est un symptôme commun chez les névropathes et les athéromateux. Or, ce sont justement là les sujets prédisposés à la néphrite artérielle. Aussi est-il préférable de rattacher ce phénomène à la maladie générale dont l'urémie n'est qu'une conséquence éloignée, qu'à cette intoxication elle-même. Ce qui démontre encore le bien fondé de cette opinion, c'est que tout ne se borne pas toujours à une syncope locale des extrémités digitales. La chose peut aller jusqu'à une véritable gangrène par oblitération artérielle.

La *céphalée* est un phénomène commun dans l'intoxication urémique. Elle se traduit tantôt par un simple mal de tête, tantôt par des douleurs qui ont une grande ressemblance avec la migraine.

La première de ces formes est continue avec des paroxysmes survenant quelquefois dans la journée, mais plus souvent pendant la nuit. D'ailleurs c'est là un caractère commun à tous les accidents urémiques, qu'ils subissent fréquemment des exacerbations nocturnes. La douleur a pour siège tantôt la région frontale, tantôt la région occipitale, et se révèle par une sensation de gêne, de poids et d'écrasement, plutôt que par des élancements douloureux. Elle est rarement localisée à la région temporale ; plus souvent elle occupe toute la tête, et se traduit par une sorte de cercle douloureux qui comprime le crâne tout entier, l'enserre comme dans un casque ou dans un étau. Aussi l'a-t-on comparée à la sensation que produit sur la tête un *casque étroit et lourd*.

Elle se distingue par son intensité, par sa ténacité et les cris qu'elle arrache souvent aux malades lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. Cette intensité, jointe aux paroxysmes nocturnes, rapproche la céphalée urémique des douleurs ostéocopes de la syphilis, et l'on doit savoir que la confusion avec ces dernières est chose possible. Je fus appelé, il y a une vingtaine d'années, auprès d'une femme de 30 ans atteinte d'anasarque avec albuminurie (néphrite épithéliale), et qui, avant tout, se plaignait d'une céphalée des plus intenses et d'une insomnie opiniâtre. Le médecin qui la soignait, l'un des praticiens les plus répandus de l'époque, n'avait pas hésité à diagnostiquer une céphalée syphilitique, et avait administré l'iodure de potassium à haute dose, mais sans le moindre succès. Appelé à remplacer ce confrère, et tenant compte de l'albuminurie, du caractère de la douleur qui était continue avec exacerbation dans la nuit, et formait une sorte de cercle ou de casque lourd autour de la tête, je diagnostiquai une céphalée urémique et me contentai de prescrire quelques lavements purgatifs. Cela suffit, car au bout de quelques jours, la malade dormait et cessait de se plaindre. Plus tard cette céphalée reparut et fut combattue de la

©BIU Santé

même façon. Depuis lors, il m'est arrivé de constater un assez grand nombre d'erreurs du même genre.

La céphalée, qui par ses caractères se rapproche de la migraine, est intermittente et survient par crises d'une durée qui varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs jours. Quelquefois unilatérale, elle est le plus souvent frontale. Les malades se plaignent d'éprouver comme une sensation de griffe, de serrement, de déchirure; rarement ils accusent des battements ou des élancements. Ce phénomène est exceptionnellement accompagné de nausées ou de vomissements, et ceux-ci ont toujours les caractères des vomissements urémiques.

Le *vertige* est un symptôme qu'il n'est pas rare d'observer chez l'urémique où il a des causes multiples. Assez commun dans le cours de la néphrite artérielle, il est le plus souvent sous la dépendance du rétrécissement des artères cérébrales et de l'ischémie qui en est la conséquence. Dans quelques cas pourtant, il se rencontre chez des malades dont le système artériel semble parfaitement intact, et peut-être alors est-il bien sous la dépendance de l'empoisonnement urémique. Toutefois il est positif que le vertige est très rare dans l'urémie liée à la néphrite épithéliale.

L'*amaurose* survient à l'état aigu dans un certain nombre de crises urémiques. Elle apparaît brusquement dès le début de la crise, se continue pendant toute sa durée et disparaît avec elle. La vision est obscurcie ou même presque abolie; les objets manquent de netteté, ils sont confus, se montrent comme à travers un voile. Ce phénomène, tant par le moment de son apparition que par sa mobilité, diffère notablement des désordres visuels permanents liés aux lésions rétiniennes du mal de Bright. Aussi l'ophthalmoscope ne peut-il en trouver la raison dans l'état de la rétine; il est le résultat d'un simple trouble fonctionnel.

Un de mes malades atteints de néphrite épithéliale présenta à plusieurs reprises des crises convulsives d'urémie pendant lesquelles il cessait à peu près complètement de voir clair. Cette amblyopie persista ensuite pendant plus de huit jours, L'examen ophthalmoscopique le plus attentif, pratiqué à chaque crise, ne put déceler aucune lésion du fond de l'œil, et d'ailleurs la vision revenait chaque fois intégralement. J'ai observé ce phénomène dans beaucoup d'autres cas, toujours avec les formes aiguës de l'urémie.

A côté de l'amaurose, on a noté quelquefois la diplopie, l'hémiopie, et même l'héméralopie. Il est bon de rappeler qu'au moment des attaques d'urémie, les pupilles sont habituellement très resserrées.

La *cophose* a pu être également rattachée à l'insuffisance rénale, mais la relation de ce symptôme avec un excès de matières excrémentitielles dans le sang n'est pas nettement établie. Cette intoxication engendrerait-elle une cophose aiguë passagère, comme l'amaurose urémique, ou bien produirait-elle une altération des expansions du nerf auditif avec surdité permanente? Voilà ce qui n'a pas encore été déterminé d'une façon précise. Ces deux variétés de cophose peuvent bien exister dans l'urémie; plusieurs faits attentivement suivis nous portent du moins à penser qu'il existe une cophose urémique purement fonctionnelle.

REVUE DES JOURNAUX

LA THÉRAPEUTIQUE EN ALLEMAGNE

L'ichthyol et la résorcine et le groupe des agents réducteurs. — Dans son deuxième fascicule des *Études dermatologiques « Dermatologische Studien »*, ainsi que dans deux brochures postérieures (*Monatshefte für practische Dermatologie*, 1886, nos 11 et 12), Unna, le savant spécialiste de Hambourg, s'est proposé d'étudier un groupe assez bien défini d'agents thérapeutiques, qu'il a nommés, à cause de leur action dominante, la soustraction d'oxygène aux tissus, *agents réducteurs*.

Ce groupe renferme des éléments depuis fort longtemps connus et employés, le soufre par exemple, ainsi que d'autres tout récemment découverts : l'ichthyol et la résorcine. C'est naturellement sur l'étude de ces derniers médicaments que l'auteur insiste particulièrement.

Dans la première partie, le spécialiste allemand expose les effets des agents réducteurs appliqués sur la peau saine, effets variables suivant la dose.

A dose faible, on observe : 1° exfoliation et chute des premières couches cornées de l'épiderme avec multiplication des cellules sous-jacentes; 2° prurit; 3° constriction vasomotrice, ce qui explique l'avantageux emploi de ces substances dans l'érythème, l'érysipèle, etc.; 4° action complexe sur les dernières ramifications nerveuses; 5° production possible de pustules; 6° coloration plus foncée des tissus par suite de l'action des agents réducteurs sur le pigment; 7° diminution des symptômes : enflammation, gonflement, douleurs.

Si les doses sont plus fortes, ces divers phénomènes se produisent plus rapidement, avec cette différence, que le prurit est remplacé par la douleur, les pustules par des bulles, avec émigration des globules du pus, etc.

Sur les solutions de continuité nettes de la peau, sur les plaies par instruments tranchants, l'ichthyol et la résorcine amènent généralement la réunion par première intention. L'effet de ces topiques est aussi heureux dans les brûlures au 1er et au 2e degré. Mais il n'en est plus de même quand le derme est entamé, et dans les érosions profondes du gland, des paupières; l'application d'ichthyol pourrait déterminer une inflammation intense avec gonflement et œdème.

Dans les cavités tapissées d'épithéliums pavimenteux, dans les séreuses comme la tunique vaginale, dans les trajets fistuleux, ces mêmes agents font merveille, ainsi que sur les solutions de continuité pathologiques de la peau; le lupus où ils arrêtent la prolifération des cellules pathologiques et favorisent la réparation du derme (dermoplastie). Comme le tannin et les astringents, les agents réducteurs sont hémostatiques; ils ont aussi sur les parasites une action indirecte à distance et une action directe par exfoliation épidermique.

Dans la deuxième partie, M. Unna étudie l'action de l'ichthyol et de la résorcine dans les dermatoses.

Le premier médicament (en pommade à 10 p. 100, aidé de l'usage du savon à l'ichthyol à l'extérieur, plus 5 gouttes à l'intérieur) réussit particulièrement dans l'érythème, l'acné, les roséoles et certaines formes d'eczéma; nombreuses observations à l'appui. Cet agent possède surtout, contre l'érysipèle, une action merveilleuse. Aussitôt après son application, dit l'auteur, « la marche de l'érysipèle est arrêtée, la tension cutanée s'affaisse, et, en quelques jours, après l'élimination d'une lame épithéliale brunâtre, tout est terminé ». Il se sert, à cet effet, pour les parties chevelues, d'une pommade contenant 20 à 50 p. 100 d'ichthyol, étendue sur la tête recouverte d'un bonnet de laine. Si la fièvre est forte, on peut ajouter, par dessus l'application de pommade, la vessie de glace, bien que le froid retarde l'action du médicament. Le professeur Nussbaum (de Munich) a arrêté immédiatement les 5 seuls cas d'érysipèle traumatique qu'il ait observés dans son service, grâce à l'emploi d'un liquide composé de vaseline et d'ichthyol à parties égales.

Dans le traitement des autres dermatoses, le psoriasis, le lupus et l'ichthyol n'a qu'un rôle secondaire.

©BIU Santé

En chirurgie, l'ichthyol peut rendre d'immenses services. Il est surtout indiqué dans le traitement des trajets fistuleux, des plaies profondes, anfractueuses où l'iodoforme et le sublimé ne trouvent pas emploi; dans ces cas et dans les plaies de tête par instruments tranchants, il produit en peu de jours une réunion rapide avec une cicatrice presque invisible. Dans l'hydrocèle, l'auteur le préfère à la teinture d'iode, comme agent plus sûr et beaucoup moins douloureux. Il fait merveille dans les brûlures des premier et deuxième degrés en s'opposant à la formation des bulles et en calmant immédiatement la douleur. Il est nettement indiqué, enfin, dans toutes les plaies à tendances érysipélateuses, dans les tuméfactions ganglionnaires, l'épididymite, la funiculite, etc.

Les douleurs arthritiques sont heureusement combattues par l'ichthyol. Le professeur Von Nussbaum (de Munich) doit plusieurs cas de disparition rapide de ces douleurs à l'application d'une pommade à l'ichthyol enveloppée d'ouate salicylée.

Quant à la résorcine, elle agit surtout contre les dermatoses squammeuses, le pityriasis capitis particulièrement. Elle a l'avantage de ne laisser après son emploi aucune coloration à la peau. Elle réussit aussi dans le traitement de l'érysipèle et des dermatoses infectieuses. Enfin, elle a été chaudement recommandée contre le sycosis, le lupus, etc.

En somme, ces agents réducteurs sont appelés à rendre à la thérapeutique dermatologique d'immenses services. En chirurgie, s'ils ne détrônent pas les agents antiseptiques les plus en faveur, ils prendront à côté d'eux une place méritée.

Mais les mille détails d'observation qu'on ne peut mettre en relief dans un compte rendu déjà trop long, les mille particularités cliniques importantes dont le livre fourmille, le dermatologiste et même le chirurgien iront les chercher dans le travail de M. Unna, et ne regretteront pas l'emploi de leur temps. — Dr Ch. Schmit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Kyste sanguin multiloculaire du cou, d'origine congénitale, chez une femme de 53 ans. — Note sur l'hystérectomie vaginale. — Rapports sur une observation de restauration de la voûte palatine, de la cavité buccale et du nez; — sur une observation de tumeur vasculaire de l'ombilic. — Tétanos chronique localisé aux muscles élévateurs de la mâchoire inférieure des deux côtés et aux muscles de la face d'un seul côté simulant au début une paralysie faciale; mort au dix-neuvième jour. — Traitement des abcès de la fosse ischio-rectale. — Autoplastie pour une exstrophie de la vessie. — Présentation d'instruments : pince hémostatique; — ceinture hypogastrique. — Présentation de pièce pathologique : hypertrophie du corps thyroïde.

M. Chauvel, secrétaire général, donne lecture, au nom de M. Louis Thomas, correspondant à Tours, d'une observation intitulée : *Kyste sanguin multiloculaire du cou, d'origine congénitale, chez une femme de 53 ans.*

— *Note sur l'hystérectomie vaginale.* — A l'occasion du procès-verbal, M. Richelot donne sur les opérations qu'il a pratiquées lui-même quelques détails destinés à montrer que les chirurgiens doivent se hâter de modifier la technique opératoire sur un point qu'il a déjà signalé. Il s'agit de la grave question de la récidive.

Laissant de côté 4 opérations pour des affections non cancéreuses, M. Richelot ne met en ligne de compte que les 11 opérations qu'il a faites pour des cancers. Sur ces 11 cas, il lui reste 6 cancéreuses aujourd'hui bien portantes : la première, opérée le 11 juin 1886, conserve depuis *neuf mois* une santé florissante; la dernière est toute récente.

Il résulte de l'analyse des faits, dit M. Richelot, que, malgré l'ablation totale, il reste des éléments de récidive, non dans les annexes que les pinces mordent largement, mais à la porte même du foyer opératoire, parce que l'incision à la base du col

©BIU Santé

est trop voisine de la tumeur. Surtout qnand il s'agit d'un cancer végétant sur la face externe du museau de tanche, il peut se faire que des culs-de-sac vaginaux, sains d'apparence, contiennent déjà des traînées de cellules cancéreuses. Or, il est impossible de faire l'incision plus haut, de peur de blesser la vessie; mais, quand elle est faite, quand le segment inférieur de l'utérus est dégagé, la vessie soulevée avec l'uretère et tous deux placés hors d'atteinte, on peut toujours saisir le bord de la plaie vaginale et réséquer avec des ciseaux courbes une bande circulaire de la paroi. C'est une duperie de parler d'opération radicale, quand on fait l'incision aussi près du tissu morbide; si nous faisions pareille chose dans une amputatiou du sein, on nous taxerait d'ignorance.

M. Richelot rapporte en terminant l'observation de sa dernière opérée, chez laquelle il a appliqué pour la première fois ce précepte de la *résection préventive* d'une certaine étendue de la paroi vaginale, saine d'apparence.

— *Tétanos chronique localisé aux muscles élévateurs de la mâchoire inférieure des deux côtés et aux muscles de la face d'un seul côté, simulant au début une paralysie faciale; mort au dix-neuvième jour.* M. Terrillon communique l'observation d'un jeune homme de 16 ans qui avait fait une chute de cheval sans autre dommage qu'une légère plaie contuse au niveau de la pommette du côté gauche. Cette plaie était presque guérie le huitième jour et recouverte d'une croûte sèche, lorsque le blessé remarqua qu'il éprouvait une certaine difficulté pour ouvrir la bouche. Le médecin constata un trismus unilatéral peu prononcé du côté de la blessure. La tête fut entourée d'ouate et l'enfant tenu dans une chambre chaude.

M. Terrillon voit pour la première fois le malade le onzième jour après l'accident, le quatrième jour après le début du trismus. Il constate l'asymétrie de la face, le côté gauche ayant entraîné le côté droit, avec tous les signes ordinaires de la paralysie faciale, sauf la flaccidité des traits.

M. Terrillon diagnostique une contracture légère des muscles faciaux à gauche. Dès que la mâchoire s'entr'ouvre, on voit le masséter se tendre et une vive douleur se produit; la crise dure plusieurs secondes. Le pouls est à 80, la température à 38° le soir. Aucune gêne de la déglutition.

Le diagnostic, cependant, demeurait incertain, car cette contracture unilatérale, simulant une paralysie faciale du côté opposé, semblait bien insolite. Seul, le trismus uilatéral faisait penser à un début de tétanos. M. Terrillon fit mettre le jeune homme dans un lit bien chaud, l'entoura d'ouate et lui administra du chloral à la dose de 4 grammes. Malgré ce traitement, les accidents augmentent, les dents ne peuvent plus se desserrer; on donne le chloral en lavements à la dose de 2 à 3 grammes trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Après des alternatives de bien et de mal et un état stationnaire qui persista pendant quelques jours, avec température ne dépassant pas 38°5, et donnant un sérieux espoir de guérison, vers le dix-neuvième jour le malade mourut tout à coup, au moment où il venait de boire un peu de lait, probablement par arrêt brusque de la respiration et du cœur.

En cherchant dans les recueils périodiques s'il existait des faits de tétanos à allures aussi insolites, M. Terrillon a trouvé dans la *Gazette des hôpitaux* de 1880, page 65, une observation de M. le professeur Gosselin qui ressemble beaucoup à la précédente, au moins par le caractère spécial de contracture unilatérale de la face. L'observation est intitulée : *Tétanos unilatéral au début, simulant une hémiplégie faciale.* Le malade de M. Gosselin mourut également par asphyxie, malgré le traitement par le chloral.

M. Terrillon se demande comment on pourrait expliquer les contractures musculaires ainsi localisées. Dans une maladie aussi obscure et dont les lésions sont encore si mal connues, on ne peut, dit-il, que croire à une localisation des désordres nerveux dans une partie de la protubérance, là où naissent très près les unes des autres les fibres du facial et de la branche motrice du trijumeau. Les lésions auraient ensuite envahi rapidement, quoique tardivement, la région du bulbe, d'où l'arrêt brusque du cœur et de la respiration.

©BIU Santé

M. Schwartz signale un travail de M. Kocher (de Berne) relatif à des cas de tétanos analogues à celui de M. Terrillon et que l'auteur désigne sous le nom de *tétanos de la tête « Kopftetanus »* simulant la paralysie faciale et présentant ce caractère grave de se terminer toujours par la mort.

— M. Polaillon lit deux rapports, l'un sur une observation de restauration d'une partie de la voûte palatine, de la cavité buccale et du nez, par M. le docteur Delorme (du Val-de-Grâce); l'autre sur une observation de tumeur vasculaire de l'ombilic par M. le docteur Colombe (de Lisieux).

— M. le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale. (Comm. M. Horteloup.)

— M. Richelot présente une petite fille de 6 ans qu'il a opérée le 22 novembre dernier, avec M. le docteur Descroizilles, d'une exstrophie de la vessie, et s'exprime en ces termes :

Les grandes lèvres divergeaient à leur extrémité supérieure. Vers la partie moyenne de chacune d'elles, on voyait un vestige de petite lèvre, sans clitoris; dans leur écartement, l'orifice vaginal ; au-dessus de lui, et sans trace d'urèthre, la muqueuse vésicale saillante en avant. La palpation révélait, comme toujours, un écartement des pubis de plusieurs centimètres.

Un fait important, c'est qu'au-dessus de la muqueuse vésicale, entre elle et l'ombilic, la peau était mince, incomplètement développée, non doublée de graisse, et intimement adhérente à l'aponévrose. Je ne pouvais donc pas songer à tailler un lambeau supérieur pour le rabattre au devant de la vessie, comme on le fait dans les procédés de Wood et de Léon Le Fort, et comme je l'ai fait chez un petit garçon dont j'ai publié l'histoire, (*Union médicale*, 10 octobre 1886).

Malgré cette condition défavorable, j'adoptai la méthode autoplastique, qui m'avait si bien réussi chez mon premier malade, et qui en France nous paraît encore la plus raisonnable, malgré les tentatives faites en Allemagne dans un autre ordre d'idées. Je résolus de faire deux lambeaux latéraux et de les ramener tout deux au devant de la vessie, le principe de la multiplicité des lambeaux et de leur superposition ne devant jamais être oublié.

Je commençai par aviver les grandes lèvres à leur face interne, un peu au-dessus de l'orifice vaginal, puis je les suturai sur la ligne médiane avec trois crins de Florence. Je reconstituai ainsi une ouverture vulvaire; le pont cutané formé par cette suture recouvrait la partie inférieure de l'exstrophie.

Je taillai, dans la même séance, un lambeau latéral gauche de forme convenable, que je rabattis sur la muqueuse vésicale, face cutanée en arrière, face cruentée en avant; puis un lambeau latéral droit, à base supérieure, qui fut légèrement tordu et remonté au devant du premier, face cruentée en arrière, face cutanée en avant. Les deux lambeaux furent unis par des points séparés en crins de Florence.

La vessie nouvelle étant largement ouverte à sa partie supérieure, je dédoublai la paroi abdominale au-dessous l'ombilic, suivant une ligne transversale, et je suturai la peau mince que je venais de séparer de l'aponévrose au bord supérieur de mon double lambeau vésical. Le réservoir de l'urine se trouvait ainsi complété.

La réunion primitive se fit partout, et cette opération anaplastique en un seul temps réussit d'emblée. Les plaies latérales se cicatrisèrent peu à peu. Il reste aujourd'hui entre le bord inférieur des lambeaux et le pont cutané formé par l'adossement des grandes lèvres, un petit orifice triangulaire que j'avais ménagé comme voie d'échappement, et par où s'écoule l'urine en même temps que par la vulve reconstituée. A deux reprises j'ai essayé d'oblitérer cet orifice, mais je n'ai pas réussi. J'attendrai quelques mois, je donnerai le temps aux tissus de se nourrir et à l'enfant de se développer, et je pense qu'il sera facile de parfaire le résultat. D'ores et déjà la guérison est acquise telle que nous pouvons l'obtenir en pareil cas, c'est-à-dire que l'enfant porte un appareil en caoutchouc de bonnes conditions.

— M. le docteur Doyen (de Reims) présente une pince destinée à assurer plus efficacement, suivant lui, l'hémostase dans l'opération de l'hystérectomie vaginale.

— M. Peyrot présente au nom de M. le docteur Debacker (de Roubaix), une ceinture hypogastrique ayant la forme d'un bandage herniaire et dont la pelote déprimant avec force la paroi abdominale au-dessus des pubis, a pour effet de refouler et de soutenir la masse intestinale.

— M. Théophile Anger met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique relative à un cas d'hypertrophie du corps thyroïde, opéré par la thyroïdectomie et terminé par la mort du malade. — A. T.

FORMULAIRE

Pommade contre le prurit de l'anus. — E. Besnier.

Cocaïne.....	0 gr. 30 centigr.
Vaseline.....	30 grammes.

Mêlez. — Dans le cas de prurit anal déterminé par l'eczéma, on prescrit de fréquentes lotions d'eau tiède, des cataplasmes de fécule. Puis, quand l'inflammation a diminué, on introduit dans le rectum, pendant la nuit, des mèches enduites de la pommade ci-dessus. — Régime sévère, d'où seront exclus les aliments épicés et poivrés.

N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

Le nombre des journaux américains déjà si considérable vient encore de s'augmenter : MM. Coomes et Marvin fondent la *South Western medical Gazette*.

— La neuvième réunion de la section balnéologique de la Société de thérapeutique « Heilkunde Gesellschaft » aura lieu à Berlin dans le courant du mois. Les principales questions traitées seront : L'hygiène dans les stations balnéaires (docteur Brehmer). — Traitement des maladies chroniques du cœur (docteurs Schott et Scholz). — Emploi de l'électricité, avec démonstration d'appareils (docteur Eulenburg). — La balnéothérapie dans les maladies de la vessie (docteur Zuelzer). — Devoirs de l'Etat et de la Société envers les phthisiques (M. Goldschmit). — Services rendus par le massage dans la balnéothérapie (M. Weissenburg). — Contre-indications des bains de Carlsbad (M. Gans). — Balnéométéorologie (docteur Assmann).

— Nous annoncions dans le numéro du 8 mars que le docteur Roser avait présenté à la chambre des députés de Vienne un projet tendant à la création d'un bureau de santé (Gesundheitsamt) en Autriche. Le gouvernement, par la bouche du docteur Kusy, a répondu qu'un bureau de santé copié sur le modèle du bureau allemand ne pouvait s'adapter aux institutions de l'empire autrichien.

La *Wiener med. Wochenschrift* rappelle à ce propos l'attention sur l'opportunité et la nécessité de la création d'un Institut d'hygiène à la Faculté de Vienne.

— La Concentrated produce Company de Londres tient à fixer d'une manière définitive la valeur physiologique et les propriétés narcotiques des principes du houblon. Dans ce but, elle a institué un prix à décerner le 1er février 1888 à l'auteur du meilleur travail sur cette question. Le prix s'élève à 5,000 marks (6,250 francs). La Compagnie (Camomile Street, 10, London) tient à la disposition des concurrents les alcaloïdes destinés aux recherches. Ces substances seront envoyées gratis sur la demande des candidats. — Dr Ch. Schmit.

©BIU Santé

COURRIER

L'ouverture du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu cette année beaucoup plus tard que les années précédentes. Elle vient d'être définitivement fixée au jeudi 22 septembre 1887. La session durera jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chuffart, médecin aide-major de première classe, professeur agrégé (section de médecine) à la Faculté de l'État de Lille.

Prix Bouchet. — Le prix de la fondation Bouchet a été décerné pour la première fois cette année, par l'Administration des hôpitaux de Lyon, à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de pathologie chirurgicale.

La question posée était : *Causes et mécanisme des déformations du membre inférieur dans la coxalgie.* Six mois avaient été donnés aux candidats pour la rédaction de leur travail, qui fut soumis à l'examen d'un jury, composé de MM. D. Mollière, A. Poncet et Vincent, chirugiens-majors des hôpitaux. Deux mémoires remarquables furent examinés par le jury qui plaça à l'unanimité en première ligne M. Duzéa, chef de clinique chirurgicale.

Concours pour le majorat de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Huit candidats sont inscrits pour ce concours ; ce sont, par ordre d'inscription : MM. Montaz, Goullioud, Laguaite, Imbert, Gangolphe, Jaboulay, Sabatier et Robin.

Le jury est composé de MM. A. Poncet, Vincent, Aubert, Dron, Ollier, Gayet, D. Mollière, Gochier, Horand, Soulier, Colrat, Clément.

La seringue des pahouins ou seringue préhistorique. — On trouve dans ce pays des callebasses très effilées a une de leurs extrémités ; on les vide et on pratique dans leur ventre une large ouverture ; une autre ouverture est ménagée dans la partie effilée de ce fruit ; on obtient ainsi une seringue.

Le mélange médicamenteux est préparé par l'apothicaire dans une calebasse vidée dont le ventre seul présente une assez large ouverture. Le mélange médicamenteux est versé dans la calebasse seringue, dont l'extrémité effilée est préalablement ajustée.

L'opérateur, pour injecter le mélange, applique la bouche sur l'ouverture de la calebasse seringue et c'est en soufflant très fortement que le mélange médicamenteux est projeté avec force dans l'intestin du patient.

S'il est bien vrai que nous devons juger des habitudes des temps préhistoriques par celles que nous voyons encore chez les peuplades sauvages, nous avons là la seringue préhistorique, qui s'est perfectionnée à travers les siècles, se transformant plus tard en une vessie ajustée sur un roseau que nous voyons encore en usage dans la pratique de l'art vétérinaire dans les campagnes et qui servait à nos pères avant le quinzième siècle, époque mémorable où Marcus Gatenaria inventa la première seringue à piston.

(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.*)

Invention originale. — M. Kergovatz n'est partisan ni de l'inhumation ordinaire, ni de la crémation, ni de l'embaumement, il propose de remplacer tous ces moyens par la galvanoplastie. Les expériences faites sur 11 cadavres humains et sur plus de 100 corps d'animaux ont donné les meilleurs résultats. Après avoir couvert le sujet d'une couche de plombagine, on l'immerge dans un bain. Le cuivre étant cher, on peut employer le zinc pour les pauvres et d'autre part l'or ou l'argent pour les riches.

Parmi les avantages attribués par l'auteur à son procédé, notons celui-ci : moyennant un bain un peu prolongé, on transformerait en statues la dépouille des grands hommes que la patrie veut honorer. (*El Siglo medico.*)

La commune de Rosnay-l'Hôpital (Aube) demande un **MÉDECIN** pour remplacer celui qui vient de mourir. — S'adresser au bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Jaccoud : La cardiopathie scarlatineuse. — III. Revue des Journaux : Des rapports de la chorée avec les embolies capillaires du cerveau et de la moelle. — De l'emploi de l'électricité en obstétrique et en particulier dans les accouchements prématurés. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier de l'étranger. — VII. Courrier.

BULLETIN

Académie de médecine, 15 mars. — Les inspecteurs et les consultants sont aux prises. La bataille s'est engagée après une lecture importante de M. Mesnet : *Etude médico-légale sur le somnambulisme,* qui, malgré l'attente de la discussion qui allait venir, s'est imposée à l'auditoire et a recueilli de nombreux applaudissements.

Les non-inspecteurs ont dû goûter aujourd'hui les jouissances les plus pures, car c'est une rare bonne fortune que de voir sa cause défendue de la sorte. M. Rochard monte à l'assaut de l'inspectorat avec une verve entraînante, et fait si bien valoir ses arguments que, s'il avait dix fois tort, on serait encore tenté de lui donner raison.

M. Rochard fait en quelques mots l'histoire de la Commission extra-parlementaire dont il a été le rapporteur, et soutient son œuvre en attaquant celle de M. Vidal, non sans avoir donné aux inspecteurs quelques paroles flatteuses, pour les consoler d'avance des vérités qu'ils vont entendre.

Puis, pour montrer que le *rôle de surveillance* attribué aux inspecteurs est illusoire, il trace un tableau saisissant des abus grands et petits dont les établissements thermaux sont le théâtre, et des mille résistances, ouvertes ou cachées, auxquelles se heurterait le médecin, fût-il revêtu d'un titre officiel, qui voudrait, par un dévouement plus qu'humain, prendre sa tâche au sérieux, contrôler, morigéner, c'est-à-dire engager la lutte du pot de terre contre le pot de fer.

Le *service des indigents?* Comment voulez-vous que le médecin le plus couru de la station s'occupe de 2,000 pauvres? S'il n'y avait pas d'inspecteur, les malades ayant droit à la gratuité iraient à plusieurs médecins, et souvent à ceux qui, plus jeunes et moins absorbés par la clientèle, pourraient leur consacrer une plus grande part de leur temps. M. Vidal refuse de charger officiellement un médecin du service des indigents; ce serait, dit-il, un autre privilège qui désignerait le titulaire à la confiance du public. Mais le titre de « médecin des pauvres » est généralement conféré à un médecin jeune, débutant, et n'appelle pas tant la renommée; les consultants ne réclameraient pas.

Les *rapports administratifs et scientifiques* des inspecteurs? Ils dorment là, dans les cartons, profondément oubliés; si par hasard on les consultait, comme l'a fait M. Rochard, on serait étonné de leur peu de valeur. Et nos confrères ont bien raison, ajoute l'orateur, de ne pas faire plus sérieusement une besogne dont on leur tient si peu de compte.

En conscience, sur quels mobiles s'appuient les demandes et les nominations? Valeur médicale, titres scientifiques et professionnels? Vous n'obtiendrez jamais d'un chef d'administration, à qui on présente une liste pour y faire un choix, que des influences politiques ou personnelles ne l'emportent pas, à un moment donné, sur toute autre.

Et M. Rochard discute les inspecteurs régionaux, source de conflits, les

©BIU Santé

divers modes de recrutement, la substitution de l'Académie au Comité consultatif d'hygiène, etc. D'ailleurs, la loi n'a pas d'effets rétroactifs ; on ne toucherait pas aux situations acquises, on ne révoquerait pas les inspecteurs actuels, on les laisserait s'éteindre. Ainsi parle M. Rochard après M. Vidal, afin que l'Académie soit édifiée sur la question, mais « avec une impartialité voisine de l'indifférence. »

Nous aussi, dans cette courte analyse d'un très remarquable discours, nous ne voulons prendre aucun parti. Les inspecteurs verront sans doute avec plaisir qu'on ne demande que leur extinction naturelle et nous tiendront compte de l'avoir dit. Les non-inspecteurs ne nous en voudront pas davantage, si nous reproduisons les arguments de leurs adversaires, qui sont en état de légitime défense. — L.-G. R.

Clinique de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

La cardiopathie scarlatineuse.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

Le jeune homme, âgé de 19 ans, que vous avez vu au n° 54 de la salle Jenner, et qui jusqu'à l'âge de 17 ans 1/2 avait joui d'une santé parfaite et d'une constitution excellente, se traîne maintenant d'hôpital en hôpital, parce qu'il se trouve frappé depuis un an et demi d'une incapacité de travail absolue ; la paresse ne joue ici aucun rôle : il est depuis dix-huit mois *infirme pour le travail, infirme pour la vie ordinaire*. Et la raison de cette déchéance, c'est qu'il est *infirme de par le cœur*, c'est qu'il est un exemple de la précocité possible de l'infirmité cardiaque. C'est bien une *infirmité ;* car, si nous pouvons parer aux accidents immédiats, nous n'avons aucune espérance fondée de prévenir définitivement leur reprise. Ce garçon est donc, et restera donc un infirme.

A ne considérer chez lui que les lésions valvulaires, on se trouverait en présence d'un cas banal, offrant seulement pour l'éducation de l'oreille des signes d'auscultation d'une netteté et d'une facilité d'appréciation remarquables. Mais, en présence des cardiopathies, on ne doit jamais se borner au point de vue étroit de la constatation des altérations valvulaires ; c'est toujours l'ensemble des anomalies présentées par le malade qu'il faut étudier avec soin, et ce malade me servira d'exemple pour vous faire comprendre l'intérêt qu'il y a à procéder avec méthode à cet examen.

Tel il était au moment de son entrée, en février, — tel il est encore aujourd'hui, et je peux dire que l'altération de son cœur se décèle presque à distance.

Tout d'abord, l'*inspection* de la poitrine, où vous observez des traces de pointes de feu à gauche, vous montre un ébranlement de toute la moitié inférieure de la région précordiale, et cet ébranlement qui s'étend jusqu'au centre de la région épigastrique vous révèle déjà une augmentation énorme du cœur. Si maintenant, sans même faire suspendre la respiration, vous embrassez d'un coup d'œil le mouvement de la pointe et le mouvement de la région épigastrique, vous remarquerez qu'ils se font en sens inverse : quand la région latérale se meut d'arrière en avant, l'épigastre se meut d'avant en arrière. Il y a bascule et non isochronisme entre ces mouvements. Une seule condition peut tranformer ainsi en mouvement de levier

le mouvement harmonique de la région précordiale, c'est l'existence de brides dans le péricarde. L'inspection seule nous permet déjà de conclure à l'augmentation considérable du volume du cœur et à l'existence de brides péricardiques.

La *palpation* confirme d'abord les résultats de l'inspection : les mouvements sont perçus sur une étendue exceptionnelle, et en sens inverse vers la pointe et vers l'épigastre. Mais en appliquant la paume de la main sur la pointe du cœur, on constate en outre le caractère vibratoire de l'impulsion ; le frémissement perçu devance un peu la systole et se prolonge jusqu'au moment de la diastole.

La *percussion* révèle une matité très étendue dans le sens vertical, la pointe battant dans le septième espace ; dans le sens horizontal elle déborde le sternum à droite.

L'*auscultation* décèle, à la pointe, un souffle d'une netteté parfaite, dont le début et la durée correspondent exactement au frémissement perçu précédemment par la main. Rude, et se prolongeant pendant la systole, c'est un souffle présystolique type, que l'on entend aussi vers l'aisselle, vers le mamelon et même dans le triangle épigastrique.

Au foyer des bruits de la base, dans le deuxième espace intercostal droit, tout près du bord du sternum, on trouve un souffle du premier temps qui se relie sans interruption à un souffle du deuxième temps. Le souffle diastolique de la base est, relativement au précédent, d'une durée et d'une force exceptionnelles. Nous sommes donc en droit de conclure à l'existence d'un rétrécissement mitral, d'une part, et à celle d'un rétrécissement et d'une insuffisance aortique d'autre part.

Suivant la ligne que j'ai tracée depuis le foyer d'auscultation de l'orifice aortique jusqu'à l'appendice xiphoïde, le souffle de l'insuffisance aortique se propage avec une intensité, qui est partout la même le long de ce trajet rétrosternal ; seul le souffle aortique du premier temps se propage dans les vaisseaux. — Il est à remarquer que, si dans d'autres cas on perçoit un double souffle crural et sous-clavier, chez notre malade la propagation ne se fait que dans les artères supérieures.

Des *troubles périphériques* résultant de cette cardiopathie, je n'ai en réalité que fort peu de choses à vous dire. Il n'y a ici, en effet, pas de signes de bronchite, ni d'œdème pulmonaire, ni d'albuminurie, ni d'affection hépatique ; le malade présente simplement un peu de pâleur habituelle ; ce qui l'empêche de travailler, c'est uniquement l'existence d'essoufflement, de palpitations et de vertiges qui apparaissent ou augmentent au moindre effort. Et c'est là le motif qui le promène d'un hôpital dans un autre, où après quelques jours de repos il se trouve de nouveau mieux.

Ce contraste manifeste entre la complexité des troubles cardiaques et la simplicité des symptômes généraux nous indique déjà que ce qui gêne la vie de ce malade, ce n'est pas l'existence de ses lésions orificielles, mais celle de l'altération myocardique.

Examinons maintenant ce que ses antécédents pourront nous apprendre sur l'*origine de cette cardiopathie*. Il y a quinze mois, il a eu, en décembre 1885, un rhumatisme articulaire aigu qui a duré un mois, y compris la période de convalescence, et, pendant ce temps, il a accusé des souffrances au cœur, car on a dû appliquer sur cette région des ventouses scarifiées. Nous avons trouvé d'ailleurs les signes des brides péricardiques ; et nous

©BIU Santé

pourrions conclure de ces faits à l'existence d'une endopéricardite d'origine rhumatismale.

Mais cette filiation pathologique ordinaire est-elle suffisamment satisfaisante pour le cas actuel? Tout de suite après son attaque de rhumatisme, ce malade s'est trouvé absolument aussi gêné, aussi infirme qu'il l'est aujourd'hui. Or, une endopéricardite, née au cours d'un rhumatisme qui a duré un mois, peut-elle amener, — uniquement par suite des troubles mécaniques qui en résultent, — une hypertrophie aussi considérable que celle qui se serait manifestée chez ce malade dès la seconde semaine de cette localisation rhumatismale? Tout au plus pourrait-on se contenter de cette hypothèse à défaut d'autre explication.

Sans doute, au moment de cette attaque rhumatismale, ce garçon, alors âgé de 17 ans 1/2, se trouvait en pleine croissance, et c'est pendant cette période, qui normalement prédispose le cœur à l'hypertrophie, qu'est survenue l'endopéricardite. Cette coïncidence du rhumatisme et de la croissance expliquerait déjà un peu la précocité et l'intensité exceptionnelles de cette hypertrophie.

Mais nous savons que ce malade a eu, en mars, une *scarlatine* grave. L'endocardite et la péricardite ne sont pas les seules manifestations de cette fièvre éruptive sur le cœur; la myocardite en est aussi une localisation relativement fréquente. Et la preuve que c'est là l'origine de cette myocardite, c'est que, dans le service du docteur Raymond, où le malade a été soigné pour sa scarlatine, on lui a appliqué des ventouses. Y a-t-il eu alors péricardite? C'est possible; ce qu'il y a de sûr, c'est qu'il y a eu douleur à ce moment et que le sujet réunissait à cette date des conditions qui exercent sur le myocarde une influence incontestable : l'âge de la croissance, — l'infection scarlatineuse qui agit plus volontiers sur le muscle cardiaque que d'autres fièvres éruptives.

J'ai eu maintes fois l'occasion de constater la réalité de cette influence de la scarlatine sur le myocarde; démontrée en 1881 par Friedländer, qui y voyait alors la production d'une hypertrophie chez les scarlatineux néphritiques seulement, elle a été observée chez les scarlatineux, même en dehors de toute néphrite, en 1882, par Silbermann, qui mentionne chez eux l'hypertrophie avec dilatation, parce que, quand cette myocardite entraîne une issue fatale, c'est toujours en passant par la phase de dilatation.

Au point de vue du *pronostic*, je vous ferai remarquer que cette myocardite, à l'état chronique chez notre malade, n'est pas éteinte à mon avis; si l'on ne peut s'opposer à ce processus, il peut survenir une phase de contractions forcées qui, après la dilatation, entraîne la dégénérescence graisseuse et amène ainsi des accidents mortels.

Le *traitement* à tenter, pour améliorer l'état d'infirmité de ce jeune homme, doit viser à restreindre le volume et l'énergie du cœur. Après une période d'observation, pendant laquelle je ne lui ai prescrit d'autre médication qu'un peu de bromure de potassium pour lui permettre de dormir, je vais essayer d'abord de le soumettre à un régime d'inanition; je lui donnerai seulement deux litres et demi ou deux litres de lait, c'est-à-dire une quantité inférieure aux trois litres qui représentent l'alimentation nécessaire au maintien de l'équilibre normal du budget de l'organisme; en outre, je lui prescrirai de l'iodure de potassium pour combattre la myocardite encore en activité. — Si, au bout de trois ou quatre semaines, je n'ai rien

gagné à l'aide de cette thérapeutique, j'appliquerai un vésicatoire et je le panserai avec l'onguent napolitain. Je traiterai ainsi cette myocardite comme un foyer phlegmasique; vous vous rappellerez qu'il s'agit ici d'un malade encore en âge de croissance. Et je termine en vous faisant observer, une fois de plus, qu'on ne peut pas rechercher un traitement applicable à toutes les cardiopathies indistinctement.

REVUE DES JOURNAUX

Des rapports de la chorée avec les embolies capillaires du cerveau et de la moelle, par Angel Money. — Cet observateur avait institué des expériences en vue de déterminer la valeur de la théorie de l'embolie dans la chorée vulgaire. Il est arrivé aux résultats suivants.

La chorée, écrit-il, est habituellement d'origine cérébrale; parfois, mais rarement, il faut en chercher le siège dans la moelle épinière. Le plus souvent la lésion organique dont elle relève est rhumatismale et consiste dans l'altération du tissu connectif périvasculaire des régions motrices de l'encéphale. Dans quelques cas exceptionnels, on peut l'attribuer à des embolies. Enfin, on observe aussi des choréiques dont la maladie se rattache à une cause morale, à une frayeur, par exemple, et que M. Angel Money attribue à une sorte de déséquilibration de l'appareil moteur cérébro-spinal. (*British med. Journal*, 17 juillet 1886). — C. L. D.

De l'emploi de l'électricité en obstétrique et en particulier dans les accouchements prématurés, par Green. — Cet observateur adopte les statistiques de Green (de Philadelphie) et rappelle que ce dernier a employé l'électricité dans 220 accouchements. Son procédé consiste dans l'application de l'un des électrodes sur la région lombo-sacrée et de l'autre électrode sur la paroi abdominale antérieure, en ayant soin de ne pas placer la tête du fœtus sur le trajet du circuit. Il fait usage du courant faradique.

La faradisation obstétricale présenterait les avantages suivants : elle modifierait les douleurs de la parturition et favoriserait la dilatation du col dont la rapidité serait augmentée.

Les contractions utérines deviendraient plus énergiques et plus actives sous son influence, et, par conséquent, abrégeraient la durée de l'expulsion. Ce n'est pas tout; cette pratique diminuerait les dangers du choc obstétrical, les hémorrhagies *post partum* et préviendrait l'épuisement.

Dans les cas de placenta prævia, l'électricité serait un moyen de suspendre les hémorrhagies et d'accélérer le travail. Enfin, chez les parturientes débiles ou affaiblies, elle permettrait de ménager les forces, et, par conséquent, d'obtenir une convalescence plus rapide et plus favorable.

Walcher et Bayer attribuent ces mêmes avantages aux courants continus; ils introduisent le pôle positif dans le col utérin et placent le pôle négatif au niveau du fond de l'utérus. Cependant le dernier de ces observateurs n'admet pas la même constance dans les succès tout en reconnaissant que la galvanisation atténue les douleurs. (*Boston med. and Surgical Journal*, 15 juillet 1886.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Albert Robin et E. Hardy pour la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

©BIU Santé

2° Un mémoire manuscrit de M. P. Pourquier, intitulé : *Une nouvelle méthode d'atténuation du virus de la variole ovine.* (Comm. MM. Mathias Duval, Ricord, Leblanc.)

3° Le compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription médicale de Revin (Ardennes) en 1886, par M. le docteur Sejournet. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. Bergeron présente, de la part de MM. Barthez et Sanné, un exemplaire du deuxième volume de la troisième édition du *Traité des maladies des enfants.*

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de M. le docteur Sarrasin, membre correspondant. Il annonce également à l'Académie que la commission nommée pour l'examen de la question du *surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles* se compose de MM. Lagneau, Dujardin-Beaumetz, Larrey, Bergeron et Proust.

— M. Maurice Perrin présente quelques observations au sujet de la communication faite dans la dernière séance par M. Lagneau, au sujet du surmenage et de la sédentarité dans les écoles.

— M. Mesnet fait une communication intitulée : *Etude médico-legale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué.*

Après quelques considérations préliminaires sur l'état actuel de la question, M. Mesnet donne la relation de l'observation d'un malade dont il a pu faire l'étude médico-psychologique dans son service à l'Hôtel-Dieu, où le malade était entré.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, né d'une mère hystérique, ayant eu, vers l'âge de 11 ans, une insolation et, quelque temps après, une fièvre typhoïde très grave dont il a été longtemps à se remettre.

Dans sa convalescence, il a été pris d'attaques de nerfs qui, pendant trois mois, se répétèrent plusieurs fois par jour, avec une telle violence qu'il fallait plusieurs personnes pour le maintenir. Elles cessèrent avec l'apparition d'une éruption sur le cuir chevelu.

A dater de cette époque (treize ans), il devint nerveux, impressionnable, irritable, d'une mobilité extrême d'esprit, avec des idées tantôt tristes, tantôt gaies, sans savoir pourquoi.

Vers la fin de 1885 apparaissent les premiers troubles du sommeil, agitation au lit, bavardage, propos incohérents; puis le malade se lève la nuit, s'habille, marche dans sa chambre, la balaye, déplace les meubles, faisant et défaisant dix fois la même chose.

En juin 1886, les accès de somnambulisme deviennent plus fréquents et plus longs; ils se produisent le jour comme la nuit; le malade s'endort debout, à table en mangeant, partout où il se trouve, très difficile à réveiller encore plus la nuit que le jour. Il est congédié de plusieurs ateliers à cause de sa tendance continuelle à s'endormir.

La mobilité de son esprit devenue de plus en plus grande, il quitte Paris, voyage sans motif et sans but, revient à Paris, se considère comme un grand musicien, se met à écrire et à composer de la musique, apprend à jouer de divers instruments; puis il se croit chirurgien militaire, se fait fabriquer un costume sous lequel il se promène dans différentes villes.

A la suite d'excès de femmes, son état mental s'altère de plus en plus, les troubles du sommeil augmentent en intensité et en durée.

Le 19 décembre 1886 il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Mesnet, pour y être examiné, à la suite d'un *vol* accompli dans des circonstances tellement particulières que l'état mental de l'accusé avait été tenu pour suspect.

Dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital il fut facile de constater qu'il avait de fréquents accès de somnambulisme pendant lesquels il accomplissait avec une grande liberté d'allures tous les actes que lui suggérait le mouvement automatique de son cerveau, se levait, s'habillait, se promenait dans la salle, la balayant, essuyant les meubles, les déplaçant, les rapportant, etc.

Parfois il groupait les chaises, les disposait en demi-cercle, se plaçait au milieu, et,

une baguette à la main prenait les attitudes d'un chef d'orchestre qui dirige l'exécution d'un morceau.

D'autres fois, sous l'obsession de l'accusation de vol qui pèse sur lui, il fait plusieurs tentatives de suicide.

L'examen des diverses sensibilités en dehors des crises fait constater l'état suivant : analgésie, anesthésie complète, perte de la sensibilité aux températures sur toute la surface du corps, excepté sur deux surfaces symétriques, aux hypochondres, aux organes génitaux, au périnée et aux régions fronto-palpébrales ; — le tact est conservé ; l'électricité à courants continus n'est point sentie, bien que son excitation fasse contracter les muscles normalement ; les muqueuses, aux orifices des sens, n'ont aucune trace de sensibilité. La vue et l'ouïe sont intactes ; le goût et l'odorat sont abolis.

Diverses épreuves de somnambulisme artificiel ou provoqué sont faites par M. Mesnet en présence de M. Tillaux, du docteur Garnier placé par la justice auprès du malade pour le surveiller, et des élèves du service.

« M'étant approché de lui, dit M. Mesnet, je l'ai subitement fixé à très courte distance, surprenant ainsi son regard qui s'est attaché à moi, sans avoir d'ailleurs eu aucun point de contact avec sa personne, sans lui dire un mot qui puisse l'occuper. En quelques secondes l'expression de sa face s'altère, ses traits s'immobilisent, son œil prend un regard particulier ; aussitôt le malade se rapproche de moi et se met en contact, nez à nez et œil sur œil. Je me recule, il avance sur moi, je fais le tour de la salle, je passe entre les chaises, j'active le pas, je le ralentis, il ne me quitte pas d'une semelle, il se tient toujours au contact, ses yeux sur mes yeux. Ainsi attaché à ma personne, il n'a plus aucune communication avec le dehors, il n'a plus d'autres excitations que celles que je lui donne ; il entend ma voix, répond aux questions que je lui adresse, mais n'est accessible à aucun autre son d'où qu'il vienne.

« Nous avons devant nous l'exemple le plus complet de la fascination hypnotique, qui est, entre toutes les formes de l'hypnose, la plus saisissante et la plus invariable dans ses allures. »

M. Mesnet, sachant par expérience que cette fascination ne résulte pas d'une influence personnelle et désirant faire de ce point curieux une nouvelle démonstration, conduit le malade auprès de M. Tillaux, dirige avec sa main le regard du somnambule sur les yeux de M. Tillaux, et à l'instant, la scène change complètement ; c'est désormais à M. Tillaux que le somnambule s'attache, comme s'il en était possédé, et méconnaissant désormais absolument la voix et l'influence de son premier possesseur, jusqu'à ce que M. Mesnet, ayant interposé sa main entre les yeux de M. Tillaux et ceux du malade, ait remis de nouveau ce dernier à son contact. Sous l'influence de la fascination, il crée au malade les hallucinations les plus diverses des sens, de la vue et de l'ouïe en particulier. Enfin il le réveille par une vigoureuse insufflation sur la face, et s'assure par un interrogatoire complet, que le sujet n'a pas le moindre souvenir de ce qui vient de se passer.

Comme contre-épreuve, M. Mesnet l'endort de nouveau et, par un nouvel interrogatoire, montre aux assistants que le malade, rendu à l'état d'hypnotisme, s'est remis en mémoire tout ce dont il ne se souvenait plus à l'état de veille.

Une dernière expérience restait à faire, à savoir dans quelle mesure on trouverait ce malade accessible aux *suggestions post-hypnotiques ;* c'est-à-dire, un ordre, lui étant donné tel jour, serait-il exécuté par lui le lendemain, sans provocation directe, à l'heure dite.

Un jour, à la visite de M. Mesnet, le malade avec lequel il causait, ayant les yeux sur lui, s'endort ; M. Mesnet l'emmène dans son cabinet afin de ne point être entendu, et lui ordonne de prendre, le lendemain, la chaîne et la montre de l'un des externes du service. Le lendemain le malade exécutait de point en point l'ordre qu'il avait reçu et dérobait la chaîne et la montre qu'il mettait dans sa poche, ne comprenant pas, d'ailleurs, une fois réveillé, comment ces objets se trouvaient en sa possession. Il avait complètement oublié l'acte qui lui avait été suggéré.

M. Mesnet termine en montrant le grand intérêt de ces faits, car ils permettent, dans

©BIU Santé

une certaine mesure, de faire l'analyse psychologique du malade dans les différentes phases de l'acte qui lui est commandé.

Tel sujet exécute un vol, tel autre combine son suicide, tel autre peut être homicide, incendiaire, etc.

Après l'accomplissement de ces actes inconscients, la crise cesse, le malade se réveille, reprend les habitudes de sa vie normale, sans garder le *souvenir* de la période qu'il vient de traverser.

Quand le magistrat intervient, tout désordre a cessé; en présence d'un homme qui ne peut expliquer ses actes, qui se retranche derrière la défaillance de sa mémoire, le juge d'instruction est amené à croire à un système de défense, *il passe outre*, bien que le malade lui réponde invariablement : *Je ne sais pas!* et que le fait accompli, qu'*il ignore réellement*, ait souvent eu pour témoins une nombreuse assistance.

« Quelque obscurs qu'ils puissent paraître, nous espérons, dit M. Mesnet en terminant, que les progrès incessants de nos études en psychologie morbide mettront en pleine lumière ces importantes questions, et que nous arriverons, dans un avenir prochain, à convaincre les magistrats de la réalité de ces phénomènes pathologiques qui concluent à : *automatisme, inconscience, amnésie.* » (Applaudissements.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

M. J. Rochard, dans une de ces improvisations brillantes dont il a le secret et qui tiennent jusqu'au bout l'auditoire attentif et charmé, s'attache à défendre le rapport qu'il a fait lui-même, il y a trois ans, sur un projet élaboré par une commission composée de sénateurs, de députés et de membres du comité consultatif d'hygiène.

Dans ce rapport, résumé de nombreuses et sérieuses discussions, M. Rochard proposait la création de quatre inspecteurs généraux chargés de la surveillance générale des stations thermales divisées en quatre grandes zones. — Le service des indigents devait être confié, dans chaque station, à un médecin résidant dans la localité et nommé par le ministre. L'inspectorat local et permanent était ainsi supprimé.

Cet inspectorat doit disparaître, suivant M. Rochard, à cause de l'inefficacité de la surveillance et de l'impossibilité, pour l'inspecteur, d'entrer en lutte avec les propriétaires et actionnaires des sources thermales pour la suppression des abus.

Le service des soins gratuits aux indigents devient inefficace, vu le grand nombre des malades qui, dans certaines stations, se chiffrent par milliers. Comment quelques inspecteurs, ayant déjà le service des malades payants et les obligations de leur clientèle, pourraient-ils y suffire?

Quant aux rapports, administratifs et scientifiques, adressés chaque année par les médecins-inspecteurs, M. Rochard reconnaît, avec M. Empis, leur médiocre valeur et leur insuffisance.

Enfin, le système de nomination proposé par M. Vidal ne remédie en rien, suivant M. Rochard, aux abus qu'il semble avoir pour but de détruire. Au contraire, il les aggrave en multipliant les conflits et les compétitions créés par les origines diverses des trois grades d'inspecteurs, les uns nommés par le Comité d'hygiène, les autres par l'Académie de médecine, les autres enfin par leurs collègues de la station.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Dilatation de l'estomac et ostéomalacie. — Appareil pour l'examen micrographique du sang. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel et d'oxyde jaune de mercure.*

M. Siredey adresse ses remerciements à la Société pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'élisant vice-président en remplacement du regretté Gallard.

— M. Gérin-Roze, à propos du procès-verbal, dit que les opinions de M. Potain et de M. Huchard, qui considèrent l'angine de poitrine comme la conséquence d'une ischémie cardiaque et jugent certaines aortites et certaines cardiopathies curables par les iodures alcalins, sont bien connues et admissibles. Mais, dans l'observation publiée par M. Huchard comme angine de poitrine pneumo-gastralgique, il n'est pas évident que les crises gastralgiques antérieures aux phénomènes angineux aient été, comme ceux-ci, la conséquence de l'ischémie cardiaque.

— M. Comby rappelle que, d'après les observations de M. Bouchard, la dilatation de l'estomac peut avoir pour conséquences des troubles profonds de la nutrition du tissu osseux, qui se traduisent le plus souvent par une déformation particulière des doigts (nodosités phalango-phalanginiennes), mais peut-être aussi par le rachitisme dans l'enfance et par l'ostéomalacie à l'autre extrémité de la vie. L'observation suivante pourrait être interprétée dans ce sens.

Un cordonnier de 66 ans, ayant de bons antécédents héréditaires, et appartenant à une famille de vingt-deux enfants, entre à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques caractérisés surtout par du météorisme et de la constipation; l'appétit et l'entrain sont conservés, mais la maigreur est grande. L'examen de l'estomac, pratiqué chez cet homme à jeun depuis plus de seize heures, permet d'y constater le clapotage à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les autres viscères ne présentaient rien de particulier et les urines étaient normales. La dyspepsie chez ce malade remontait à une date très ancienne. On peut dire que l'intégrité de son tube digestif avait été compromise dès ses premières années. Sa première alimentation avait été vicieuse et il avait eu du rachitisme dont les traces sont encore visibles (incurvation des fémurs et des tibias, tête volumineuse et front proéminent). Il n'a marché qu'à 2 ans.

Plus tard, il s'est toujours nourri d'aliments grossiers et volumineux. Gros mangeur, il consommait, sans en être incommodé, quatre livres de pain par jour; il a toujours mangé trop vite et mastiqué incomplètement par suite du mauvais état de ses dents.

La conséquence de cette détestable hygiène alimentaire a été une distension progressive qui aboutit à une dilatation permanente, à *un estomac forcé*. Pourtant, grâce à une existence active en plein air, sa dyspepsie est demeurée latente pendant longtemps. Mais lorsqu'il eut pris une profession sédentaire l'obligeant à se courber constamment après les repas, il a commencé à souffrir de l'estomac.

Il y a dix ans, il a ressenti des douleurs sourdes et rémittentes au niveau de certains os, dans la continuité des membres. Ces douleurs continuèrent pendant cinq ans. Parallèlement apparaissaient des déformations du squelette, une cyphose à grande courbure de la colonne vertébrale, si bien que sa taille s'abaissa de 1 mètre 61 à 1 mètre 59; il vit ses clavicules, les os de l'avant-bras s'incurver, Bref, ce fut une ostéomalacie sénile qui s'établit progressivement, ostéomalacie bénigne et partielle qui s'est guérie. Voilà cinq ans que les douleurs ont cessé, et les déformations persistent seules. Cet homme n'est pas syphilitique; du moins, on ne relève dans son passé aucun accident pouvant se rapporter à la syphilis, et le traitement des iodures alcalins est demeuré sans résultat. Les doigts présentent à un haut degré les nodosités décrites par M. Bouchard et qui accompagnent si fréquemment la dilatation de l'estomac.

M. Comby trouve donc légitime d'attribuer, en l'absence de tout autre élément étiologique, l'ostéomalacie de ce malade à l'existence de cette ancienne dilatation de l'estomac. Par quel mécanisme s'accomplit en pareil cas la déformation du squelette? M. Bouchard s'est demandé si, pour le rachitisme, la formation excessive d'acide lactique dans le tube digestif n'expliquerait pas les lésions osseuses, cet acide résorbé allant dissoudre la charpente calcaire des os; l'ostéomalacie, comme les nodosités des phalanges, sont peut-être attribuables, ainsi que l'a pensé M. Bouchard, à l'acide acétique dont le tube digestif des dilatés contient des quantités excessives. Il est particulièrement intéressant de relever chez cet homme la superposition à long intervalle de ces deux ordres de déformations osseuses.

M. Rendu s'étonne que l'ostéomalacie causée, suivant M. Comby, par la prolongation des troubles dyspeptiques, ait guéri alors que la dyspepsie continuait et même s'ag-

©BIU Santé

gravait. L'interprétation de la relation pathogénique entre ces deux états morbides lui semble absolument hypothétique.

M. Comby reconnaît, en effet, que la pathogénie est une hypothèse, mais il s'est contenté de signaler un fait, l'antériorité d'une longue dyspepsie par rapport à l'ostéomalacie. Celle-ci a guéri, comme guérissent beaucoup d'ostéomalacies partielles. La dyspepsie a continué, l'une de ses conséquences transitoires ayant disparu ; ce n'est pas là un fait si surprenant.

M. Hayem rappelle l'intérêt qui s'attache à l'examen micrographique du sang au point de vue du diagnostic et du pronostic. Il présente une boîte construite par M. Nachet et qui contient tout l'appareil instrumental nécessaire à cet examen.

M. Balzer signale les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel. Le protochlorure de mercure, absorbé lentement et sûrement de cette façon, se transforme en bichlorure au contact des chlorures alcalins des humeurs, voilà le principe de la méthode. Elle a été d'abord essayée en Allemagne, plusieurs médecins français l'expérimentent maintenant. On a redouté d'abord, non sans raison, les accidents inflammatoires qu'elle a causés quelquefois, mais des perfectionnements successifs l'ont rendue maintenant à peu près inoffensive. Elle est à coup sûr efficace. Les véhicules employés pour introduire le sel mercurique ont été d'abord la glycérine, l'eau salée. La formule de Zeissl, l'un des premiers expérimentateurs, était :

Calomel à la vapeur.....	5 grammes
Chlorure de sodium.....	1 gr. 25 centigr.
Eau distillée.....	50 grammes

M. Balzer emploie l'huile de vaseline, infiniment préférable parce qu'elle n'irrite aucunement les tissus. Comme sel mercurique il choisit en général le calomel, exceptionnellement l'oxyde jaune. La solution de calomel est à 5 centigrammes par gramme de véhicule. Il suffit de pratiquer à trois semaines d'intervalle quatre injections de 0,10 centigrammes de calomel chacune pour faire disparaître les accidents syphilitiques ; souvent trois ou même deux injections ont été suffisantes.

Les précautions à prendre sont de renouveler la solution pour chaque série d'injections, d'assurer l'antisepsie de la canule, de pousser l'injection perpendiculairement à la peau, sans y faire de pli, et de préférence dans la fossette rétro-trochantérienne, on ne doit ni comprimer, ni masser la boule d'œdème qui se forme au bout de quelque temps, deux ou trois jours, et qui, par suite de la réaction inflammatoire des tissus, atteint le volume d'une noix. La petite tumeur va ensuite en diminuant pour disparaître vers le douzième jour. Il est prudent, mais non indispensable à la rigueur, que le malade garde le lit pour éviter les chocs tant que dure la tuméfaction.

Dans quelques cas, la réaction inflammatoire étant trop vive, la peau rougit, s'amincit, on perçoit de la fluctuation. Il ne faut pas inciser ; le pus se fait jour spontanément à travers le trajet suivi par l'aiguille, une partie s'évacue, le reste se résorbe. Ce pus est de couleur chocolat et ne contient pas de microbes. Les sujets adipeux sont plus prédisposés à ces abcès.

MM. Balzer et Grandhomme, son interne, ont dans une première série traité 107 malades des deux sexes, et n'ont eu que 15 abcès. Dans une seconde série, suivie par Mlle Klumpke, interne, il n'y eut que 3 abcès sur 80 malades. En outre, 12 injections de bi-oxyde de mercure ont été faites sans aucun accident.

L'efficacité de ce traitement a été surtout manifeste contre des syphilis rebelles, avec accidents cérébraux tertiaires. L'évolution du chancre a été, dans un cas, très avantageusement modifiée.

Les autres avantages du traitement sont sa durée moindre, la certitude de l'absorption du médicament, une économie pour l'administration hospitalière, les malades n'ayant pas besoin de séjourner si longtemps à l'hôpital.

M. Du Castel reconnaît d'une part que cette méthode constitue un progrès thérapeutique, et que l'emploi de l'huile de vaseline conseillée par M. Balzer l'a rendue plus

pratique. Il ne croit pas cependant qu'on puisse l'utiliser d'une façon courante. Il a observé un malade chez lequel une stomatite mercurielle avec ulcérations de la muqueuse, œdème des lèvres et des joues, a été causée par une seule injection du calomel. Les douleurs sont parfois très vives et les abcès ne sont pas rares. L'oxyde jaune lui a paru moins irritant que le calomel.

M. Balzer n'a observé aucun cas de stomatite. Il n'a pas remarqué de douleurs si vives que le dit M. Du Castel, à la condition de faire les injections dans la fesse. Un avantage du traitement est le séjour prolongé du mercure dans l'économie. On en a trouvé encore un an et demi après.

M. Du Castel. Dans la discussion qui s'est élevée entre les chimistes allemands relativement au séjour du mercure dans l'organisme, les résultats les plus contradictoires ont été apportés. L'un des chimistes a trouvé des traces de mercure dans l'urine d'un sujet qui n'en avait jamais pris, et a cru pouvoir expliquer ce fait par le séjour dans la salle des syphilitiques en traitement, où l'air contient des vapeurs mercurielles. M. Du Castel ne pense pas que le séjour prolongé du mercure dans l'organisme soit si désirable. M. Fournier a posé comme principe l'avantage du traitement intermittent pour empêcher l'accoutumance.

M. Sevestre demande si la syphilis héréditaire des enfants a été traitée par les injections de calomel.

M. Balzer répond qu'une vingtaine de jeunes enfants l'ont été par M. Smirnoff.

P. L. G.

FORMULAIRE

Régime alimentaire dans la lithiase biliaire. — Dujardin-Beaumetz.

Supprimer de l'alimentation toutes les substances grasses et les hydrates de carbone, féculents et sucres, qui peuvent fournir de la cholestérine. Parmi les féculents, interdire principalement les pois, qui renferment un corps gras, très analogue à la cholestérine. Eviter l'usage exclusif des viandes; conseiller les œufs avec une extrême réserve; régime mixte composé de viande et de légumes verts. Toutes les viandes sont permises; mais le malade doit en rejeter les parties grasses. Tous les légumes verts sont autorisés; repousser les féculents; mais admettre les pommes de terre; manger très peu de pain. Les fruits sont recommandés, à l'exception de ceux qui sont trop sucrés. La pâtisserie est interdite. — Rapprocher les repas, de manière à vider souvent la vésicule biliaire. — Pour les boissons, couper le vin avec de l'eau de Vals ou de Vichy. — Tenir le ventre libre, faire un exercice suffisant. — N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

Italie. — Le *Rapport général sur la recherche des conditions sanitaires et hygiéniques des communes* vient d'être publié par la direction générale de la statistique du royaume italien.

Nous y relevons les documents suivants :

Il y a en Italie 17 Facultés ayant droit de conférer le diplôme de docteur. Le nombre des médecins reçus chaque année est en moyenne de 630. Il y a cependant de grandes inégalités à ce sujet : ainsi ce même nombre tombait à 476 en 1881, pour s'élever à 717 en 1885.

On compte dans tout le royaume 14,467 médecins-chirurgiens, 2,415 médecins et 686 chirurgiens. Au total 17,568 officiers sanitaires (sanitari) civils. L'annuaire de l'armée porte 642 médecins militaires, et 115 médecins de marine.

Parmi les Universités, c'est celle de Naples, où sont inscrits le plus grand nombre d'étudiants, 1,356. La Faculté de Messine par contre n'en voit que 57 à ses cours.

©BIU Santé

Les pharmaciens sont assez nombreux : 11,347. Il y a cependant en Italie 3,581 communes dépourvues de ces auxiliaires du médecin ; plus de 4 millions d'habitants, ou 1/7 de la population entière, en sont privés.

Les sages-femmes sont peu nombreuses : 9,860 seulement ; elles mettent au monde une moyenne de 80 enfants chacune.

Les journées perdues par maladies sont en moyenne de 7 jour pour l'homme et de 9 pour la femme.

Le rapport relève 2,908 vétérinaires.

En somme, l'Italie est un des pays les plus riches en médecins et les plus pauvres en sages-femmes.

Tout compte fait, d'après cet intéressant rapport, il y a à peu près en Europe 140,000 médecins.

— Le *Centralblatt für Kinderheilkunde* (feuille de pathologie et thérapeutique des maladies de l'enfance) vient de faire paraître son premier numéro (5 mars). Cette brochure bi-mensuelle d'une trentaine de pages s'imprime à Prague. Le Rédacteur en chef est le docteur R. W. Raudnitz.

— Le nouvel hôpital des enfants de Newcastle est presque terminé.

Nominations et mutations. — Dans sa dernière séance le conseil de la Faculté de médecine de Berlin a agité la question du remplacement de C. Schrœder. A été proposé en première ligne le professeur Gusserow, directeur du service d'accouchements et gynécologie de l'hôpital impérial de la Charité.

— La création d'une chaire d'accouchements à la Faculté de l'Université de Basel a été définitivement arrêtée.

— Le professeur Wirchow, qui siège depuis si longtemps au Reichstag allemand, vient d'être renvoyé à la chambre par la 2e circonscription de Berlin.

— Le professeur Ludwig est appelé à la chaire de zoologie et anatomie comparée de l'Université de Rome.

— Le docteur Lesser est nommé professeur de médecine légale à l'Université de Breslau. — Dr Ch. Schmit.

COURRIER

Un concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le vendredi 15 avril 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert depuis le lundi 14 mars 1887, et sera clos définitivement le mercredi 30 du même mois, à trois heures.

— Deux nouveaux journaux viennent de paraître : la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, sous la direction de M. H. Huchard, et le *Bulletin médical*, rédacteur en chef M. Prengrueber. L'*Union médicale* souhaite la bienvenue à ses jeunes collègues.

Le Quinium Roy granulé, soluble dans l'eau, le vin, etc., représente exactement la poudre de quinquina Calisaya. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles.

BONNE CLIENTÈLE à prendre *gratuitement*, à Chabris (Indre). — 3,000 habitants ; pharmacie. — S'adresser au Maire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. S. PERRET : De l'ulcère de l'estomac. — II. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — III. FORMULAIRE. — IV. COURRIER de l'étranger. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle.

De l'ulcère de l'estomac (1).

Il est caractérisé par le syndrome : gastralgie, vomissement, hématémèse; leur mode d'évolution, leur enchaînement. — Rapports de la menstruation avec l'ulcère. — Cachexie ulcéreuse. — Marche irrégulière. — Formes diverses. — Terminaisons : guérison, ses suites; mort; ses modes. — Nature et pathogénie; théories : *a*) Troubles de la circulation veineuse : érosions hémorrhagiques (Rokitansky). — *b*) Troubles de la circulation artérielle : embolie, thrombose (Virchow). — *c*) Inflammation de l'estomac : gastrite ulcéreuse (Cruveilhier). — Conclusion : L'ulcère n'est pas une entité morbide. — Idée de Glénard relative au siège de l'ulcère; influence des orifices digestifs sur la localisation des maladies gastro-intestinales. — Traitement classique; méthode de Leube; lavage de l'estomac; ses inconvénients; autres médications.

Depuis 1830, époque à laquelle Cruveilhier décrivit, le premier, l'ulcère simple de l'estomac, bien des travaux ont été publiés sur la question. Et pourtant, malgré leur importance, malgré la valeur des auteurs qui l'ont étudié, on peut dire qu'il existe encore nombre de points obscurs.

Vous verrez dans le courant de cette leçon que l'opinion de l'illustre anatomo-pathologiste, après être restée dans l'oubli, tend à se faire jour de nouveau. Mais n'anticipons pas, j'y reviendrai longuement en discutant la nature de l'ulcère. Pour le moment, contentons-nous de parcourir l'observation du n° 43 de la salle Sainte Marie, qui me paraît présenter les signes classiques de cette affection.

Marie M..., journalière, âgée de 43 ans, est entrée dans mon service le 10 février 1886; elle n'offre aucun antécédent héréditaire digne d'intérêt. De son côté, on ne trouve pas d'alcoolisme, tout au moins avoué; elle n'a

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé : *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, par M. le docteur S. Perret. (Paris, J.-B. Baillière, éditeur.)

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

VI

GABRIEL FALLOPE ET LES PRÉCURSEURS DE HARVEY

A la suite de Vésale, je veux vous parler de Gabriel Fallope, de Barthelemy Eustache et de Mathieu Colombo.

Fallope, de son nom de famille Gabrielle Fallopia, était né à Modène en 1523, et non en 1490 comme le dit Tomasini. Les détails sur sa vie sont peu nombreux. Fallope fit une grande partie de ses études médicales avec Antonio Musa Brassavola, à Ferrare. Borsetti enregistre Fallopia parmi les professeurs qui enseignaient à Ferrare en 1548; il avait alors 25 ans. On croit généralement qu'il professait l'anatomie, mais Zaffarini écrit qu'il interprétait Dioscoride. Il quitta Ferrare et alla posséder un canonicat dans sa patrie. S'il n'y a pas d'erreur dans la chronique de Lancelloti, il avait cette possession quand il disséquait des cadavres à Pise. Fallope, après trois années passées à Pise, se rendit à

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier, 3, 12, 19, 26 février et 12 mars 1887.

©BIU Santé

eu ni rhumatisme, ni syphilis. Très nerveuse, elle fut sujette dans sa jeunesse à des crises d'hystérie qui ont disparu depuis lors. Sa menstruation a été régulière jusqu'en 1884, époque à laquelle cette fonction cessa définitivement. La malade se plaint depuis longtemps de troubles gastriques; elle aurait éprouvé autrefois, pendant plusieurs années, des douleurs gastralgiques sans vomissements ni hématémèses. Ses digestions ont été souvent pénibles et, bien des fois, elle a dû se soumettre à une diète rigoureuse.

Il y a sept ans apparurent des symptômes plus sérieux pour lesquels un séjour de six mois dans les hôpitaux devint nécessaire. A ce moment, elle eut de véritables hématémèses, en même temps qu'elle ressentait de vives douleurs qui se calmaient après les vomissements. Elle sortit soulagée, mais, depuis cette époque, dut revenir plus d'une fois à l'Hôtel-Dieu pour les mêmes phénomènes.

Actuellement encore, elle se plaint de douleurs dans la région épigastrique avec retentissement dorsal, douleurs exagérées par l'ingestion des aliments; il existe même, en dehors de cela, de véritables paroxysmes qui reviennent assez souvent une heure après le repas. Les vomissements persistent toujours, tantôt alimentaires, tantôt bilieux ou glaireux, les premiers constituant pour Marie V... un véritable soulagement. Au milieu des matières rejetées, elle a remarqué ces jours-ci un peu de sang noirâtre; mais en réalité, depuis deux ans, elle n'aurait pas eu de grandes hématémèses.

Les fonctions digestives se font irrégulièrement; peu d'appétit, répugnance pour la viande; les digestions sont pénibles; elle se plaint de constipation habituelle.

L'état général est encore satisfaisant; cependant, la malade a maigri notablement et pâli; dans tous les cas, elle ne présente ni teinte jaune paille, ni œdème des membres. Cette femme conserve toujours un caractère nerveux; on retrouve chez elle de l'ovarie sans trace d'anesthésie. L'examen du cœur montre un peu d'hypertrophie de l'organe; il existe à

Padoue vers la fin de septembre 1551. Il enseignait à la fois l'anatomie, la chirurgie et la botanique, ou comme l'on disait alors « les simples. » On l'a fait voyager avec de ambassadeurs vénitiens, en Italie, en France et aussi en Grèce. Il mourut très jeune à Padoue, le 9 octobre 1562, n'ayant que 39 ans. Tous les historiens s'accordent pour lui reconnaître une grande modestie et un talent hors ligne; il parlait simplement de ses travaux et avec admiration de ceux de Vésale; quand il a dû combattre les opinions de celui qu'il proclamait son maître, il l'a fait avec une considération parfaite et de même pour les contemporains.

Fallope a-t-il été l'élève de Vésale, comme on le dit presque toujours? Haller en doutait et il est certain que, Vésale ayant quitté Padoue et l'Italie en 1544, Fallope ne put voir les démonstrations de l'anatomiste belge, ni entendre ses leçons. Néanmoins Fallope est disciple de Vésale et se disait tel, par la complète et consciencieuse étude qu'il avait faite des œuvres du célèbre anatomiste.

Gabriel Fallope a été praticien distingué, botaniste instruit, mais sa célébrité comme anatomiste efface tous ses autres mérites. Haller a dit de lui « *candidus vir... magnus inventor* » et son livre « *eximium opus et cui nullum priorum comparari potest.* » L'ouvrage de Fallope est donc un *libellus eximius aureus;* celui de Vésale restant un *opus majus.* Fallope doit être placé plus haut que Vésale, si sa renommée a été moindre, son mérite est cependant supérieur.

Les découvertes anatomiques de Fallope sont considérables. Vous en trouverez une énumération comparative dans Sprengel (*Histoire de la médecine*, t. IV, pages 15-84, trad.

la base un bruit de souffle diastolique très net; le pouls est bondissant; on constate, de plus, le double bruit de Durozier dans l'artère fémorale.

En raison de ces trois signes principaux relevés chez notre malade : douleurs, vomissement, hématémèse, en raison surtout de leur mode d'enchaînement, nous disons ulcère de l'estomac. Vous verrez du reste, par l'étude que nous allons faire ensemble de ce dernier, que l'observation précédente semble calquée sur une description classique de la maladie en question. Enfin, chemin faisant, je vous indiquerai les principaux caractères qui permettent d'écarter ici l'idée d'une gastralgie, d'un cancer, ou d'hémorrhagies hystériques.

La douleur, vous le savez, est un des signes les plus fréquents, on peut même dire constants de l'ulcère. Elle a un siège spécial, au niveau de l'appendice xyphoïde, et, si les irradiations sont fréquentes, il existe toujours un maximum dans le point qui vient d'être indiqué. Mais ce n'est pas tout : cette douleur caractéristique, en dehors du point épigastrique, présente un point dorsal, douleur à retentissement dorsal, sur laquelle Cruveilhier insistait vivement. En somme, les malades souffrent à l'épigastre et dans le dos; aussi certains auteurs l'appellent-ils douleur en broche. Ses caractères sont variables : les malades éprouvent la sensation d'une douleur brûlante, d'un fer rouge appliqué au niveau de l'estomac, ou encore d'un instrument aigu qu'on enfoncerait dans une plaie; tantôt la douleur se montre, au contraire, sourde, continue et plus tolérable. Or, rappelez-vous ce qui existait chez notre malade; maintes fois elle attira notre attention sur cette douleur particulière à double siège, qu'elle comparait d'ordinaire à celle d'un fer rouge. Elle augmentait notablement après l'ingestion des aliments; aussi avait-elle fini par en supprimer la plupart, et par ne boire qu'un peu de lait.

Indépendamment de cette douleur continue se montrent à certains moments de véritables paroxysmes survenant, soit spontanément, soit par le fait d'une émotion vive, du froid, des aliments ou quelquefois même sans aucune cause connue. Alors les malades se tordent, on les voit pâlir, leurs

---

Jourdan, 1815). J me bornerai à vous dire que le premier, il a observé les os du fœtus, les diverses épiphyses, il a décrit, mieux que ses prédécesseurs, l'oreille moyenne et interne; vous connaissez dans le rocher l'aqueduc de Fallope. Il a insisté sur la configuration de l'ethmoïde, du sphénoïde, sur les cavités alvéolaires des dents. Il a découvert ou précisé un grand nombre de muscles et poursuivi le trajet des veines et des artères.

Fallope a bien vu, le premier, que la veine ombilicale était unique, il a fait connaître le volume et l'importance du canal artériel. Il décrivit mieux que Vésale l'artère carotide et montra qu'elle ne s'ouvrait pas dans les veines de la dure-mère ; de plus, il rectifia l'erreur de Vésale, en faisant voir que l'artère vertébrale s'introduit dans le crâne par le trou occipital. Il connut tous les nerfs de l'œil et beaucoup d'autres, il parla pour la première fois du glosso-pharyngien. Le ligament qui va de l'épine antérieure de l'os coxal à la symphyse pubienne a reçu son nom. La splanchnologie lui doit beaucoup : les tuniques internes de l'œsophage, de l'estomac et des intestins, les valvules conniventes, les conduits de la bile et de l'urine. Fallope fit bien connaître les vésicules séminales, les organes génitaux féminins, surtout les trompes utérines, *uteri tubæ*, et les ligaments ronds. C'est encore lui qui a décrit les conduits lacrymaux, le canal nasal, etc., etc.

Gabriel Fallope est le premier de tous les anatomistes du XVIe siècle.

Eustache, ou Bartolomeo Eustachi, naquit à San Severino dans la Marche d'Ancône, au commencement du XVIe siècle. Etudiant en médecine à Rome, il surpassa tous ses condisciples; entraîné par son goût pour l'anatomie, il s'y livrait avec ardeur et fit des découvertes. Nommé professeur à l'Ecole où peu de temps auparavant il était élève, il

©BIU Santé

traits s'altèrent, il peut survenir des convulsions ou même une syncope, et la scène se termine d'ordinaire par les vomissements. Ils sortent de cette crise tout courbaturés, mais cette sorte de détente, comparable à celle qui suit dans l'accouchement l'expulsion de la tête, indique une phase de bien-être dont on ne saurait déterminer d'ailleurs la durée. Ces crises s'observent assez nettement dans notre cas particulier, mais elles apparaissaient autrement accusées chez une des malades de mon service ordinaire, Marie C... A certains moments, surtout après les repas, elle était prise d'accès douloureux atroces, au milieu desquels elle prenait les positions les plus bizarres, dans l'espoir de calmer ses souffrances.

Les caractères que je viens de signaler nous permettent déjà d'éliminer ici l'idée d'une gastralgie. Si les crises peuvent être aussi violentes, aussi intenses que dans l'ulcère, cependant on trouve des différences marquées. Ainsi, dans la gastralgie, la douleur est bien épigastrique, xyphoïdienne, mais elle n'offre pas de retentissement dorsal. Elle paraît de plus calmée par l'ingestion des aliments, calmée aussi par la pression, et j'ai déjà eu l'occasion de vous montrer cette différence chez plusieurs de nos chlorotiques, où ce syndrome s'observe souvent, comme vous le savez.

La douleur du cancer de l'estomac en diffère aussi : elle est moins constante que dans l'ulcère, localisée dans la région épigastrique, et offre rarement le retentissement dans le dos. Elle se distingue encore par son intensité moindre, mais surtout parce qu'elle ne revêt qu'exceptionnellement le caractère gastralgique, et ne présente pas les périodes de rémission qui sont propres à l'ulcère. Tous, autant de signes qui la séparent manifestement de celle éprouvée par la femme M... ; voilà un premier motif pour écarter l'idée du cancer.

Le siège de la douleur a encore une importance au point de vue du siège de l'ulcération, question bien mise en relief par Brinton. Ainsi la déviation dans le sens vertical ou le sens latéral, la colonne vertébrale étant prise comme point de repère, permet de préciser la hauteur et la situation latérale de l'ulcère, dans une certaine mesure. La position prise pendant les

---

enseignait brillamment, puis il fut médecin du cardinal d'Urbino, qui devint pape. Eustachi mourut en 1570.

Vésale redoutait beaucoup les critiques d'Eustache et cependant ce dernier savait moins que lui s'affranchir des erreurs galéniques, il cherchait à concilier ses connaissances anatomiques positives avec les dires du médecin de Pergame. Eustache se défie trop de ce que ses yeux et sa raison lui montraient ; il sacrifie trop souvent sa propre conviction à l'autorité de Galien. On doit à Eustachi d'avoir appliqué l'étude de l'organisation des animaux à celle de l'homme; il comprit les ressources de l'anatomie pathologique pour éclairer l'anatomie et la physiologie normales.

Les principales recherches d'Eustachi ont été faites sur les reins, qu'il étudia aux différents âges et sur divers animaux relativement à l'homme. La comparaison de leur état sain et de leur état morbide lui permit de mieux en pénétrer l'organisation. Il a vu les calculs du bassinet et aussi de petits abcès à la surface de l'organe, il les nomme tubercules purulents. Son livre sur les dents montre la sagacité d'un habile anatomiste; il avait observé les germes des dents chez le fœtus, ainsi que la double rangée correspondant à la première et à la seconde dentition. Eustachi a tracé une histoire fort complète du développement des dents chez l'homme et chez le jeune bouc. Les recherches sur l'organe de l'ouïe sont remarquables et Eustache rapporte à Alcmæon la découverte des trompes, auxquelles on a plus tard donné son nom.

Plusieurs os ont été supérieurement décrits par Eustachi, d'autres le sont d'après Galien; il a bien vu la veine azygos et découvert le canal thoracique. Il représente la

paroxysmes douloureux offre plus d'importance; dans nombre d'observations de Brinton, il paraissait y avoir un rapport étroit entre l'attitude choisie par le malade et le siège de l'ulcère. Le décubitus sur le dos correspondait à un ulcère de la face antérieure, le décubitus sur le ventre à un ulcère de la face postérieure, enfin le décubitus latéral droit ou gauche à un ulcère du pylore ou du cardia. Enfin le temps qui s'écoule entre l'ingestion des aliments et l'exaspération de la douleur n'est pas non plus négligeable sous ce rapport; il se trouve près du cardia si l'apparition se fait aussitôt après le repas; il occupe très probablement le voisinage du pylore, si elle a lieu une ou deux heures après.

Les vomissements présentent, dans l'*ulcus rotundum*, une relation assez étroite avec les phénomènes douloureux. Ils mettent fin, d'ordinaire, aux crises dont je vous ai parlé, aussi les malades qui s'étudient avec soin les appellent, les sollicitent, sachant même qu'ils sont l'indice d'un véritable soulagement. Ces vomissements s'observent plus ou moins longtemps après l'ingestion, suivant que l'ulcère existe plus ou moins haut, particularité qui vient s'ajouter aux précédentes pour déterminer sa situation.

D'ordinaire, en tenant compte de ces diverses considérations, on peut fixer d'une manière assez exacte le siège de l'ulcère, aussi ai-je interrogé maintes fois notre malade à ces différents points de vue. Or, si nous considérons que chez elle la douleur fixe reste bien localisée vers la partie moyenne de l'épigastre, que la malade affecte de préférence le décubitus sur le ventre au moment des paroxysmes, que l'aggravation de la douleur et l'apparition des vomissements se montrent une heure après le repas, nous sommes autorisés à supposer que l'ulcère occupe la région postérieure de l'estomac au niveau de l'anse pylorique.

Le vomissement alimentaire n'est pas le seul qu'on ait l'occasion d'observer. Certains malades rejettent à jeun, soit des matières muqueuses teintées en jaune ou vert par la bile, soit encore un liquide filant, incolore, véritable vomissement pituiteux. Tous ces caractères se retrouvent avec

---

valvule de la veine cave inférieure nommée d'après lui, mais que Sylvius avait aperçue et fait connaître auparavant.

Colombus, ou Matteo Realdo Colombo, de Crémone, pratiqua d'abord la pharmacie; il étudia ensuite la chirurgie avec Plazzi, et devint enfin l'élève et le prosecteur de Vésale. Ce fut Colombo qui lui succéda dans la chaire de Padoue. Après six années de succès dans l'enseignement, il vint à Pise en 1546, puis à Rome, où le pape Paul IV l'avait appelé. Colombo mourut en 1559, ainsi que l'atteste une dédicace de ses fils dans l'ouvrage posthume de leur père; Haller place donc à tort la mort de Colombo en 1577.

Après avoir été l'ami de Vésale, Colombo le critiqua durement, relevant des erreurs qui n'existaient pas, s'attribuant des découvertes qu'il n'avait point faites; un ton de suffisance, une présomption outrée déparent ses œuvres. Colombo était néanmoins un habile anatomiste, précis, décrivant avec beaucoup d'ordre et de méthode, ayant pratiqué des vivisections nombreuses sur les animaux.

Colombus a connu les vaisseaux nourriciers des os, il a précisé la configuration des osselets de l'ouïe, la disposition des vertèbres. Il indique les ventricules laryngés, les muscles pyramidaux du nez, sourciliers, génio-glosses. Son titre de gloire est de s'être occupé et d'avoir poursuivi l'étude de la circulation pulmonaire ou petite circulation.

(*A suivre.*)

Prof[r] LABOULBÈNE.

©BIU Santé

les mêmes nuances, vous l'avez vu, chez la femme dont je viens de retracer l'histoire.

Survenant dans ces conditions, le vomissement présente une grande valeur, ne s'observe guère de la sorte en cas de cancer où il est pour ainsi dire électif, et ne termine pas de grandes crises gastralgiques comme celles de l'ulcère.

Sa signification prend une importance autrement plus grande, quand il s'agit d'un vomissement de sang. Ce dernier se rencontre à l'état pur ou mêlé aux aliments, de couleur rutilante ou noirâtre suivant qu'il sera expulsé immédiatement ou aura séjourné un certain temps dans l'estomac.

Rappelez-vous qu'on le constata nombre de fois chez notre numéro 43 dans ses premières atteintes, et que dès lors nous le retrouvons constamment pendant chaque nouvelle rechute. Son abondance a présenté toutefois des variétés nombreuses, depuis le rejet de sang rouge, dont elle vomissait, nous répétait-elle, de pleins verres, jusqu'au simple *mélæna* comparable à de la suie délayée dans l'eau.

Laissez-moi vous dire incidemment que dans la pratique, on s'attache trop aux hématémèses abondantes, rutilantes, comme signe d'ulcère stomacal. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces dernières sont inconstantes, puisque, d'après la statistique de Müller, elles n'existent que dans 29 pour 100 des cas. Mais de plus, l'observation de Marie M... nous sert de preuve et vous montre que le vomissement marc de café peut s'y rencontrer comme dans le cancer; tout dépend du volume des vaisseaux intéressés.

Ces restrictions faites, on doit reconnaître qu'autant l'hématémèse abondante, rouge, est exceptionnelle dans le cancer, autant le vomissement marc de café s'observe rarement aussi dans l'ulcère, ce qui tient à la différence du processus.

De même, l'absence complète du sang ne suffit point pour éloigner l'idée de ce dernier. Une malade de mon service, morte l'année dernière de complication pendant le cours d'une affection analogue déjà avancée, en donne la justification. Un examen minutieux des matières vomies ne m'a jamais permis d'y trouver la présence du sang. Mais cet examen est insuffisant ; chez un individu qu'on soupçonne d'être atteint d'ulcère, il me paraît important de rechercher ses traces dans les selles, auxquelles il donne alors l'aspect de *mélæna*, signe de valeur en cas d'incertitude.

N'oubliez pas, d'un autre côté, que dans l'hystérie, le vomissement sanglant s'observe plus d'une fois, et que vous pourrez plus d'une fois aussi rester perplexes, alors qu'il existe avec cela des douleurs gastralgiques. Nous avons écarté ici cette hypothèse, parce que dans ces conditions l'état général se maintient satisfaisant, parce que les malades conservent leur embonpoint, parce qu'à un moment donné, les hématémèses disparaissent, soit par des modifications de la constitution ou le fait de l'âge, signes auxquels Lasègue attribuait un grand poids. Or, ici, ce sont des circonstances toutes différentes ; notre malade a maigri sensiblement, son état général a souffert, la ménopause ne paraît avoir exercé aucune influence sur leur évolution, enfin, loin d'apparaître au moment où cette femme était franchement hystérique, les hématémèses ne se sont montrées que longtemps après.

Il existe fréquemment, comme chez Marie M..., des troubles du côté des

fonctions digestives, quelques malades éprouvent des flatulences, du pyrosis, ou présentent des vomissements, indices de dyspepsie, de la dilatation stomacale, une constipation plus ou moins opiniâtre. Cette constipation, suivant Leube, s'expliquerait par l'obstacle aux mouvements de l'estomac, qui résulte de l'ulcère, car, d'après Traube, il existe une relation certaine entre ces derniers et ceux de l'intestin ; mais l'affaiblissement des parois abdominales consécutif aux vomissements, enfin la petite quantité de chyme qui pénètre dans le duodénum, puisque les malades rejettent leurs aliments, interviennent aussi directement en pareil cas. D'autres, au contraire, conservent de l'appétit, ont des digestions passables, n'offrent en réalité que les signes de l'ulcère, ce qui constitue plutôt l'exception.

L'état de la menstruation, dont les relations avec l'ulcère ne sont pas établies d'une manière encore bien précise, mérite toute votre attention. Cette question nous intéresse vivement ici, Marie M... présentant depuis deux ans une aménorrhée complète. Dès lors, doit-on mettre sa présence sur le compte de l'affection, ou faut-il invoquer l'évolution naturelle de l'organisme : la ménopause? Je suis tenté d'incriminer plutôt cette dernière; notre malade, en effet, aurait perdu ses règles vers l'âge de 41 ans; or, nombre de femmes, à cette époque de l'existence, les voient cesser d'une manière définitive. Du reste, si l'on consulte les auteurs sur ce sujet, on s'aperçoit que la période de la ménopause oscille entre 40 et 50 ans; par conséquent, cette femme se trouve dans les limites habituelles.

Je vous ferai remarquer, de plus, qu'il y a deux ans, elle était dans une phase d'accalmie, de guérison relative; or, c'est justement à ce moment que les hématémèses s'arrêtaient. Aussi s'expliquerait-on difficilement pourquoi la menstruation aurait éprouvé un retentissement aussi profond pendant ce temps-là, alors qu'elle restait régulière durant les années précédentes où la maladie battait son plein. Brinton lui-même reconnaissait que l'aménorrhée, sans être exceptionnelle, se rencontre moins souvent qu'on ne le pense, et que l'intégrité de l'ovulation s'observe plus communément que les médecins ne le supposent. A la période moyenne de la vie surtout, les règles subissent moins d'influence, nous verrons pourquoi; dans beaucoup de cas, dit Brinton, où l'ulcère durait depuis dix ou quinze ans, elles avaient continué sans irrégularité, parfois même excessives. En maintes circonstances, la maladie évoluerait jusqu'à la guérison ou à la mort, sans exercer aucune action sur cette fonction; Marie C..., dont je vous ai parlé déjà, en est un exemple. Bien qu'âgée de 22 ans et malade depuis quatre ans, elle n'a jamais éprouvé de modifications dans sa menstruation et n'a jamais observé de différence, au point de vue de la régularité, de la quantité, ou même de la qualité des règles.

Ces considérations ne s'appliquent point aux ulcères que l'auteur appelle ulcères perforants des jeunes femmes, où la diminution, la suppression des menstrues constituent un fait ordinaire. Dans ces conditions se pose la question suivante : l'aménorrhée détermine-t-elle l'ulcère, ou est-ce, au contraire, l'ulcère qui engendre l'aménorrhée?

Brinton rejette de prime abord la première hypothèse, repoussant toute idée de filiation entre l'évolution de l'ulcère et l'état des organes génitaux En cela, il s'appuie sur son existence chez l'homme et chez la femme à tout âge, même à une époque où on ne trouve encore aucun signe extérieur de puberté; enfin, sur la régularité de la menstruation, chez nombre d'entre elles, vers la phase moyenne de l'existence.

©BIU Santé

La seconde hypothèse paraît plus rationnelle; toutes les fois que l'organisme est profondément troublé dans sa nutrition, ainsi, au cours de la tuberculose, de la chlorose, des anémies graves, la fonction d'évolution se trouve tôt ou tard compromise. Or, quand on suit les malades atteints d'un ulcère de l'estomac, quand on assiste à ces crises douloureuses si pénibles, à ces vomissements répétés, alimentaires ou sanglants, qui sont une cause d'inanition; quand on les voit pâlir, maigrir, se cachectiser, est-il étonnant qu'une des fonctions les plus importantes de l'économie, la fonction de la reproduction, disparaisse, surtout à une époque où elle ne fait que s'installer? Ce qui permet de comprendre aussi comment elle peut résister aux influences précédentes, à une époque plus avancée de la vie, alors que l'organisme est en quelque sorte habitué à cette fonction intermittente, périodique, qui fait désormais partie de son intégrité, et encore, combien d'exceptions à cette règle!

Cet état d'amaigrissement, d'anémie, de cachexie, que je viens de vous rappeler, et dont vous retrouvez, du reste, des traces assez marquées dans notre cas particulier, s'accuse tôt ou tard chez les ulcéreux. Quant aux variations dans l'époque d'apparition, il faut les attribuer sans doute au plus ou moins de fréquence des vomissements, au plus ou moins d'abondance des hémorrhagies, au plus ou moins d'intensité des douleurs. Mais on ne rencontre pas toutefois la cachexie cancéreuse, avec sa teinte jaune-paille caractéristique, avec ses œdèmes multiples, ou la phlegmatia alba dolens, tous signes faisant défaut chez notre malade. Il s'agit plutôt d'un état d'anémie extrême, avec décoloration des téguments; c'est un facies, en un mot, spécial à l'ulcère, et ses caractères, comme le dit Brinton, se lisent sur la figure du patient, dans ces lignes creusées par les souffrances, par l'inanition.

La marche de l'affection, d'ordinaire longue, lente, évolue d'une façon irrégulière, marquée par des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Telle l'histoire de notre malade qui souffre depuis sept ans, telle encore celle de la jeune femme de mon service, atteinte d'ulcère depuis quatre ans. A certains moments, cette dernière se croit guérie; les douleurs, les vomissements cessent; l'appétit, l'entrain reviennent; elle quitte l'hôpital pour reprendre ses occupations. Mais au bout de quelque temps, deux ou trois mois après, elle vient de nouveau réclamer mes soins avec le même cortège de symptômes. Déjà, pour la quatrième ou même la cinquième fois, elle se présente à moi avec une récidive, c'est une habituée de l'hôpital.

Cette marche, la plus ordinaire, on peut même dire la plus commune, constitue la forme chronique. Mais, à côté de cette dernière, il existe d'autres types qui procèdent avec une rapidité on peut dire vertigineuse, ne nous laissant même pas le temps d'établir un diagnostic. Ainsi la forme rapide : un individu est pris tout d'un coup, sans cause connue, de douleurs très vives dans la région épigastrique, avec retentissement dorsal; surviennent des vomissements incessants, incoercibles, le tout se terminant au bout de huit à quinze jours par une perforation ou une hémorrhagie mortelle. Le médecin, dans ce cas, égaré par un appareil aussi dramatique, songe à un empoisonnement que l'autopsie vient démentir.

La forme foudroyante représente une exception; il existe cependant quelques observations de ce genre. C'est ainsi qu'on voit apparaître, en pleine santé, tous les signes d'une péritonite par perforation, ou d'une hémato-

mèse incoercible; le malade meurt dans l'espace de quelques heures ou de quelques minutes, et l'ouverture du cadavre révèle la présence d'un ulcère qui avait évolué jusqu'alors d'une manière tout à fait latente.

La terminaison est variable, rien dans l'évolution de la maladie ne permet de soupçonner d'avance dans quel sens elle aura lieu, aussi faut-il réserver ce côté de la question à l'égard du numéro 43. Du reste, on doit se rappeler que les guérisons complètes, sans déformations, sans cicatrices vicieuses, sans troubles digestifs, sont fort rares, et la guérison, incomplète d'ordinaire, laisse à sa suite des désordres irréparables.

Si les couches profondes des parois de l'estomac ont été détruites, il en résultera un rétrécissement plus ou moins marqué de l'organe, entraînant toutes les conséquences d'un obstacle pylorique : dilatation de l'estomac, vomissements répétés, douleurs vives. Si la destruction, au lieu de marcher en profondeur, a envahi une vaste surface de la muqueuse, ce sont alors des déformations de l'estomac, des adhérences avec les organes voisins, une perte de substance étendue, d'où gêne dans le fonctionnement de l'organe, diminution de sa surface sécrétante, qui provoqueront certainement une dyspepsie tenace accompagnée de phénomènes douloureux.

Vous avez vu récemment un fait de ce genre chez une femme de la salle Saint-Marie, qui présentait les signes d'une dilatation bronchique, mais avec un amaigrissement, des troubles digestifs qu'on n'a pas l'habitude de rencontrer à ce point dans cette maladie. Malgré cette irrégularité de l'évolution, je persistai dans mon diagnostic, et l'autopsie, en le vérifiant, nous donna l'explication de l'anomalie précédente.

Un vaste ulcère atteignant les dimensions de la paume de la main avait détruit les tuniques de l'estomac, et ce dernier avait contracté des adhérences solides avec le pancréas qui représentait sa paroi extérieure. Par suite de cette disposition, l'organe, tiré en arrière, avait pris une forme biloculaire, et il devait en résulter une gêne très marquée dans son fonctionnement.

La mort enfin n'est pas exceptionnelle, elle a lieu soit par épuisement, soit par hémorrhagie dans 5 p. 100 des cas mortels, ou par perforation dans 13 p. 100, d'après les statistiques de Brinton.

De tout cela il ressort que le pronostic de l'ulcère rond paraît sérieux, puisqu'il peut évoluer d'une manière fatale, et que dans les cas de guérison relative, il laisse souvent à sa suite des désordres irréparables.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie a reçu de nouvelles et nombreuses communications relatives au tremblement de terre du 23 février. Elles sont renvoyées à la commission. Mais, en raison de son importance, M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une note de M. Stanislas Meunier à ce sujet. Le savant géologue était à Nice au moment de la première secousse, et il a noté toutes les circonstances. Depuis, il est retourné en Ligurie et il a exploré toutes les localités où le tremblement s'est fait sentir. Il a constaté qu'à l'est et à l'ouest de Diano Marina, on a remarqué des maxima et des minima à des distances sensiblement égales et symétriques. Comme si de Diano Marina fussent parties deux cordes tendues qu'on eût mises en vibration, et qui eussent présenté des renflements alterna-

©BIU Santé

tifs et des nœuds de vibration. Le phénomène a donc eu le caractère nettement ondulatoire, et il paraît à M. le secrétaire perpétuel que cette constatation pourra servir à déterminer la cause du tremblement de terre.

M. Brown-Séquard dépose sur le bureau une note de M. le docteur Laborde concernant les expériences de transfusion dans les têtes des décapités.

M. Bouquet de la Grye fait hommage, au nom de l'auteur, M. Louis Figuier, du troisième volume de l'*Année scientifique*. Ce volume est à la hauteur des précédents ; il résume méthodiquement tous les progrès des sciences accomplis pendant l'année 1886, en commençant par l'astronomie et en finissant par la biologie. Il se termine par des notices nécrologiques dans lesquelles sont résumés la vie et les travaux des savants qui ont succombé dans le cours de l'année. La lecture de ce recueil, dit M. Bouquet de la Grye, montre que les germes des découvertes sont contenus dans les découvertes antérieures, absolument comme les productions de chaque couche géologique sont annoncées, en quelque sorte, par les productions des couches qui les ont précédées.

— M. Chauveau a présenté une note de M. Arloing, intitulée : *Les spores du* Bacillus anthracis *sont réellement tuées par la lumière solaire*.

« I. J'ai annoncé autrefois à l'Académie (*Comptes rendus*, deuxième semestre 1885, p. 511 et 535) que les spores du *Bacillus anthracis*, semées en petite quantité dans un bouillon transparent et clair, exposées ensuite à l'action des rayons du soleil (en juin et juillet), étaient tuées au bout de deux à trois heures.

« Cette assertion a causé quelque surprise, car on était habitué à accorder aux spores une énorme résistance aux causes de destruction.

« M. Nocard pensa que l'action des rayons solaires s'exerçait non pas sur les spores, mais sur le jeune mycélium issu de ces spores pendant la durée de l'insolation (voir *Recueil de Médecine vétérinaire*, 1885). M. Duclaux sembla partager l'opinion de M. Nocard, au moment où il publia son livre : *Le microbe et la maladie* (voir p. 34 et 35). Enfin M. Strauss crut la vérifier complètement par l'expérience. Après avoir semé parallèlement des spores dans du bouillon et dans de l'eau distillée stérilisée, il exposa les ballons au soleil ; au bout de huit heures d'insolation, les spores semées dans le bouillon étaient détruites, tandis que les spores insolées dans l'eau, transportées dans du bouillon nutritif, donnaient des cultures fécondes (*Société de biographie*, 1886).

« Cette différence de résultat, dit M. Strauss, est facile à expliquer : dans de l'eau « distillée, les spores, ne trouvant aucun aliment, demeurent immuables et incapables « de végéter : elles continuent aussi à présenter, à l'égard de la lumière solaire comme « à l'égard des autres agents, la résistance considérable qui est leur attribut essentiel. « Placées au contraire dans un bouillon nutritif, les spores commencent à végéter : « l'action des rayons solaires ne s'exerce donc plus sur la spore proprement dite, mais « sur le bacille naissant.

« II. Depuis mes premières notes, j'ai institué des expériences qui démontrent que le soleil détruit réellement les spores dans les conditions mêmes que j'avais signalées. Ces expériences consistent à maintenir les ballons fécondés avec des spores vigoureuses à des températures qui rendent impossible la germination des spores, pendant qu'on les soumet aux rayons solaires. 1° Je féconde une série de ballons Pasteur. Je les expose au soleil de février : les uns sur un plateau de fonte émaillée, à la température maximum de 11° ; les autres sur un bloc de glace. L'insolation dure cinq heures, pendant lesquelles la température intérieure des ballons déposés sur la glace n'a pas dépassé + 4°. Je porte ensuite tous les ballons dans une étuve à température eugénésique et je constate qu'ils sont tous stérilisés. 2° Je prépare des ballons semblables aux précédents et je les dépose immédiatement dans une étuve à porte vitrée dont la température est de + 52°. Les uns sont abrités derrière un écran opaque ; les autres sont plongés dans les rayons solaires réfléchis par un héliostat. Quatre heures et demie plus tard, je les transporte dans une étuve à + 35°. Les ballons chauffés dans l'obscurité donnent, comme les témoins, une abondante végétation ; les ballons insolés pendant l'échauffement sont stériles.

« Je ferai remarquer que la stérilité des ballons tient bien à la mort de la semence et non à l'altération du bouillon, car des spores identiques aux premières s'y développent très bien si on les sème à l'abri du soleil et à une température convenable.

« Ainsi, placées dans des conditions où il leur est impossible de donner un mycélium, les spores semées dans du bouillon sont stérilisées par le soleil en un temps très court, variable suivant la saison.

« III. Je viens de démontrer que, dans mes expériences comme dans celles de M. Strauss, la semence reste à l'état de spores. Pourquoi le soleil la détruit-il dans le premier cas et paraît-il la respecter dans le second? J'ai supposé qu'on ne pouvait expliquer cette différence qu'en invoquant une influence particulière du milieu liquide où sont répandues les spores. Celle de l'eau retarderait les effets destructeurs du soleil. J'ai vérifié la justesse de cette hypothèse par l'expérience suivante : des ballons sont garnis avec de l'eau distillée stérilisée et ensemencée avec des spores; deux sont déposés à l'obscurité pour servir de témoins; les autres sont exposés au soleil de février; on les retire successivement; on les additionne de bouillon nutritif et on les porte à l'étuve. Quand la série est épuisée, on verse du bouillon dans les ballons témoins et on les réunit aux précédents.

« Ceux-ci et les ballons insolés six et neuf heures donnent une abondante végétation; le ballon insolé douze heures fournit une végétation plus maigre; enfin les ballons insolés seize, vingt-quatre, vingt-sept et trente heures restent complètement stériles.

« Le soleil détruit donc aussi les spores dans l'eau; seulement il lui faut plus de temps pour achever son œuvre dans ce milieu que dans le bouillon.

« ... Dès maintenant, on prévoit quelques applications à l'hygiène du fait qui vient d'être établi. On conçoit qu'il y aura profit à laisser exposées aux rayons du soleil, sans végétation et sans abri, les régions où les spores des micro-organismes sont déposées ou sont ramenées en grand nombre à la surface du sol. »

FORMULAIRE

Mixture contre la constipation.

Teinture de rhubarbe.....	10 grammes.
Teinture de noix vomique.....	6 —
Teinture de badiane.....	4 —

Mêlez. — 10 gouttes de ce mélange dans un peu d'eau, cinq à dix minutes avant les repas. — N. G.

COURRIER DE L'ÉTRANGER

Nomination. — C'est le professeur O. Wyss qui prendra la direction de l'Institut d'hygiène qu'on installe à Zurich.

— Le docteur W. Von Speyer a fait à Berne son premier cours sur l'aliénation mentale.

Nécrologie. — Le professeur de chirurgie L. Stutkowski, de Kasan, est mort il y a quelques jours.

— Le docteur Jos. Zit, professeur suppléant à la chaire des maladies de l'enfance de Prague, vient de succomber à la tuberculose pulmonaire. — Dr Ch. Schmit.

COURRIER

Le mardi 15 mars 1887, a eu lieu le dépouillement du scrutin pour l'élection, au Conseil supérieur de l'instruction publique, d'un représentant des Facultés de médecine;

©BIU Santé

ce dépouillement a donné le résultat suivant : MM. Brouardel, 157 voix; Wannebroucq, 2 voix; bulletins blancs, 2.

Le nombre des suffrages exprimés étant de 159, la majorité absolue est de 80. En conséquence, la commission déclare que M. Brouardel, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, est élu membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été de l'année scolaire 1886-1887, commenceront mardi prochain 22 mars 1887, sous la direction de M. le docteur Rémy, agrégé, chef des travaux, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de trois heures à cinq heures de l'après-midi, à l'Ecole pratique, n° 2, rue Vauquelin.

Les inscriptions seront reçues, de midi à quatre heures du soir, au bureau du surveillant général de l'Ecole pratique, du lundi 14 au samedi 26 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée.

MM. les étudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, des inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— M. le professeur Tarnier commencera son cours d'accouchements le lundi 21 mars 1877, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Rémy, professeur agrégé, chargé de cours, commencera le cours de physiologie, lundi prochain 21 mars 1887, à trois heures de l'après-midi dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les leçons du vendredi, consacrées aux démonstrations, auront lieu dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine, au pavillon n° 8.

— M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, lundi prochain 21 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Kirmisson, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, mardi prochain 22 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Landouzy, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie générale, mercredi prochain 23 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Les conférences auront pour objet : l'étiologie, la pathogénie, la séméiotique, etc.

— M. le docteur Albert Robin, professeur agrégé, commencera ses conférences d'anatomie pathologique, le vendredi 25 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les lundis, mercredis et samedis suivants à la même heure.

Le cours aura pour objet : l'anatomie pathologique générale; les lésions de nutrition des éléments anatomiques et du milieu intérieur.

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; tramways-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Sommaire

I. S. Perret : De l'ulcère de l'estomac. — II. Revue des Journaux : La thérapeutique en Allemagne. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Nouvelles de de l'étranger. — V. Courrier.

De l'ulcère de l'estomac (1).

Reste une question soulevée au début, et que je dois résoudre dans la mesure du possible : A quelle catégorie d'affections appartient l'ulcère? S'agit-il d'une maladie spécifique, ou bien peut-elle résulter de processus différents? Y a-t-il des ulcères ou un ulcère de l'estomac, entité morbide, une, indivisible? En un mot, quelle est sa nature? question qui intéresse aussi le clinicien au point de vue des applications thérapeutiques.

A cet égard, les théories sont aussi nombreuses que variées; toutes cependant partent de ce principe, qu'une modification dans la nutrition de la muqueuse, suivie d'ulcération, semble nécessaire à sa digestion par le suc gastrique, libre alors de pénétrer dans les couches profondes et d'y exercer ses ravages. C'est la raison pour laquelle l'auto-digestion ne saurait avoir lieu normalement, les tuniques de l'estomac étant protégées par l'épithélium, et la réaction acide n'existant qu'à leur surface. Les expériences de Pavy, qui provoque la digestion de l'organe en arrêtant la circulation des parois, puis en y introduisant un acide, viennent confirmer cette assertion.

Mais comment se produit le trouble de la nutrition? Par quel mécanisme a lieu l'effraction de la muqueuse? Pour plus de simplicité et de clarté, nous classerons les théories sous trois chapitres différents.

D'après certains auteurs, les troubles de la circulation veineuse suffiraient pour provoquer l'apparition d'érosions hémorrhagiques, et ultérieurement de l'ulcère. Qu'il s'agisse d'une hyperémie par stase, comme le veulent Rokitansky, Axel-Key; d'une hyperémie active, telle qu'elle résulte des expériences de Schiff, de Brown-Séquard, sur la moelle allongée ou le cerveau; soit enfin qu'on ait affaire à des oblitérations partielles, totales, de la veine porte, artificielles ou naturelles.

On ne peut, il faut le concéder, nier le développement des érosions dans les conditions dont je viens de parler; mais, cliniquement, voit-on survenir l'ulcère de l'estomac? Cela peut arriver, comme le fait observer Galliard (2), vu qu'on a signalé la coïncidence des deux lésions dans quelques observations. Mais cette coïncidence est fort rare, et la cirrhose hépatique elle-même, qui réalise toutes les données voulues pour cela, ne s'accompagne ni d'érosion, ni d'ulcération.

Quoi qu'il en soit, on doit admettre que l'érosion ne produit pas l'ulcère, dans la grande majorité des cas. Peut-être l'exulcération est-elle alors trop superficielle, ou les altérations de la nutrition trop légères, pour permettre au suc gastrique d'exercer son action digestive. Ou plutôt l'érosion ne serait-elle suivie d'ulcère que si elle s'accompagne d'une inflammation concomitante de la muqueuse; je ne saurais me prononcer définitivement sur un pareil sujet.

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

(2) Galliard. *Essai sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.* (Thèse de Paris 1882.)

©BIU Santé

Dans un ordre d'idées voisin, ce sont les troubles de la circulation artérielle qu'il faut incriminer, et qui se réalisent de différentes façons.

Virchow, le premier, émit l'idée que l'ulcère pouvait s'expliquer par des embolies parties de différents points de l'économie. Cette théorie a, du reste, trouvé sa confirmation dans un certain nombre de faits cliniques, tels que ceux de Godivier, de Merkel, de Bourneville, de Lancereaux, etc. D'autres fois, il s'agit de thromboses résultant de l'altération des parois vasculaires : endartérite chronique, athérome. Hayem, Ranvier et Cornil, Liouville, etc., ont cité plusieurs observations à l'appui. Pour Gerhardt, en particulier, la dégénérescence graisseuse des artérioles gastriques jouerait un rôle important dans la production des pertes da substance avec hématémèses, qu'on observe chez les chlorotiques et les hystériques.

La théorie des troubles de la circulation artérielle, d'un autre côté, est appuyée par des expériences positives. En effet, Prévost et Cottard, Pavy, ont pu réaliser l'ulcération de la muqueuse, soit par l'injection de grains de tabac dans l'aorte, soit par la ligature des artérioles de l'estomac.

Personne, je le reconnais, n'osera contester une opinion qui repose sur des preuves à la fois cliniques et expérimentales. Mais cette origine se rencontre-t-elle souvent ? Je ne le crois pas, puisque nombre de fois les embolies ou les lésions artérielles sont absentes ; de plus, la disposition du réseau vasculaire sous-muqueux ne paraît guère appuyer ce mécanisme. Il faut se rappeler en effet que l'estomac ne possède pas d'artères terminales, aussi Leube, dans le *Dictionnaire de Ziemssen*, fait-il ressortir que la richesse de ce réseau, l'admirable disposition de ses anastomoses, ne rendent de prime abord vraisemblable l'embolie avec nécrobiose que dans des cas exceptionnels d'embolie très étendue : assertion certainement exagérée.

La théorie de la gastrite ulcéreuse défendue par Cruveilhier, mais rejetée dans l'oubli après les travaux de Virchow, semble depuis quelques années reprendre du terrain. Certains auteurs, du reste, tels que Billard, Valleix, Grisolle, il faut bien le dire, lui étaient restés fidèles.

Ainsi Damaschino (1) reconnaît que les gastrites constituent un terrain favorable à l'évolution de l'*ulcus rotundum*. Telle aussi l'opinion de Leube, de Volkmann, en Allemagne ; de son côté, l'Italien Colomba, fort d'une statistique de cinquante et une observations, admet que la maladie résulte le plus souvent du catarrhe gastrique. C'est l'idée que défend Galliard, dans le travail auquel je viens de faire allusion.

Il s'appuie, d'une part, sur l'expérience clinique, et rappelle qu'en étudiant la marche de l'affection, on s'aperçoit que, nombre de fois, la phase ulcéreuse a été précédée d'une longue période pendant laquelle les malades se plaignent de troubles digestifs variés qui indiquent l'existence d'une gastrite. D'un autre côté, ajoute-t-il, tous les auteurs, à propos de son étiologie, insistent sur l'influence de l'alcool, des aliments irritants, des écarts de régime, qui ont pour résultat ordinaire l'inflammation de l'estomac. M. Peter se livre aux mêmes réflexions dans la thèse de son élève, le docteur Beaurieux (2), quand il dit qu'on doit se défier des gastralgies de longue durée, qu'on n'a pas une gastralgie pendant des années, mais une gastrite au sujet de laquelle le doute n'est plus permis quand elle revêt sa robe sanglante.

(1) Damaschino, *Leçons sur les maladies des voies digestives*. Paris, 1880.
(2) Beaurieux, Thèse de Paris, 1879.

M. Galliard, d'autre part, signale quelques observations où l'examen microscopique de la muqueuse gastrique a montré les traces d'une phlegmasie certaine, témoin celle de Laveran, témoin deux nouveaux faits personnels qu'il cite à l'appui. Ces observations sont très concluantes, car il s'agit de cas récents où la réaction de l'ulcère sur le reste des parois ne saurait être invoquée ; or, ici l'inflammation siégeait non seulement au pourtour de l'ulcère, mais dans toute l'étendue de la muqueuse.

En résumé, les érosions hémorrhagiques deviennent rarement l'origine de l'ulcère stomacal. Les embolies ou thromboses artérielles ne paraissent s'appliquer qu'à un petit nombre de faits. Enfin, d'après M. Galliard, l'inflammation gastrique, la gastrite ulcéreuse en serait la cause, dans la majorité des cas, idée à laquelle je me rattache volontiers.

Il résulte de cela que l'*ulcus rotundum* n'existe pas à l'état d'entité morbide, de maladie spécifique, qu'il y a des ulcères de l'estomac, puisque des processus variés peuvent le réaliser. De plus, comme je l'avançais précédemment, et cette discussion vous le montre, son développement exige un trouble sérieux de nutrition dans la muqueuse, fait d'ailleurs corroboré par les expériences de Quincke. Cet auteur prouve en effet que les pertes de substance produites artificiellement dans l'estomac du chien, avec des agents mécaniques, thermiques ou chimiques, se cicatrisent sans être suivies d'ulcère.

Maintenant que nous sommes éclairés sur les conditions pathogéniques de ce dernier, dans quelle catégorie peut-on ranger celui que nous avons sous les yeux ? De prime abord, l'explication de Virchow semble s'appliquer très bien à notre cas particulier. Cette femme, vous le savez, présente en même temps tous les signes d'une insuffisance aortique ; dès lors, rien de plus simple : embolie, ulcération consécutive. Remarquez cependant que la compensation existe ici d'une manière absolue, à tel point qu'elle ne se doutait pas de sa présence, et que nous l'avions découverte par hasard. Avec cela, il n'y a jamais eu dans les autres organes le moindre trouble pathologique, la moindre trace d'embolie ou d'infarctus ; voilà déjà des raisons sérieuses pour écarter cette idée.

D'un autre côté, Marie M... présente depuis de longues années les symptômes d'une affection stomacale, même en dehors de ses périodes aiguës, puisque, vous l'avez vu, les troubles digestifs se montraient d'une manière permanente : ensemble qui indique plutôt l'existence d'une gastrite. Ajoutez que je ne suis pas complètement édifié sur ses antécédents ; quand on l'interroge au point de vue des habitudes alcooliques, ses réponses paraissent évasives et même embarrassées ; aussi suis-je tenté d'attribuer à l'influence de l'alcool, et la gastrite ulcéreuse, et la lésion aortique dont elle se trouve atteinte.

Laissez-moi, avant de terminer, vous dire quelques mots de l'idée ingénieuse soutenue par mon ami le docteur Glénard (1), de Vichy, pour expliquer la localisation que l'ulcère affecte de préférence pour la petite courbure de l'estomac. Cette idée, dans une certaine mesure, peut aussi donner la raison de son développement.

Vous savez que son siège habituel se trouve à la petite courbure, vers sa partie inférieure, et l'autopsie que nous avons faite récemment en est un

(1) *De l'estomac biloculaire*, in *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse*, p. 105. (Paris, Masson, 1885.)

©BIU Santé

nouvel exemple. Or, M. Glénard fait jouer un rôle important, dans ce cas, à la biloculation de l'organe qui, chez l'animal, pour quelques espèces du moins, constitue un état permanent.

Milne-Edwards l'a établi pour les rongeurs; enfin, dans des recherches récentes, Hofmeister et Schütz (1) paraissent l'avoir démontré pour le chien. Chez l'homme, le fait existe passagèrement; Mayo, Bérard l'avaient noté sur le cadavre d'individus morts subitement après le repas; de plus, les observations de Beaumont sur son Canadien prouvent que cette biloculation s'observe d'une manière intermittente au moment de la digestion. M. Glénard rappelle, de son côté, trois cas où il constata l'existence d'un anneau rétréci, du diamètre d'un doigt, partageant l'estomac en deux loges, et constitué par les fibres musculaires circulaires. L'anneau résista à une insufflation modérée, mais céda quand cette dernière atteignit certaines limites, et l'estomac reprit l'apparence d'un estomac normal. Il semble, en pareille circonstance, que la mort ait saisi au vol le temps d'une contraction physiologique qui, d'après M. Glénard, se passerait dans l'organe pendant la digestion et le diviserait en deux loges. J'ajouterai que, de concert avec lui, j'ai rencontré une disposition de ce genre, que vous avez pu contrôler chez une de nos malades qui succomba brusquement dans le courant d'une insuffisance aortique.

Très probablement, cet anneau aurait pour résultat de maintenir les sucs digestifs plus longtemps en contact avec certains points de la paroi; mais aussi il augmenterait à ce niveau le degré de frottement et de pression causé par les aliments sur une muqueuse, bien entendu, déjà modifiée dans sa nutrition : conditions favorables au développement de l'ulcère. L'observation de Herrlich (2), communiquée aux Sociétés médicales de Berlin, où l'auteur signale la constriction qui coïncidait avec un ulcère de ce genre, paraît confirmer cette manière de voir.

D'une façon générale, pour M. Glénard, tout orifice (et il entend par là les points au niveau desquels le tube digestif se coude pour changer de direction) doit être le siège ou la cause d'une maladie spéciale. Il fait observer ainsi que l'orifice sous-costal gauche est un siège d'élection pour la dysenterie, que l'orifice sous-costal droit joue certainement un rôle dans l'étiologie de la typhlite. D'ailleurs, ajoute-t-il, il se réserve, dans un prochain travail, d'étudier d'une manière plus détaillée et plus précise la part qui doit revenir à chacun de ces orifices dans les affections du tube digestif.

La première indication dans le traitement de l'ulcère de l'estomac consiste à éviter les mouvements qui sont défavorables à sa cicatrisation; aussi le médecin devra-t-il conseiller le séjour au lit et le repos.

En second lieu, il faut restreindre l'alimentation, diminuer le travail de l'organe, et, sous ce rapport, c'est la diète lactée qui remplit le mieux ce but. Le régime prescrit par Leube consiste dans de la solution de viande, du bouillon, un peu de lait, quelques biscuits très ramollis. Au bout de trois semaines, un mois de ce régime, il essaye la diète digestible composée d'œufs, de poulet, de purée de pommes de terre, de soupes plus épaisses, de viande crue, pendant huit jours; puis cette alimentation est augmentée progressivement. En cas de besoin, on peut avoir recours aux lavements peptonisés.

(1) Hofmeister et Schütz, *Arch. für experim. Pathol.*, Band XX.
(2) In *Semaine médicale*, 1885.

M. Debove, envisageant la question au point de vue de l'acidité du suc gastrique qui, nous le savons, de l'avis de tous, exerce une influence certaine sur l'apparition de l'ulcère, s'efforce de la supprimer par les alcalins. Il en résulte que la digestion stomacale sera par-là même abolie, et que la transformation des aliments ne commencera que dans l'intestin. Les malades prennent trois repas ainsi composés : 25 grammes de poudre de viande délayés dans du lait auquel on ajoute la poudre suivante : magnésie, 1 gramme; craie préparée, 2 grammes; saccharure de chaux, 1 gramme. On donne, avant chaque repas, 2 grammes de bicarbonate de soude et 4 grammes après.

Leube, au contraire, rejette les alcalins, parce qu'il est difficile, suivant lui, de rester dans de justes limites. On peut alors provoquer une sécrétion acide, ou bien neutraliser le suc gastrique, ce qui entravera, dit-il, l'expulsion des aliments pour laquelle l'acidité du suc paraît nécessaire; d'où la stagnation des aliments favorisant la production des acides lactique, butyrique et carbonique.

Il faut, d'un autre côté, veiller à l'évacuation des produits de fermentation normale ou anormale que peut contenir l'estomac. La rhubarbe, la mixture de M. G. Sée, le sulfate de soude, — 6 à 8 grammes le matin, — remplissent bien ce but. Leube conseille les eaux salines alcalines, telles que Carlsbad, pendant les premiers jours, ou encore un mélange de chlorure de sodium, bicarbonate et sulfate de soude.

Le lavage de l'estomac soulage certains malades; l'auteur allemand s'en montre très partisan, si la médication précédente ne réussit pas. Il ne faut pas oublier que la dilatation de l'organe s'associe plus d'une fois à l'ulcère; or, vous savez les résultats avantageux de ce procédé dans cette circonstance. Recourez-y rarement et avec prudence; pour peu que des traces de sang apparaissent dans le liquide du lavage, suspendez immédiatement l'opération pour renouveler vos tentatives, si l'état le réclame encore. Mais surtout on ne doit jamais laisser aux malades la facilité de se laver eux-mêmes, par crainte d'accidents parfois redoutables, témoin l'hémorrhagie incoercible suivie de mort, qui se montra dans ces conditions, chez un homme soigné par Duguet.

La douleur constitue un symptôme si prédominant qu'elle attirera votre attention d'une manière spéciale. Le régime sera déjà un moyen de l'atténuer; mais vous pourrez y contribuer, de votre côté, par les opiacés seuls ou unis à des poudres inertes, par le chloral et surtout par les injections de morphine.

Vous combattrez l'hémorrhagie avec la glace, *intus et extra*, avec le perchlorure de fer, sans oublier l'ergotine, principalement en injections sous-cutanées.

Enfin, si vous avez affaire à des individus chez lesquels des habitudes alcooliques, des écarts de régime laissent soupçonner l'existence d'une gastrite, il est bon de recourir aux antiphlogistiques locaux et aux révulsifs. Ainsi les applications émollientes, les sangsues, les vésicatoires sur la région épigastrique, et c'est la méthode que je compte employer ici.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

LA THÉRAPEUTIQUE EN ALLEMAGNE.

Antagonisme de la morphine et de l'atropine. — Cette bien vieille question, non encore vidée aujourd'hui, ni dénuée d'intérêt par conséquent, vient de faire l'objet d'un long et intéressant article, publié par la *Deutsche medizinische Wochenschrift* en tête de son numéro du 13 janvier 1887.

Dans cet article, le professeur C. Binz (de Bonn), prétend démontrer par une série d'expériences résumées plus bas, qu'à une certaine période de l'empoisonnement par la morphine, l'atropine relève les fonctions considérablement affaiblies du poumon et du cœur; qu'en outre, les excitations périphériques qui, à cette même période, ne sont plus ou sont à peine perçues, sont immédiatement suivies de phénomènes réactionnels intenses après l'injection d'atropine.

Le professeur allemand a opéré sur des lapins. On sait que le centre respiratoire de ces rongeurs est très sensible à l'influence des deux alcaloïdes en cause.

Pour mesure de la fonction respiratoire il a adopté le nombre de centimètres cubes d'air expiré en une demi-minute, quantité accusée par le gazomètre sensible d'Elster (de Berlin). Par l'une de ses extrémités, l'instrument est en communication directe avec la trachée de l'animal.

Dans l'expérience II, par exemple : Lapin gris, bien portant, poids : 2,150 grammes.

4 h. 55 m., expiration moyenne par demi-minute, 188 c. c.

4 h. 55 m., injection intraveineuse de 0,003 de morphine; 5 heures, expiration moyenne par demi-minute, 69 c. c.

5 h. 10 m., injection 0,01 d'atropine; 5 h. 14 m., expiration moyenne par demi-minute, 111 c. c.

5 h. 18 m., injection 0,01 d'atropine; 5 h. 28 m., expiration moyenne par demi-minute, 97 c. c.

En somme, dans les cinq autres expériences, en variant les doses d'atropine et de morphine, les résultats sont à peu près les mêmes. L'injection du second alcaloïde relève d'un tiers en moyenne la respiration considérablement compromise par l'injection du premier.

De même pour les résultats comparatifs de l'excitation périphérique :

Dans l'expérience III, par exemple, la cornée du lapin morphinisé est soumise à l'action du courant faradique : le nombre de centimètres cubes expirés augmente de 30. Dès qu'on a injecté l'atropine, cette augmentation sous l'influence du même courant s'élève aussitôt à 70 c. c.; plus du double.

Dans l'expérience IV, l'animal empoisonné ne réagissait plus pendant l'excitation électrique. Après l'injection d'atropine, l'expiration qui était de 60 c. c. s'éleva immédiatement à 100 c. c., etc.

Comme conséquence : l'emploi des excitants périphériques, recommandés dans les cas d'empoisonnement par la morphine, sera souvent inutile s'il n'est précédé par l'ingestion de l'atropine qui toujours augmentera l'action de ces agents mécaniques.

Traduisons enfin les quelques phrases par lesquelles termine le savant auteur, phrases qui ont trait à un point fort intéressant de micrographie ou de microchimie concernant l'atropine et la morphine.

« J'ai déjà trouvé en 1877, que, si l'on fait macérer dans une solution d'un sel neutre de ces alcaloïdes de petits lambeaux provenant des couches corticales d'un cerveau frais (cerveau d'un animal à sang chaud), de notables différences ne tardaient pas à se marquer dans les deux solutions. La préparation du lambeau atropinique, examinée au bout de quelques heures, ne dénotait encore aucun changement, aucune désorganisation des tissus. Le lambeau morphinisé au contraire, était devenu plus sombre, le protoplasme granuleux, les noyaux s'étaient troublés, comme si la préparation avait été exposée quelque temps aux vapeurs de chloroforme. Ces détails microscopiques, qui ne urent pas observés par d'autres auteurs, je les ai retrouvés de nouveau et ils ont été

confirmés par W. Kochs dans mon laboratoire même (1). Il a démontré quelles difficultés on rencontrait à mettre en évidence ces faibles et légères transformations anatomiques, et a conseillé aux expérimentateurs d'employer de moins fort grossissements que moi. »

D'après ses expériences il a classé les alcaloïdes en deux groupes :

Dans le premier, se rangent les alcaloïdes qui, comme la caséine, l'atropine, la pilocarpine, la cocaïne n'ont, en solution, sur la substance cérébrale pas plus d'influence que le chlorure de sodium, c'est-à-dire : action nulle.

Dans le second, il range d'autres alcaloïdes comme la strychnine, la morphine, la quinine, qui ont sur les mêmes cellules nerveuses une influence analogue à celle des vapeurs du chloroforme.

Ces recherches microscopiques furent le point le départ d'une nouvelle série d'expériences, d'où est sortie une nouvelle manière d'envisager et de comprendre l'action de la quinine dans les fièvres à malaria.

En sera-t-il de même pour les autres alcaloïdes et notamment la morphine et l'atropine ?

L'avenir décidera.

Traitement du rachitisme par le phosphore. — On connaît la méthode de traitement du rachitisme préconisée par Kassowitz, et les nombreux articles que le *Wiener med. Blætter* a consacrés à cette intéressante question. La méthode a ses fervents et ses détracteurs.

Le débat continue encore, mais les partisans semblent avoir le dessus :

Petersen (de Kiel) n'a pas un insuccès à noter sur 200 rachitiques qu'il a traités par le phosphore. Les résultats publics offrent toute garantie, car le savant professeur a longuement suivi ses malades, restant avec leurs parents en communications épistolaires fréquentes.

Siegel (*Wurtemb. med. Korrespondenzblatt*, 36, 85) a soumis au même traitement 40 malades de sa clientèle. Il s'en est fort bien trouvé. Chez 6 enfants, notamment, tous les symptômes se sont amendés avec une rapidité étonnante.

Boas (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 25, 1885) a observé 20 rachitiques à tous les degrés de l'affection, depuis le simple épaississement des épiphyses jusqu'à l'élargissement considérable de la fontanelle, l'impossibilité de la marche et les déformations costales. Il leur a administré à tous l'émulsion phosphorée (0,01 p. 100 d'huile) à la dose d'une à deux cuillerées à café par jour, pendant quatre semaines au moins et douze semaines au plus. Chez 12 de ses malades, la locomotion devint possible avec une démarche ferme et assurée. Chez les 8 autres, plus fortement atteints, les os prirent plus de consistance, et la dentition fut très favorablement influencée; chez l'un d'eux, notamment, le spasme de la glotte disparut après huit jours de traitement.

Il eut cependant 2 périostites à déplorer, par suite d'erreur dans les doses ingérées; les parents avaient administré des cuillerées à soupe au lieu des cuillerées à café prescrites. Aussi, l'auteur recommande-t-il d'éviter de dépasser les quantités de phosphore indiquées par Kassowitz.

L'emploi du soufre dans la chlorose. — Quand la chlorose ne cède pas aux agents qui excitent l'estomac et les sécrétions gastriques, quand elle n'est pas justiciable du fer, c'est au soufre qu'il faut alors s'adresser.

Le professeur Hugo-Schulz, de l'Université de Greifswald, résume, dans un travail publié dans la *Deutsche med. Wochenschrift* (n° 2, janv. 1887), les arguments en faveur de cette proposition. Il emploie le soufre en poudre mêlé au double d'une poudre sucrée : trois prises par jour sur la pointe d'un couteau.

Après avoir cité de nombreuses et probantes observations, il termine par les trois conclusions suivantes :

(1) Voir W. Kochs. *Zur Wirkung der Nervengifte auf freipreparirte Nervensubstanz, Centralblatt f. klin. Med.* (Leipzig) 1886, n° 51, page 889.

©BIU Santé

Dans les cas de chlorose vraie, idiopathique, où le fer reste sans effet, le soufre produit une notable amélioration;

Après l'emploi du soufre, on peut de nouveau administrer le fer, qui redevient alors très actif;

Dans les cas de chlorose compliquée de catarrhes stomacaux, le soufre est ordinairement très mal supporté. — Dr Ch. Schmit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Note sur le tétanos céphalique. — De l'emploi de l'ouate de tourbe en chirurgie. — Remarques sur un nouveau procédé de néphrectomie transpéritonéale. — Laparotomie, pour un cas de grossesse extra-utérine, suivie de guérison. — Présentation de malade : Plaie intéressant tous les tendons de la face antérieure du poignet, les artères radiale et cubitale, et les nerfs médian et cubital; suture des tendons et des nerfs. — Présentation d'instrument pour la section des appareils silicatés. — Présentation de pièces pathologiques : cure radicale de hernie crurale; — ablation de fibrome et des annexes de l'utérus.

A propos du procès-verbal, M. Terrillon dit qu'il a présenté cette observation comme un exemple curieux de la difficulté du diagnostic au début, la contracture du côté blessé donnant l'apparence d'une paralysie faciale du côté opposé.

Il s'agit de cette variété de tétanos décrite par Rose (de Zurich) sous le nom de tétanos *hydrophobique*, ou sous la dénomination plus générale de tétanos *céphalique*. Cette variété serait remarquable par plusieurs caractères spéciaux : 1° La cause est une lésion sur le trajet de distribution des nerfs crâniens. — 2° La contracture est limitée aux muscles de la tête et du cou; et on note toujours l'intégrité des membres qui échappent aux contractions. — 3° On signale encore les spasmes, au moment où l'on fait boire ou parler les malades, spasmes qui simulent ceux de l'hydrophobie. — 4° On constate, enfin, une mortalité plus considérable que dans les autres variétés du tétanos.

M. Schwartz ajoute quelques remarques à celles qu'il a présentées sur le même sujet dans la dernière séance.

— M. Championnière communique les résultats de ses expériences sur l'*emploi de l'ouate de tourbe en chirurgie*.

Comme conclusion de ses recherches, M. Championnière croit pouvoir dire que l'ouate de tourbe est appelée à rendre des services à la chirurgie. Elle permet de simplifier beaucoup les pansements antiseptiques.

On se plaint souvent des dépenses qu'occasionnent les pansements actuels. Le prix très peu élevé de l'ouate de tourbe permettrait de modérer les dépenses. Il est probable que cette substance est appelée à jouer un rôle important dans la chirurgie d'armée; c'est une opinion partagée par plusieurs chirurgiens militaires.

Jusqu'à présent, M. Championnière a tout lieu de penser que l'ouate de tourbe ne saurait remplacer tous les topiques antiseptiques; son contact direct avec les plaies ne lui paraît pas désirable. Il conseille l'interposition d'un pansement isolant, protecteur, d'une substance antiseptique directement en contact avec la plaie, suivie de l'enveloppement dans une gangue d'ouate de tourbe.

Enfin, en dehors des pansements proprement dits, l'ouate de tourbe pourrait recevoir une foule d'applications hygiéniques, par exemple servir de matelas pour l'urine, de coussins, de réceptacles pour les matières nuisibles qui seraient brûlées ensuite avec elle, etc.

La communication de M. Championnière est suivie d'un court échange d'observations entre lui et MM. Berger, Trélat et Marc Sée, qui, tout en admettant les services que

BIU Santé

peut rendre la ouate de tourbe, ne pensent pas qu'elle puisse être substituée dès maintenant aux autres substances antiseptiques usitées dans les pansements.

M. Terrier communique un travail intitulé : *Remarques sur un nouveau procédé de néphrectomie transpéritonéale*. L'auteur ne discute pas l'opportunité de l'opération par la voie abdominale ou lombaire ; il croit cependant, comme Langenbach et Thornton, que la voie abdominale ou transpéritonéale n'est pas aussi mauvaise qu'on l'a dit et même qu'elle présente des avantages sérieux.

La cavité rétro-péritonéale qui succède à l'ablation d'un rein ou d'une tumeur, peut être le siège, il est vrai, d'un épanchement de liquide, ce qui a fait conseiller le drainage lombaire. Précaution indispensable, affirme Le Dentu (*Revue de chirurgie* 1886, p. 115). Or, cette précaution n'a pas toujours été suivie et on a eu des succès incontestés, ce qui s'explique par l'asepsie de la plaie et des liquides qui peuvent y être exhalés. Le drainage lombaire n'est donc pas aussi indispensable qu'on a cru et cependant il est utile de faciliter l'écoulement des liquides qui s'exhalent des parois du foyer traumatique rétro-péritonéal. Or, on peut obtenir ce résultat sans drainer vers les lombes, et c'est cette manière de faire que vient exposer M. Terrier.

Il l'a mise deux fois en pratique : dans un cas, la malade n'ayant pas guéri, on n'a pu juger du résultat ; dans le deuxième cas, la malade a guéri ou plutôt doit être considérée comme guérie, car elle n'a plus qu'une fistule.

M. Terrier relate ces deux observations, dont la première a été déjà rapportée dans la thèse de doctorat de Brodeur (obs. 87), soutenue à Paris en 1866.

Le procédé de M. Terrier est celui-ci :

Quand on a ouvert l'abdomen, soit sur la ligne médiane, soit au bord externe du muscle droit, on refoule l'intestin et on arrive sur le feuillet péritonéal qui recouvre le rein ou la tumeur rénale. Alors on incise verticalement ce feuillet, en ayant soin d'éviter les vaisseaux et de maintenir les bords de cette incision avec des pinces à pression de façon à ne les pas perdre.

On énuclée la tumeur, on lie le pédicule et l'uretère ; puis, amenant en avant les lèvres de l'incision péritonéale, on les fixe à l'incision abdominale. Celle-ci est d'ailleurs diminuée d'étendue par des sutures profondes au-dessus et au-dessous du point où l'on a fixé les bords de la cavité rétro-péritonéale.

De cette façon, la grande cavité péritonéale est close de toutes parts, et la cavité rétro-péritonéale s'ouvre au dehors, ce qui permet, à l'aide de drains, de faciliter l'écoulement des liquides qu'elle peut contenir.

Conclusions : 1° La néphrectomie transpéritonéale doit être faite plus souvent qu'on ne pense et surtout lors de tumeurs rénales volumineuses ;

2° Elle a comme avantage d'arriver plus facilement au hile du rein et de pouvoir isoler l'uretère du pédicule ;

3° Elle n'entraîne pas fatalement un drainage lombaire, comme on l'affirme ;

4° La suture des bords de la cavité rétro-péritonéale, qu'occupait la tumeur, avec les bords de la plaie abdominale antérieure, est la meilleure manière de faire dans ces cas pour faciliter l'écoulement des liquides exhalés ;

5° Les drains pourront être rapidement enlevés, si l'uretère est fixé au dehors, et seront laissés plus longtemps si l'uretère infecté est resté dans la cavité rétro-péritonéale. Ils évitent alors la formation tardive d'un abcès.

— M. Polaillon présente une jeune fille de 17 ans qui, il y a deux ans, se fit, avec un éclat de verre, une plaie profonde à la face antérieure du poignet droit. Le lendemain de son entrée à la Pitié, M. Polaillon constate que tous les tendons fléchisseurs des doigts sont coupés, ainsi que les artères radiale et cubitale et les deux nerfs médian et cubital. Il pratique la ligature des deux bouts de la radiale, puis il suture successivement tous les tendons fléchisseurs avec des fils de catgut. Les nerfs sont, à leur tour, suturés aussi exactement que possible au catgut fin ; la plaie cutanée est réunie avec des fils d'argent.

Au bout de deux mois, la sensibilité n'était pas revenue dans le territoire des nerfs

©BIU Santé

sectionnés. Les doigts étaient encore dans une attitude demi-fléchie et présentaient quelques mouvements de flexion.

Au bout de trois mois, troubles trophiques, suppuration de l'extrémité des doigts, chute des ongles; atrophie de la main et de l'avant-bras.

L'électrisation par les courants continus améliore l'atrophie; peu à peu, les doigts recouvrent leur mobilité. Actuellement, les mouvements de flexion et d'extension sont complètement revenus. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés et le pouce s'oppose assez difficilement aux autres doigts. La force de la main droite, appréciée au dynamomètre, n'est que le tiers de celle de l'autre main; la jeune fille ne peut s'en servir pour coudre ni pour écrire, mais elle lui est très utile pour d'autres ouvrages. Les troubles trophiques ont disparu, les ongles ont repoussé; toutefois, la température de la main droite est toujours inférieure à celle de la gauche. M. Polaillon appelle surtout l'attention sur la persistance de l'anesthésie. Au-dessus de la cicatrice du poignet, la sensibilité est parfaite; mais, au-dessous, à la paume de la main et sur la surface palmaire des doigts, elle est complètement abolie, sauf à l'éminence thénar, où elle est seulement diminuée.

M. Polaillon se propose de faire, chez cette jeune fille, une opération secondaire pour s'assurer si la suture du médian et du cubital a été suivie de réunion. Dans le cas de non réunion, il avivera les deux bouts des nerfs et les suturera de nouveau. Il tiendra la Société de chirurgie au courant des résultats.

M. Tillaux pense que la suture secondaire suffira pour rétablir la sensibilité; dans un cas de ce genre il a obtenu le retour immédiat de la sensibilité à la suite de l'opération.

M. Lannelongue engage M. Polaillon à faire avec l'aide d'un physiologiste une enquête complète sur l'état de la sensibilité de la main chez sa malade avant de procéder à toute opération nouvelle.

M. Kirmisson appuie la proposition de M. Lannelongue. Cette enquête serait, dans l'espèce, d'une extrême importance, puisque, les nerfs médian et cubital étant divisés tous les deux, il serait impossible d'invoquer la théorie de la suppléance pour expliquer le retour de la sensibilité.

— M. le docteur Largeau lit une observation de laparotomie pratiquée avec succès pour une grossesse extra-utérine.

— M. Championnière présente un instrument pour faciliter la section des appareils silicatés.

— M. Trélat met sous les yeux de ses collègues une pièce montrant les résultats, au point de vue de la physiologie pathologique, d'une opération de cure radicale de hernie crurale, suivie de succès.

— M. Bouilly montre une pièce pathologique, hématosalpingite et fibrome de l'utérus, dont il vient de pratiquer l'ablation. — A. T.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le sixième congrès allemand de médecine se tiendra à Wiesbaden du 13 au 16 avril 1887. La présidence en est confiée à M. Leyden (de Berlin).

Les principales communications se feront dans l'ordre suivant: Mercredi 13 avril. — Traitement de la phthisie par les docteurs Dettweiler (de Falkenstein) et Penzoldt (d'Erangen).

Jeudi 14. — Localisations des maladies cérébrales: Naunyn (de Kœnigsberg) et Nothnagel (de Vienne).

Vendredi 15. — Pathologie et traitement de la coqueluche: Docteurs Vogel (de Munich) et Hagenbach (de Basel).

Les communications suivantes se feront dans les séances d'après-midi: Docteur Lichtheim (de Berne): Considérations sur l'anémie pernicieuse. — Docteur Rindfleisch

(de Würzbourg) : Anatomie pathologique du *tabes dorsalis*. — Docteur Unverricht (d'Iéna) : De l'épilepsie expérimentale.

— Le seizième congrès de la Société allemande de chirurgie aura lieu à Berlin du 13 au 16 avril 1887. Les séances du matin, réservées aux préparations, démonstrations et présentations de malades, se tiendront à la clinique de l'Université, salle de la Charité. Les séances du soir dans l'amphithéâtre de l'Université.

— La Société de secours aux veuves et orphelins des médecins militaires de l'armée autrichienne, fondée en 1866, possède aujourd'hui, en 1887, un actif de 155,000 florins environ. Son président est le général stabsartz, chef du corps de santé. Les veuves et orphelins reçoivent tous les ans des secours personnels de 100 florins.

— La reine régente d'Espagne vient de remanier et d'augmenter les cadres du corps de santé militaire. De 427, le nombre des médecins de l'armée espagnole est porté à 440; celui des pharmaciens de 19 à 24. — Dr Ch. Schmit.

COURRIER

Nécrologie. — C'est avec un vif et profond regret que nous avons reçu la nouvelle de la mort de notre distingué confrère et ami, M. le docteur Bonamy, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse. C'était un travailleur intelligent, zélé et consciencieux. Qu'il nous soit permis de rappeler en quelques mots ses principaux titres à l'estime dont ses confrères l'ont entouré.

Bonamy (Constantin-Louis), né au Pellerin (Loire-inférieure), le 19 mai 1812, a été d'abord élève de l'Ecole de médecine de Nantes, et s'est fait recevoir docteur en médecine, le 31 décembre 1839, à Paris, où il a commencé sa carrière professionnelle, et où il s'est distingué par des travaux très estimés sur l'anatomie, dont il avait pris les premières notions et le goût à l'Ecole de Nantes, où les études anatomiques ont été de tout temps en grande faveur. Lié d'amitié avec le professeur Cruveilhier, il a largement concouru à la création du *Traité d'anatomie descriptive* de ce maître justement célèbre. Son *Mémoire sur les vaisseaux utéro-placentaires* a été accueilli comme un travail de premier ordre, et est resté classique. Mais son principal titre est son *Atlas d'anatomie du corps humain*, en 4 vol. in-4°, qui a été traduit en espagnol et en allemand, et qu'on peut signaler comme un guide facile et sûr dans les études anatomiques.

Après de pareils travaux, Bonamy a été nommé professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Toulouse, le 17 juillet 1855, puis, professeur d'anatomie à l'Ecole des arts de cette ville. Ces fonctions utiles et honorables, placées en si bonnes mains, n'ont point détourné le professeur des travaux privés qui lui étaient inspirés par ses aptitudes personnelles; toujours à l'œuvre, il a enrichi le musée de l'Ecole de médecine de Toulouse de nombreuses préparations anatomiques, pour l'exécution desquelles il avait un rare talent.

Bonamy était officier de l'instruction publique, membre du Conseil académique, membre du Conseil général des Facultés et appartenait à un grand nombre de Sociétés savantes, qui tenaient à honneur de le posséder dans leur sein. — G. R.

Faculté des sciences de Paris. — Les conférences annuelles ont repris le mercredi 16 mars 1887; elles auront lieu dans l'ordre suivant, et les étudiants n'y seront admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

A. *Sciences naturelles*. — M. J. Chatin, professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, l'étude de la reproduction et du développement dans la série animale.

M. Pruvot, maître de conférences, fera les mardis, au laboratoire de zoologie, à midi, et les samedis, à l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à onze heures et demie, des conférences de zoologie.

M. Vesque, maître de conférences, surveillera les lundis et les jeudis, à midi, des

©BIU Santé

exercices pratiques, sous la direction du professeur. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

M. Vélain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à neuf heures, des conférences sur diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardi, mercredi, vendredi et samedi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures et demie. Le mardi, à une heure, dans la salle des conférences, conférence de géographie physique.

B. *Sciences physiques.* — M. Mouton, maître de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis, à neuf heures, et les vendredis, à huit heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Pellat, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par MM. les professeurs de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à huit heures (Annexe du laboratoire de physique).

M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera, les mardi et samedi de chaque semaine, à dix heures et demie (salle du rez-de-chaussée, escalier 2), des conférences de chimie. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à cinq heures, dans le laboratoire.

M. Salet, maître de conférences, continuera à traiter de la chimie organique, les mardi et samedi de chaque semaine, à trois heures et demie, dans la salle des conférences. Il commencera au 1er mai l'étude de la spectroscopie et de la photochimie, dans son laboratoire.

M. Riban, maître de conférences, fera au laboratoire de chimie, le lundi, à onze heures, une conférence pratique d'analyse qualitative, et le mercredi, à trois heures, une conférence d'analyse quantitative ; les travaux auront lieu tous les jours, de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis, à neuf heures, et les vendredis, à huit heures. Manipulations de chimie, le mercredi, de une heure à cinq heures, pour les candidats à l'agrégation, le jeudi, de une heure à cinq heures pour les professeurs des collèges.

— M. le professeur Vulpian commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée, mardi 22 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Il traitera cette année de la pathologie expérimentale du cœur, des vaisseaux et du sang.

— M. le docteur Troisier, agrégé, chargé de cours, suppléant M. le docteur Bouchard, commencera son cours de pathologie et thérapeutique générales, mardi 22 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le cours aura pour objet, cette année, les grands processus morbides (virulence, inflammation, fièvre).

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le jeudi 24 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fournel ouvrira, le lundi 28 mars, à cinq heures, un nouveau cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, et le continuera tous les jours, excepté le jeudi, à la même heure.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Guyon : Note sur la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 22 mars. — Il y avait grande affluence et grande animation, aujourd'hui, à l'Académie, dans la salle des Pas-Perdus et dans la salle des séances. Ceux qui n'étaient pas dans les secrets des dieux demandaient avec curiosité quelle était la cause de ce mouvement inusité en un lieu habituellement si tranquille et si peu agité. Quelque dieu imprévu allait-il soulever une tempête équinoxiale, et à quel propos ? M. Pasteur, devançant l'époque de son retour annoncé pour la fin d'avril, devait-il faire une communication sur la rage ? M. Peter, rompant les digues opposées à son impétuosité naturelle, venait-il submerger les virus pastoriens sous les flots soulevés de la mer napolitaine? Telles étaient les questions que faisaient, allant de groupe en groupe, les curieux peu au courant de la situation. Ils ne supposaient pas, en effet, que la question de l'inspectorat des eaux minérales pût intéresser à ce point les membres de l'Académie et le public, et ils avaient oublié que le 22 mars, jour de l'équinoxe du printemps, était la date indiquée pour l'élection du nouveau secrétaire perpétuel. Là était, en effet, tout l'intérêt de la séance. M. Bergeron et M. Jaccoud étaient les candidats en présence, et bien malin eût été celui qui aurait deviné lequel des deux serait le triomphateur de la journée. Ce que nul n'ignorait toutefois, c'est que les deux honorables compétiteurs n'auraient pas de concurrents et que entre eux deux seuls serait livrée la bataille. Aussi, lorsque M. le président Sappey, un peu malicieusement sans doute, a cru devoir déclarer que, bien que MM. Bergeron et Jaccoud fussent les seuls candidats officiels, les membres de l'Académie avaient pleine et entière liberté de voter pour n'importe quel autre de leurs collègues, on a vu dans la salle un léger sourire d'incrédulité respectueuse effleurer toutes les lèvres. Evidemment tout le monde avait déjà son siège.

Le dépouillement de ce scrutin mémorable s'est fait dans le plus profond, nous allions dire dans le plus religieux silence. L'urne discrète a gardé jusqu'à la fin le secret qui lui était confié. Jusqu'au dernier moment, chacun des candidats a dû passer par les émotions alternatives de la victoire et de la défaite. Enfin, le dernier bulletin tiré de l'urne a fait pencher la balance en faveur de M. Bergeron, qui a été proclamé, aux applaudissements de ses nombreux amis, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Sur 91 votants, majorité 46, M. Bergeron a obtenu 46 suffrages, M. Jaccoud, 44; il y a eu un bulletin blanc. Ce bulletin blanc a été évidemment déposé dans l'urne par la main de M. Bergeron, assistant bravement de sa personne à cette bataille de bulletins qui se livrait sur son nom et sur le nom de M. Jaccoud. Ce dernier, non moins brave assurément que M. Bergeron, mais plus nerveux sans doute, n'assistait pas à la séance. On a remarqué que l'abstention de M. Jaccoud a décidé la victoire de son heureux rival. Si M. Jaccoud était venu et qu'à l'exemple de M. Bergeron, il eût déposé dans l'urne un bulletin blanc, le nombre des votants eût été

©BIU Santé

de 92, ce qui eût mis le chiffre de la majorité à 47. Dès lors, M. Bergeron n'eût pas été élu; un second tour de scrutin n'eût pas donné sans doute plus de résultat et l'élection eût dû être renvoyée à une autre séance, ce qui eût livré le résultat final aux hasards de la présence ou de l'absence de tel ou tel membre de l'Académie. D'où cette conclusion inattendue, et d'ailleurs parfaitement paradoxale, que c'est à M. Jaccoud que M. Bergeron est redevable d'avoir été nommé secrétaire perpétuel.

Moins émouvante et moins curieuse assurément est la bataille qui se livre depuis trois semaines entre les partisans et les adversaires de l'inspectorat des eaux minérales. Le pour et le contre de la question alternent à la tribune de l'Académie avec une monotonie qui serait légèrement comique si l'on ne considérait que la forme et non le fond du débat. L'inspectorat ressemble quelque peu à un personnage de comédie qui serait affublé d'un double masque, et qui montrerait alternativement, sinon au gré des spectateurs, du moins au gré du metteur en scène, tantôt sa face sympathique, tantôt sa face repoussante. A M. Vidal, rapporteur, qui a conclu en faveur du maintien de l'inspectorat, succédait, il y a huit jours, M. J. Rochard dont la brillante improvisation ne tendait qu'à démolir cette institution aussi funeste qu'inutile. Aujourd'hui, M. de Ranse, médecin consultant aux eaux de Néris, adversaire de l'inspectorat, a montré, sous la forme de langage élégante, modérée et courtoise, qui lui est habituelle, la physionomie repoussante du personnage; après lui M. Willemin, médecin-inspecteur des eaux de Vichy, ami naturel de l'inspectorat, séduit d'ailleurs par l'idéale beauté de ses traits, n'a trouvé à lui décerner que des éloges sans restriction ni réserve.

Nous croyons qu'à cette heure tous les arguments pour ou contre ont été épuisés et qu'il est temps, après le résumé des débats, qui incombe à M. le rapporteur Vidal, de passer au vote des conclusions.

Au début et à la fin de la séance ont été faites deux communications que nous devons nous borner à mentionner, l'une de MM. Dubousquet-Laborderie et Baratoux, intitulée : *Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substances cutanées et muqueuses;* l'autre de M. Ball sur le *traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol.* — A. T.

— Nous n'avons encore rien dit des réformes que la Faculté de médecine propose d'introduire dans les concours d'agrégation, parce que nous comptons y revenir plus tard avec détails.

A la suite d'un premier rapport de M. Grancher, l'Assemblée de la Faculté avait décidé, l'année dernière, qu'il y avait lieu de conserver l'épreuve orale de trois quarts d'heure, et d'ajouter une épreuve nouvelle, dans laquelle les candidats feraient en chaire l'exposé de leurs titres scientifiques et de leurs travaux antérieurs; épreuve qui montre bien l'excellent esprit dans lequel la commission a travaillé, car elle a pour but d'obliger les futurs candidats à produire des travaux originaux, à ne pas se tenir enfermés dans la préparation étroite et fastidieuse des épreuves du concours. On avait bien, du même coup, proposé la suppression de l'épreuve orale de trois quarts d'heure; mais c'était la suppression du concours lui-même, tel que nous le comprenons encore aujourd'hui. La Faculté a reculé devant cet acte audacieux.

Les conclusions du rapport de M. Grancher, récemment adoptées, deman-

©BIU Santé

dent la suppression de l'épreuve écrite sur une question d'anatomie et de physiologie, enfin celle de la thèse. Le concours serait ainsi allégé, raccourci au grand bénéfice des candidats de province, qui viennent perdre leur temps à Paris pour se faire nommer, rajeuni enfin par cette épreuve des titres qui dès aujourd'hui paraît excellente, et qui annonce peut-être, pour un avenir assez prochain, des réformes plus radicales. Mais c'est là, je le répète, une question qu'il est impossible de traiter incidemment.

L.-G. R.

Note sur la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique (1)

I

A l'état normal, la sensibilité de la vessie ne se manifeste que par le besoin d'uriner. Etablir dans quelles conditions physiologiques ce besoin se produit est le premier et principal objectif de nos recherches.

En voici les conclusions :

1° A l'état physiologique, le besoin d'uriner ne se produit que sous l'influence de la tension des parois de la vessie ; 2° la contraction du muscle vésical précède invariablement la manifestation de ce besoin, qui n'est perçu que lorsque cette contraction est portée à un certain degré ; 3° le besoin d'uriner ne dépend pas de la mise en action d'une sensibilité, en quelque sorte élective, ayant un centre spécial dans un point déterminé de la muqueuse du col ou du corps ; cette sensation a son siège dans la totalité de l'organe.

A. — Dans la vessie normale, la sensation au contact est nulle ou obtuse. Elle est nulle pour les liquides qui ne sont pas doués de propriétés irritantes ; elle est obtuse pour les corps solides. Quelle que soit la position du sujet en expérience, quels que soient les mouvements du corps, le contact de l'urine n'est jamais perçu. Il en est de même pour l'eau tiède, les solutions d'acide borique, pour les solutions faibles de nitrate d'argent dont l'action irritante n'est pas immédiate. Le sujet en expérience n'accuse jamais la sensation de la pénétration d'un liquide à la température d'environ 18 degrés centigrades ; il perçoit nettement celle des liquides froids ou chauds, des solutions suffisamment irritantes et le besoin d'uriner succède bientôt à cette sensation. L'intervalle qui sépare la sensation de contact, de la manifestation du besoin d'uriner, est proportionné au degré de la sensation. L'injection d'un liquide tiède ne tarde cependant pas à susciter ce besoin d'uriner, mais il faut pour cela qu'elle ait été faite en quantité suffisante pour déterminer la tension de la vessie. Il en est de même pour l'urine dont la présence ne se révèle qu'après un certain degré de réplétion.

Les instruments souples ne produisent aucune sensation particulière lorsqu'ils pénètrent dans la vessie ; les sensations uréthrales seules sont exprimées. C'est ainsi que l'on peut enrouler dans la vessie une bougie conductrice sans que le malade accuse même un chatouillement par le fait du contact, cependant étendu, de l'instrument ; il ne sent pas non plus les extrémités des bougies ni des sondes laissées à demeure. Les instruments rigides déterminent une sensation obtuse qui paraît quelquefois plus pro-

(1) Communication faite à l'Académie des sciences, le 14 mars 1887, par M. le professeur Guyon.

©BIU Santé

noncée au pourtour du col, mais qui ne se traduit pas par le besoin d'uriner. Ce besoin n'est accusé que secondairement ; il naît sous l'influence de la répétition du contact, quelquefois par le fait de sa prolongation *in situ* ou d'une pression plus forte, *mais surtout par sa répétition*, c'est-à-dire par des excitations successives. Ce que l'on obtient expérimentalement se réalise chaque jour spontanément ; une bougie tombée dans la vessie, un bout de sonde ne sont jamais sentis tant que la vessie reste saine. Les calculeux ne perçoivent le contact de leur pierre que lorsque la marche, les secousses d'une voiture ou la miction la mettent en mouvement, multipliant les contacts et augmentant leur intensité ; ils cessent pour ainsi dire d'être calculeux dès qu'ils sont au repos et en particulier la nuit.

La vessie normale est donc indifférente ou peu sensible aux contacts. Elle répond invariablement par la manifestation plus ou moins vive du besoin d'uriner, à la mise en tension de ses parois. La quantité de liquide nécessaire est d'ailleurs variable. La vessie n'a pas en effet de capacité anatomique, mais seulement une capacité physiologique, c'est-à-dire une contenance proportionnelle à sa sensibilité. Cette capacité est variable, car la sensibilité vésicale, même à l'état normal, est régie par des conditions diverses, d'ordre physique ou psychique, qu'il serait trop long d'énumérer (1).

Le chirurgien qui veut garnir de liquide le réservoir de l'urine doit tenir compte, non de la quantité introduite, mais de la réaction qu'il détermine. Il obéit en procédant ainsi à un guide infaillible dont il retrouve les utiles avertissements alors même que le sujet est plongé dans l'anesthésie la plus profonde. Le chloroforme qui supprime totalement la sensibilité au contact, laisse subsister, ainsi que je l'ai démontré, la sensibilité à la tension. La différence essentielle entre les effets du contact et ceux de la tension est donc expérimentalement établie.

B. — Les résultats de l'observation et des expériences nous paraissent aussi démonstratifs au point de vue du rôle de la contraction dans la détermination du besoin d'uriner. Il est facile d'établir que la tension précède la sensation : il suffit d'étudier la résistance du piston d'une seringue convenablement construite ou de lire sur un manomètre à cadran le degré de tension acquis par le liquide injecté. Dans tous les cas, le sujet en expérience ne témoigne du besoin d'uriner que lorsque l'expérimentateur a déjà constaté l'établissement et l'augmentation progressive de la pression : celui-ci peut annoncer que le besoin d'uriner va se produire avant que le malade l'ait perçu. La contraction suit immédiatement la mise en tension, et le besoin d'uriner succède à la contraction ; il résulte donc *d'un certain degré de contraction*. La contraction a d'abord été inconsciente ; si, lorsqu'elle a été perçue, on prolonge l'expérience en maintenant dans la vessie la même quantité de liquide, l'aiguille manométrique ne tarde pas à baisser, tandis que le besoin d'uriner s'émousse et disparaît.

Le manomètre indique d'une façon précise la diminution de tension évidemment due à la contraction moindre de la fibre musculaire, puisque la quantité de liquide n'a pas varié ; augmente-t-on cette quantité, la tension augmente parallèlement et l'envie d'uriner reparaît avec une nouvelle inten-

(1) Ces faits que la clinique m'a depuis longtemps appris ont été expérimentalement démontrés par MM. Mosso et Pellacani, dans leur remarquable travail sur les fonctions de la vessie.

SBIU Santé

sité. Si les choses sont laissées en état, le besoin ne reparaît que plus tard. Ces expériences reproduisent fidèlement ce qui se passe à l'état normal.

Le chirurgien utilise ces repos de la contraction pour augmenter graduellement la quantité de liquide à injecter, s'il a besoin, comme dans la taille hypogastrique, de distendre la vessie. Les relations si étroites de ces deux phénomènes : contraction et production de la sensation, conduisent à penser que c'est surtout peut-être à la fibre musculaire en action qu'est due la mise en jeu de la sensibilité. Elle se traduit d'abord par le besoin d'uriner, passe ensuite à l'état douloureux, si la diminution ou la cessation de la tension ne permet pas à la contraction de s'amoindrir ou de cesser. La disposition des éléments nerveux dans la couche musculaire de la vessie vient à l'appui de cette opinion. Il est d'ailleurs démontré pour l'utérus que que c'est bien à ces contractions que sont dues les douleurs de l'accouchement ; les contractions fortes sont seules perçues par la parturiente ; elles précèdent la douleur. Le rôle de ces mêmes contractions et la même succession de phénomènes n'est pas contestable dans la production des coliques intestinales.

C. — Ce que nous venons d'exposer peut déjà permettre de douter que ce soit à l'excitation d'un point particulier de la surface interne du réservoir vésical que soit due la sensation du besoin d'uriner. On sait que Küss et M. le professeur Duval pensent que cette sensation se produit sous l'influence de la pénétration d'une petite quantité d'urine dans la portion profonde de l'urèthre ; leur théorie est généralement acceptée. Nous nous sommes assuré expérimentalement que cette portion de l'urèthre est tout à fait insensible au contact des liquides. Nous avons varié nos expériences, tantôt en plaçant l'extrémité d'une sonde d'assez gros calibre dans l'urèthre postérieur et en y faisant passer un courant de liquide qui pénétrait de là dans la vessie, tantôt en instillant dans cette même région des gouttes de liquide simple ou médicamenteux. Dans la première série d'expériences le contact du liquide n'a jamais été senti, et l'envie d'uriner ne s'est manifestée que lorsque la quantité de l'injection a été suffisante pour établir la tension vésicale. Dans la seconde série, le contact du liquide n'a pas été perçu davantage. Chose remarquable, nous employons journellement, depuis 1867, l'instillation de solutions plus ou moins concentrées de nitrate d'argent dans cette région du canal, et jamais les malades n'ont immédiatement accusé le besoin d'uriner. Il ne se produit que secondairement, sous l'influence de l'action cathérétique du sel lunaire, après qu'il a pénétré dans la vessie. Nous avons étudié avec le même soin les effets du contact des corps durs dans l'urèthre postérieur. Un seul point de cette région est physiologiquement très sensible, c'est sa première portion, la portion membraneuse ; la seconde, ou portion prostatique, perçoit modérément les contacts. La pression vive de la portion membraneuse, les contacts répétés, la faradisation, ne déterminent jamais le besoin d'uriner, qu'ils soient exercés du dehors au dedans ou du dedans au dehors ; à l'entrée de la vessie, ces manœuvres déterminent, chez quelques sujets, le besoin d'uriner ; encore ce besoin, toujours passager, ne devient-il définitif que si l'instrument poussé dans la vessie soumet le corps de cet organe à des contacts successifs. L'analyse du phénomène déterminé par la traversée de la portion prostatique et l'entrée dans la vessie, montre que c'est bien l'excitation de la face uréthrale et de l'anneau du col, et non celle de sa face vésicale, qui provoque *passagèrement* le besoin d'uriner. La pression en masse de la

©BIU Santé

région du col, exercée par le doigt introduit dans le rectum, et prenant point d'appui sur la face postérieure du pubis, reproduit les mêmes phénomènes. Le col de la vessie et la portion attenante de l'urèthre ont donc, à l'état physiologique, une sensibilité un peu plus vive que celle du corps de la vessie ; nous sommes en ce point d'accord avec ce qui est généralement enseigné. Cette sensibilité ne se manifeste expérimentalement que sous l'influence de contacts durs ou de pressions, elle n'existe à aucun degré au contact des liquides. Ce ne peut donc être la pénétration de l'urine dans le fond de l'urèthre qui détermine le besoin d'uriner. L'ensemble de nos observations et de nos expériences nous amène à conclure que cette sensation résulte de l'excitation directe de la paroi de l'organe, soit par la tension qui la réalise au plus haut degré, soit par des contacts exagérés, mais surtout successifs. La clinique a souvent permis de résoudre expérimentalement cette même question pour l'intestin, en montrant que l'établissement d'un anus contre nature laisse subsister le besoin de la défécation. Ce n'est ni dans le rectum seul, ni au niveau de l'orifice anal que le besoin se détermine ; la sensation qui le provoque naît dans le tube intestinal sous l'influence d'un certain degré de tension et de contraction.

II

A l'état pathologique, la sensibilité de la vessie est essentiellement constituée : 1° par l'exaltation de la sensibilité à la tension; 2° par l'acuité plus ou moins vive de la sensibilité aux contacts.

Un fait de grande importance se dégage de cette constatation : *la sensibilité vive aux contacts constitue un état pathologique.*

Rien de plus utile, pour le diagnostic et les indications, que la détermination du degré et des localisations de cette sensibilité de *création morbide.* Il est facile d'y parvenir par un ensemble d'explorations que j'ai décrites en étudiant comme entité pathologique ce que j'ai appelé « la cystite douloureuse ». Ces explorations nous renseignent avec la plus grande précision et sans déterminer d'accidents, même lorsqu'elles se font à l'intérieur de la vessie. Les effets de la distension, déjà à craindre à l'état physiologique, sont seuls à redouter à l'état *pathologique;* j'en ai souvent donné la raison. L'état douloureux excessif créé par l'exagération de la tension, c'est-à-dire par la distension, nuisible pour la vessie, l'est surtout par l'action réflexe exercée sur le rein. La distension de la vessie, avant d'être douloureuse, détermine du côté du rein un état congestif qui se traduit par une suractivité fonctionnelle. La distension est-elle douloureuse, la congestion rénale devient intense. Ces faits que m'avait depuis longtemps appris l'observation, ont été expérimentalement démontrés, sur ma demande, par l'un de mes élèves, M. le docteur Tuffier. Ils prouvent qu'à l'état normal, comme à l'état pathologique, la tension et surtout la distension vésicales doivent être soigneusement évitées.

A l'état physiologique, on devra particulièrement s'en préserver lorsque la vessie, prédisposée par les modifications apportées par l'âge dans l'appareil urinaire, est en imminence morbide. C'est souvent une retenue trop prolongée de l'urine qui inaugure la série d'accidents si fréquemment observée dans la seconde partie de la vie. A l'état pathologique, le chirurgien doit à tout prix y soustraire ses malades, soit par des opérations proprement dites, soit par l'usage opportun et méthodique des évacuations

SBIU Santé

par la sonde, et surtout en bannissant de sa pratique tout ce qui peut provoquer la distension. C'est ainsi que, dans tous les états *douloureux vrais* de la vessie, j'ai rejeté l'usage banal des lavages, cependant si utiles lorsque la sensibilité au contact n'est que prononcée sans être exaltée. Et même, dans ces derniers cas, il ne faut jamais oublier que la mise en tension forte peut faire passer la vessie de l'état douloureux faible, à l'état moyen, et au grand état douloureux; aussi est-ce par petites quantités successives que les liquides seront introduits dans ces cas, et à température tiède, c'est-à-dire dans des conditions qui ne réveillent ni la sensibilité au contact ni la sensibilité à la tension. C'est encore pour obéir à cette indication que, lorsqu'il est utile d'agir à l'aide d'un liquide modificateur irritant, j'ai substitué, pour les états douloureux de la vessie, les instillations aux injections.

Au point de vue physiologique pur, la réaction si évidente de la vessie pathologique au contact était d'un intérêt non moins grand. Elle nous a, en effet, permis de nettement apprécier le degré proportionnel de la sensibilité du col et du corps. De très nombreuses observations me paraissent avoir démontré que la réaction sensible est partout la même sur tous les points de la surface interne de la vessie. Le col perd à ce point de vue sa petite suprématie de l'état physiologique. S'il y avait une différence dans le degré des sensibilités, elle serait en faveur du corps de la vessie. Aussi ai-je pu prouver que, dans les états douloureux de la vessie, ce que l'on croyait être une contracture du col est en réalité une contracture du corps; j'en ai conclu que, dans les opérations qui ont pour objectif principal de lutter contre un état douloureux grave, la section du corps de la vessie, déjà proposée d'ailleurs pour d'autres motifs, est indiquée de préférence à celle du col. Plusieurs faits opératoires m'ont mis à même de constater que là encore les résultats de la clinique étaient d'accord avec les prémisses posées par l'étude physiologique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie : 1° Un rapport de M. le docteur Gouguenheim sur l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie à l'Université de Vienne. — 2° La statistique médicale de l'armée belge pendant l'année 1885.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Hanriot, professeur agrégé à la Faculté de Paris et de M. le docteur Brame (de Tours), pour la section de physique et de chimie médicales ; de M. le docteur Azam (de Bordeaux), pour la place d'associé national, devenue vacante par suite du décès de M. Leudet (de Rouen);

2° Un travail de M. le docteur Debout, intitulé : *Nouveaux faits de goutte parotidienne.*

M. Tillaux offre en hommage le deuxième fascicule du tome Ier de son *Traité de chirurgie clinique.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le troisième volume de son *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales*

©BIU Santé

M. Brouardel présente, de la part de M. le docteur A. Baréty, un volume intitulé : *Le magnétisme animal.*

M. le docteur Dubousquet-Laborderie lit, en son propre nom et au nom de M. le docteur Baratoux, un travail intitulé : *Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substances cutanée et muqueuse.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Mathias Duval et Polaillon.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un secrétaire perpétuel en remplacement de M. Jules Béclard, décédé.

Le nombre des votants étant de 91, majorité 46, M. Bergeron obtient 46 voix; M. Jaccoud, 44; bulletin blanc, 1.

En conséquence, M. Bergeron ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

M. Bergeron présente ses remerciements à l'Académie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales. La parole est à M. de Ranse.

M. de Ranse, pendant près de quinze années d'exercice dans une station thermale, a pu suivre dans ses divers détails la question de l'inspectorat et cette longue expérience lui paraît justifier son intervention dans le débat actuel.

Il constate d'abord qu'on est généralement d'accord sur deux points : la surveillance par l'Etat des établissements thermaux, et l'attribution de cette surveillance à des médecins, seuls vraiment compétents en la matière. Les divergences ne commencent que sur la question de savoir comment cette surveillance devra s'exercer.

Trois systèmes sont en présence :

1° L'inspection locale et individuelle (inspectorat actuel);

2° L'inspection générale ou régionale;

3° L'inspection locale et collective.

La commission de l'Académie a adopté le premier système ; M. Rochard, rapporteur de la commission extra-parlementaire chargée d'étudier la revision de la législation sur les eaux minérales, a défendu le second ; M. de Ranse vient exposer les avantages du troisième.

Il fait connaître d'abord la manière dont il comprend l'organisation et le fonctionnement de l'inspection collective, qu'il rattache aux deux projets de loi dont la Chambre des députés est saisie sur l'organisation d'une *Direction de la santé publique*, projets émanés, l'un de l'initiative parlementaire (Siegfried et un grand nombre de ses collègues), l'autre du gouvernement (ministère du commerce).

Dans toute station thermale possédant un nombre suffisant de docteurs en médecine il serait institué une commission médicale composée, suivant ce même nombre de médecins, de 3, 5 ou 7 membres, élus par leurs confrères.

Seraient éligibles tous les docteurs en médecine exerçant dans la station depuis au moins cinq années.

Seraient électeurs tous les docteurs en médecine exerçant dans la même station depuis deux ans.

La commission serait renouvelée tous les trois ans. Les membres sortants seraient rééligibles.

La commission nommerait un président qui la représenterait dans ses rapports avec l'administration, le public, les propriétaires ou fermiers des eaux, et un secrétaire chargé de consigner sur un registre les procès-verbaux de toutes ses délibérations.

La commission médicale joindrait, aux fonctions actuellement exercées par les médecins-inspecteurs, la police sanitaire de la station au point de vue de tout ce qui intéresse l'hygiène publique.

Dans la préparation de la loi sur une direction de la santé publique, les commissions médicales des eaux minérales devront prendre rang à côté des commissions régionales

©BIU Santé

d'hygiène publique dont l'institution figure dans les deux projets de loi rapportés plus haut.

Dans les stations de second ordre, où l'institution d'une commission médicale de trois membres serait impossible, le ministre compétent, sur la présentation du Conseil supérieur de la santé publique, désignerait le médecin qui aurait à remplir les fonctions conférées, dans les autres stations, au président de la commission médicale.

M. de Ranse fait remarquer que les commissions médicales qui précèdent, diffèrent complètement de l'ancienne commission médicale d'Aix, et échappent ainsi aux critiques dont cette dernière a été l'objet.

Il établit ensuite un parallèle entre les trois systèmes en présence, en étudiant comparativement comment ils répondent aux intérêts divers qu'il s'agit de sauvegarder et qu'il range dans l'ordre suivant :

1° Intérêts des malades, ou d'une manière générale, de la santé publique ;
2° Intérêts scientifiques ;
3° Intérêts professionnels ;
4° Intérêts administratifs ;
5° Intérêts des stations thermales ;
6° Intérêts économiques et organisation.

Il examine sous ces différents rapports et discute les avantages et les désiderata de chaque système. En ce qui concerne les intérêts des malades ou de la santé publique, il montre l'impuissance de l'inspection individuelle à remplir son mandat, impuissance indépendante de l'activité ou du bon vouloir de l'inspecteur, et tenant surtout à l'isolement de ce dernier en face des compagnies fermières ou des concessionnaires, à la multiplicité de ses attributions, à la difficulté de suffire également à toutes. L'inspection collective, en agissant au nom de tous les médecins de la station, qui lui donnent plus ou moins immédiatement leur concours, pèse d'un poids plus considérable sur les projets et les décisions des compagnies fermières, répartit entre chacun de ses membres les fonctions qui lui reviennent et, tout en allégeant la part de chacun, assure un fonctionnement plus régulier et plus complet de chaque service. Elle peut, en outre, remplir une attribution nouvelle, d'une importance capitale et qu'il serait impossible de conférer à un inspecteur seul : la police sanitaire de la station thermale.

M. de Ranse poursuit, sous les autres rapports, cet examen comparatif et pour terminer :

« En résumé, messieurs, dit-il, à quelque point de vue que l'on se place, que l'on envisage les intérêts primordiaux des malades ou de la santé publique en général, ceux de la science, de la profession, de l'administration, ceux des stations thermales, ou qu'on se préoccupe du côté économique qui doit présider à toute organisation, l'inspection collective se montre supérieure à l'inspection individuelle et à l'inspection régionale. Elle constitue, si je ne me trompe, le système que nos savants collègues MM. Brouardel et Proust, si compétents en la matière, ont proposé à votre commission, et sur lequel M. le rapporteur me semble avoir glissé légèrement. J'espère donc qu'elle trouvera quelque appui au sein de l'Académie, et, si elle devait avoir la bonne fortune de rallier la majorité des suffrages, j'aurais à vous soumettre une série de propositions en réponse à la demande de M. le ministre du commerce et de l'industrie. »

M. Willemin ne comptait pas prendre la parole, mais après avoir entendu les attaques, quelque courtoises qu'elles aient été, de M. Rochard, il a voulu présenter quelques observations.

Il veut examiner la question du traitement non seulement des indigents, mais encore de ceux qui ont droit à la gratuité.

D'après M. Rochard, le nombre de ces derniers serait de 2,000. Comment, dit-il, un seul médecin-inspecteur pourrait-il les traiter tous?

La réponse est fort simple : il n'a pas à les traiter par la raison qu'au lieu d'un inspecteur, il y en a quatre. Et voici comment se décompose ce chiffre de 2,000 : Il faut en retirer près de la moitié, qui comprend les habitants de Vichy. Puis viennent les indi-

©BIU Santé

gents hospitalisés, qui sont au nombre de 500 à 600 pour ces quatre dernières années.

Il y a, en outre, une centaine d'indigents libres.

Restent deux catégories de malades, l'une d'ecclésiastiques, l'autre d'instituteurs, la première de 500 malades, la seconde de 130 à 140 environ.

Comment se fait le service de ces malades ?

Pour les habitants de Vichy profitant de la clause du cahier des charges, il ne s'agit pas de malades.

Pour les hospitalisés, M. Willemin et ses deux collègues ont à traiter une centaine de malades. Trois médecins peuvent bien suffire à cette tâche.

Restent les 500 ecclésiastiques et congréganistes. Ce chiffre n'est pas formidable ; car la plupart ont déjà vu un médecin et le rôle du médecin-inspecteur se borne le plus souvent à transcrire l'ordonnance.

Est-il vrai que ces malades ne soient jamais revus à domicile ? M. Willemin croit devoir donner ici un démenti formel.

Si les choses se passent ainsi, ce qu'affirme l'orateur, que reste-t-il des accusations portées par M. Rochard ?

Quant aux questions administratives, à la surveillance de l'établissement thermal, M. Willemin a toujours trouvé un directeur disposé à faire droit à toutes les réclamations.

M. Willemin termine en disant qu'en plaidant la cause de l'inspectorat il l'a fait avec une conviction sincère.

— M. Ball lit un travail *sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol.*

Au mois de février 1886, M. Ball a commencé, dans son service à l'hôpital Laënnec, à la prière de M. le docteur Roussel (de Genève), quelques recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol. Une courte note à ce sujet a déjà paru dans la *Gazette des hôpitaux.*

Un pli cacheté relatif à cette question a été déposé sur le bureau de l'Académie par M. Roussel, au mois de novembre 1886.

21 individus ont été soumis par M. Ball à ce traitement. Sur ce nombre, 6 sont morts, 10 ont pu quitter l'hôpital dans un état d'amélioration apparente et ont pu reprendre leurs travaux ; 5 sont encore dans les salles. Parmi ces derniers, il en est un qui, après avoir présenté dans ses matières expectorées des bacilles tuberculeux, au mois de mai 1886, a cessé d'en offrir depuis le mois d'octobre de la même année.

D'une manière générale, il a paru à M. Ball que ce médicament agissait surtout sur les phénomènes septiques de la phthisie. Cessation des sueurs nocturnes et de la diarrhée, diminution de l'expectoration et de la fièvre, amélioration de l'état général et de l'appétit, tels sont les principaux résultats observés chez les malades auxquels ce traitement a paru favorable. Dans un seul cas, les injections ont produit des accidents gastralgiques qui ont obligé de renoncer à leur emploi.

Quant aux procédés pratiques employés par le docteur Roussel, ils sont exposés dans le pli cacheté qu'il a déposé et dont M. Ball demande l'ouverture.

Le procédé auquel M. Roussel a fini par s'arrêter consiste dans les injections sous-cutanées d'eucalyptol dissous dans quatre fois son volume d'huile d'olive. La dose de chaque injection est de 1 gramme, ce qui représente 20 centigrammes d'essence.

M. Ball se propose de faire sur ce sujet une communication définitive, celle qu'il fait aujourd'hui n'étant que provisoire.

M. Dujardin-Beaumetz demande la parole sur la communication de M. Ball, et réclame avant toute discussion l'ouverture du pli cacheté déposé par M. Roussel.

M. le Président répond que, vu l'heure du comité secret, le pli cacheté ne pourra être ouvert que dans la prochaine séance. M. Dujardin-Beaumetz aura alors toute liberté de présenter ses observations.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Lannelongue sur les titres des candidats à la place de correspondant (deuxième division).

SBIU Santé

La commission propose : En première ligne, M. Louis Thomas (de Tours); en deuxième ligne, M. Surmay (de Ham); en troisième ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en quatrième ligne, M. Demons (de Bordeaux); en cinquième ligne, M. Gueirel (de Marseille); en sixième ligne, M. de Closmadeuc (de Vannes).

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le dernier numéro des *Publications du Bureau impérial d'hygiène de Berlin* (Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes) donne les chiffres suivants relatifs à la morbidité et mortalité des maladies contagieuses dans les grandes villes d'Europe.

On constate pour la semaine écoulée le 1er mars :

Variole. — Mortalité : Kœnigsberg 1 décès, Buda-Pest 26, Prague 8, Rome 28, Venise 2, Paris 7, Saint-Pétersbourg 9. — Morbidité : Kœnigsberg 10 cas, Vienne 11, Buda-Pest 60, Saint-Pétersbourg 20.

Typhus abdominal. — Mortalité : Berlin 7, Hambourg 10, Paris 29, Saint-Pétersbourg 17. — Morbidité : Berlin 40 cas, Hambourg 83, cercle de Schleswig 160, Saint-Pétersbourg 78.

Erysipèle. — Mortalité : Londres 12 décès. — Morbidité : Vienne 12 cas, Copenhague 31.

Rougeole. — Mortalité : Paris 62 décès, Liverpool 24, Londres 35. — Morbidité : Berlin 68 cas, Breslau 340, Dusseldorf 186, Munster 103, Stettin 217, Vienne 80, Stockholm 37.

Scarlatine. — Mortalité : Vienne 8 décès, Christiania 8, Londres 13, Edimbourg 16. — Morbidité : Berlin 32 cas, Hambourg 27, Buda-Pest 28, Vienne 49, Edinbourg 275, Stockholm 29.

Diphthérie et croup. — Mortalité : Berlin 29 décès, Breslau 12, Dresde 9, Hambourg 22, Vienne 8, Buda-Pest 14, Paris 35, Londres 31, Amsterdam 8, Christiania 8. — Morbidité : Berlin 105, Hambourg 73, Nuremberg 61, cercle de Dusseldorf 121, Schleswig 181, Copenhague 44.

Coqueluche. — Mortalité : Paris 13 décès, Londres 41, Liverpool 14, Copenhague 12. — Morbidité : Hambourg 23 cas, Vienne 18, Copenhague 140.

Nécrologie. — Deux morts à signaler : celle du docteur Lepidi Chioti, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Palerme, ainsi que celle du docteur Eichler, directeur du Jardin botanique de Berlin. — Dr Ch. Schmit.

COURRIER

Académie de médecine. — Le délai de la remise des mémoires pour le concours des prix de 1887 expire le 30 avril 1887.

Faculté de médecine de Paris. — Les vacances de Pâques commenceront le lundi 4 avril 1887 pour se terminer le samedi 16 du même mois inclusivement.

Concours. — Le lundi 9 mai 1887, à midi précis, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

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

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 4 avril, et sera clos le lundi 25 avril, à trois heures.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour le majorat de l'Hôtel-Dieu vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Gangolphe.

©BIU Santé

— La Faculté de médecine de Lyon a conféré 121 diplômes pendant l'année scolaire 1885-1886. Ces diplômes se répartissent de la manière suivante :

Docteurs en médecine, 42 ; sages-femmes de première classe, 24 ; sages-femmes de deuxième classe, 4 ; pharmaciens de première classe, 15 ; pharmaciens de deuxième classe, 20 ; herboristes de première classe, 12 ; herboristes de deuxième classe, 4.

— M. le professeur Vergely est nommé médecin des épidémies, à Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Métadier, décédé.

— M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Conseil consultatif de l'enseignement public (première section), en remplacement de M. Béclard, décédé. Il siégera, en cette qualité, dans les commissions de scolarité de médecine et de pharmacie.

— M. le docteur Passant, médecin en chef du Dispensaire de salubrité, a fait don, à la Préfecture de police, de la précieuse bibliothèque d'ouvrages sur la prostitution, la syphilis et les affections qui s'y rapportent, qu'il avait reçue par legs de son savant prédécesseur, M. le docteur Clerc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Labonnardière (de Grenoble), Métadier et Puydébat (de Bordeaux).

— M. le professeur Guyon a commencé son cours de pathologie chirurgicale, le mercredi 23 mars 1887, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Il traitera cette année les maladies chirurgicales de l'appareil digestif.

— M. le docteur Quinquaud a commencé son cours sur les maladies cutanées et syphilitiques, le mercredi 23 mars, à quatre heures du soir, et le continuera les lundis et mercredis, à la même heure, les samedis, à neuf heures du matin.

Les leçons seront faites à l'hôpital Saint-Louis, amphithéâtre de la Faculté.

— M. le docteur Segond, professeur agrégé, a commencé ses conférences de médecine opératoire, le mercredi 23 mars 1887, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Il traitera des opérations qui se pratiquent sur le tube digestif, le cou et le thorax.

La salle d'honneur de l'hôpital du Val-de-Grace. — Une liste des glorieuses victimes du devoir militaire vient d'être dressée dans la salle d'honneur de cet hôpital. Elle comprend cent vingt-quatre noms, parmi lesquels nous relevons ceux de onze médecins tués par le feu de l'ennemi. Les autres succombèrent en Algérie, en Crimée, au Mexique ou au Tonkin, au choléra, au typhus, à la fièvre jaune ou à la dysenterie ; morts sans lauriers pour des soldats ; morts honorables cependant qui tristement témoignent une fois de plus du dévouement et de l'abnégation de nos confrères. Comme l'armée, la profession médicale s'en enorgueillit à bon droit. (*Revue générale de clinique.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 mars 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. Polaillon : Rapport sur la candidature de M. Auvard. — 2. M. Deligny : Rapport sur la candidature de M. Ruault. — 3. M. Le Blond : Traitement du diabète par l'emploi de l'eau oxygénée. — 4. M. Berne : Traitement des péri-arthrites scapulo-humérales par le massage méthodique. — 5. M. Dumas : Observation d'un cas d'aliénation mentale. — 6. Vote sur les candidatures de M. le docteur Desnos (membre titulaire) et de M. le docteur Ferreira (membre correspondant).

A trois heures précises. — Réunion du Conseil d'administration (composé du Bureau et de MM. Ant. Martin et Ladreit de Lacharrière) : comptes du trésorier, affaires diverses, et du Comité de publication (MM. Dehenne, Pellier, Coignard et Baraduc).

Dyspepsies. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. P. Le Gendre : La rage paralytique chez l'homme. — II. Ch. Abadie : Rapport sur la candidature du docteur Trousseau et sur son mémoire intitulé : « Pseudo-atrophie de la papille. » — — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle.

La rage paralytique chez l'homme.

Parmi les points importants qui se sont dégagés de la récente discussion académique sur la rage, il en est un qui doit particulièrement intéresser les praticiens, c'est la mise en évidence de l'insuffisance des notions classiques sur la symptomatologie de l'infection rabique et la découverte d'une forme clinique méconnue jusqu'ici chez l'homme, la rage paralytique.

Aussi croyons-nous utile de signaler aux lecteurs de l'*Union médicale* et de résumer à leur intention une étude sur la rage paralytique chez l'homme, que M. le docteur Gamaleia, directeur adjoint de l'Institut bactériologique d'Odessa, vient de publier dans le n° 2 des *Annales de l'Institut Pasteur* (25 février).

L'auteur commence par rappeler que, jusqu'ici, au milieu des incertitudes et des contradictions de la pathologie rabique, la symptomatologie clinique de l'hydrophobe apparaissait toujours claire, définie et typique. Dans l'article classique, excellent à sa date, que M. Brouardel a écrit dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et dans lequel, au cours des récentes polémiques, pastoriens et antipastoriens ont également cherché des armes, on lit que, chez l'homme, la rage parcourt trois périodes : la première, caractérisée par la mélancolie; la seconde, par l'excitation et les spasmes des organes de la respiration et de la déglutition; la troisième, à laquelle les malades n'arrivent que rarement et qui est de courte durée, caractérisée par la paralysie. Cette division était admise par le professeur Reder (*Hundswuth, in Deutsche Chirurgie*, von Billroth et Luecke). Aussi, quand M. le pro-

FEUILLETON

LES ANATOMISTES ANCIENS ET LA RENAISSANCE ANATOMIQUE AU XVIe SIÈCLE (1).

Il faut actuellement que je vous renseigne sur Varole, Cannanus, Ingrassia, Arantius, Coiter et Fabrice d'Aquapendente.

Varole, ou Costantino Varoli, était de Bologne, où il naquit en 1543. Devenu professeur de chirurgie et d'anatomie, il donnait les plus grandes espérances et avait acquis de la célébrité. Le pape Grégoire XIII le fit venir à Rome pour être son premier médecin. C'est dans cette ville que mourut Varole, âgé seulement de 32 ans, en 1575.

Cet anatomiste avait publié une lettre sur les nerfs optiques dans laquelle il donnait une nouvelle méthode pour la dissection du cerveau en commençant par la base; il y faisait connaître aussi plusieurs détails de structure qui ont valu à la protubérance le nom de pont de Varole. Le principal ouvrage de Costantino Varoli n'a paru que longtemps après sa mort.

Cannanus, ou Giambattista Canano o Canani, dont le nom se rattache aux premières

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 27 janvier, 3, 12, 19, 26 février, 12 et 19 mars 1887.

©BIU Santé

fesseur Peter a dit à l'Académie que la rage paralytique d'emblée, qui commence par la courbature et finit par l'abolition des mouvements, était un fait extraordinaire chez l'homme, résumait-il parfaitement l'opinion généralement adoptée.

Mais voici que M. Gamaleia publie 20 observations d'où il ressort : que la rage paralytique d'emblée existe chez l'homme, que les paralysies rabiques sont primitives et non pas les conséquences des excitations ou convulsions qui les ont précédées.

Ces observations, les unes personnelles, les autres empruntées à des auteurs de tous les temps, depuis Van Swieten jusqu'à ce jour, sont réparties en trois groupes. Dans celles du premier groupe, le début a été signalé par la paralysie des membres mordus; dans le second groupe, la paralysie du début n'affectait pas les membres mordus; et dans le troisième, on a vu des paralysies typiques survenir après les symptômes communs de la rage. M. Gamaleia ajoute qu'il pourrait citer encore dix autres observations de rage paralytique, dans lesquelles aucune inoculation préventive n'avait été pratiquée.

Les observations que contient le mémoire du médecin russe démontrent surabondamment, d'une part, l'existence de la rage paralytique chez l'homme et attestent, en outre, « la richesse variée des symptômes dans une maladie où l'on ne voyait jusqu'à présent que la monotonie bulbaire de l'hydrophobie ». Elles permettent d'établir une gradation continue entre celle-ci et les formes diverses que revêt la rage chez les autres espèces animales.

Le tableau d'ensemble qui se dégage nettement de la lecture des observations est à peu près le suivant :

Début caractérisé par une forte fièvre, avec malaise général, courbature, céphalalgie, vomissements. Ce début de maladie aiguë infectieuse est très fréquent aussi dans les cas de rage ordinaire. Chez tous les malades dont la température a été prise, on a trouvée celle-ci élevée à une certaine époque de la maladie.

---

notions sur les valvules des veines, est né à Ferrare en 1515. Il professa l'anatomie avec succès et pratiqua habilement la chirurgie. Médecin du duc Alphonse II, archiâtre du pape Jules III, Canari mourut dans sa ville natale en 1578, dans sa soixante-troisième année.

En suivant l'impulsion de Vésale, Canani découvrit, dès 1547, les valvules des veines azygos, rénales et iliaques primitives ainsi que nous l'apprennent Jean-Rodrigue Amato (Amatus Lusitanus) et Fallope. De plus, Canani est l'auteur d'un livre fameux sur la représentation anatomique des muscles du corps humain et dont la rareté est des plus grandes. Le palmaire grêle est désigné comme muscle de Cannanus, qui a connu le fléchisseur sublime et ses cinq portions tendineuses. Je vous reparlerai du livre si rare de Canani.

Ingrassia, ou Gianfilipo Ingrassia, né à Rachalbuto près Palerme, en 1510, vint étudier à Padoue et fut reçu docteur en 1537. Sa réputation le fit appeler à Naples où il occupa les chaires de médecine théorique et pratique et d'anatomie. Son succès fut très grand, mais l'amour du pays natal entraîna Ingrassia à Palerme en 1560, et il rendit les plus grands services à ses concitoyens, principalement quand la Sicile fut ravagée par la peste. Ingrassia mourut en 1580, âgé de 70 ans.

L'ostéologie et les organes des sens ont été surtout étudiés par Ingrassia, très exact, très minutieux; dans ses descriptions, il s'attache aux plus petits détails. L'étrier et les osselets de l'ouïe, les apophyses du sphénoïde et des os du crâne, l'échancrure de l'atlas pour le passage de l'artère vertébrale l'ont occupé spécialement. Il s'est refusé à admettre un os dans les parois charnues du cœur.

Puis viennent les douleurs localisées ordinairement dans les membres mordus et les douleurs en ceinture à diverses hauteurs de la colonne vertébrale. Ces douleurs prémonitoires sont rares pour les morsures des extrémités inférieures; M. Brouardel avait bien signalé cette particularité.

Ensuite apparaissent l'engourdissement, les contractions fibrillaires, l'ataxie, la parésie, la paralysie plus ou moins complète des muscles primitivement atteints, la sensibilité restant normale ou ne s'éteignant que beaucoup plus tard.

Puis la paralysie, précédée ou accompagnée des douleurs correspondantes, s'empare des autres membres, du tronc, du rectum, de la vessie, n'épargnant pas les muscles du visage, de la langue, des yeux.

La lésion du centre respiratoire est plus ou moins tardive et plus ou moins profonde.

Le fait typique de cette lésion est le changement de la phase inspiratoire; son corollaire, la difficulté plus ou moins accusée d'avaler les liquides (le grand symptôme, hydrophobie — horreur de l'eau — étant produit beaucoup plus par l'imagination des malades et des médecins que par le virus rabique).

Cette lésion respiratoire, quand elle est profonde, amène des convulsions dyspnéiques des muscles qui ne sont pas encore paralysés. La respiration redevient fréquemment normale plus tard.

Mais la mort survient par la paralysie cardiaque.

Il faut insister sur la durée extraordinairement longue de la rage paralytique : sept jours et demi, — la rage ordinaire ne durant en moyenne que trois jours.

Au point de vue de l'étiologie, M. Gamaleia signale la quantité abondante du virus entré par les morsures. Cinq cas cités par lui concernent les morsures nombreuses et profondes faites par des loups; dans six autres on a formellement noté la gravité des morsures.

Il ajoute qu'à cette cause doit probablement s'ajouter une autre condi-

---

Arantius, ou Giulio Cesare Aranzio o Aranzi, était né à Bologne en 1530 et il y est mort le 7 avril 1589. Aranzi eut pour maîtres son oncle Barthelemy Maggi et aussi Vésale à Padoue. Il étudia l'anatomie avec ardeur; à 27 ans, il occupa la chaire de médecine et pendant plus de trente ans, il enseigna aussi l'anatomie et la chirurgie. La mort d'Aranzi fut regardée par ses concitoyens comme un deuil public.

Le principal ouvrage d'Aranzi sur l'anatomie du fœtus et ses observations anatomiques renferment des découvertes importantes; avec Colombo, il est un des premiers qui aient décrit la matrice à l'état de grossesse; il connut les artères et les veines utérines ainsi que les vaisseaux composant le cordon ombilical. Azanzi a précisé les différences du cœur du fœtus comparé avec celui de l'adulte, les dispositions du canal artériel, du trou ovale et de sa valvule, la communication de la veine ombilicale avec la veine porte. En myologie, Aranzi, élève de Maggi, découvrit vers 1548 et avant Fallope (1553), le releveur de la paupière supérieure, il décrivit le coraco-brachial, l'extenseur propre de l'index, l'obturateur externe, etc. Aranzi fit connaître les petits nodules placés au milieu du rebord des valvules sigmoïdes et qui portent son nom; il prouva, contre Vésale, que les diamètres de l'œil ne sont pas égaux. Enfin, il affirma qu'il n'existe point de communication entre le ventricule droit et le ventricule gauche, et que le sang porté au cœur devait prendre la voie de l'artère pulmonaire, mais il ne sut pas conclure, « trouvant là un mystère impénétrable. »

Coiter Volcher ou Volcard, est trop peu cité malgré son mérite. Né à Groningue, en Hollande, en 1534, il commença ses études dans cette ville, puis parcourut les Universités

©BIU Santé

tion, la prédisposition individuelle. A certains des faits cités par M. Gamaleia, s'applique ce que M. Grancher a écrit (*Bull. de l'Ac. de méd.* 1887, p. 31)... « Nous croyons avoir remarqué que l'alcoolisme, le nervosisme et l'épilepsie sont des conditions défavorables au traitement et à son succès. »

A l'autopsie des malades qui avaient présenté la forme paralytique de la rage, dans la majorité des cas on a constaté à Odessa des lésions médullaires déterminées. S'il est certain que le syndrome de la rage vulgaire trahit le trouble des fonctions du bulbe et du mésocéphale, il est aussi évident que les paralysies rabiques doivent être localisées dans les cornes antérieure de la moelle épinière.

Ces paralysies sont flasques, avec perte du réflexe rotulien, intéressent le rectum et la vessie, sont suivies d'accidents de décubitus précoce et ne s'accompagnent pas d'anesthésie. Certaines observations prouvent cependant que la lésion ne se limite pas aux cellules motrices ; les paresthésies qui précèdent les paralysies, les douleurs qui les accompagnent et les anesthésies qui peuvent survenir tardivement, attestent qu'à un degré variable toute la substance grise est atteinte.

L'examen des observations du premier groupe démontre que la paralysie du début choisit, avec une fréquence qui ne peut pas être fortuite, les membres mordus, M. Gamaleia en conclut logiquement que la lésion centrale se rattache à la cause périphérique et que le virus rabique, pour venir léser exactement les cellules motrices correspondantes, doit passer par les tubes nerveux. On doit donc admettre que la propagation du virus rabique s'opère par les nerfs. C'est l'idée qu'avaient depuis longtemps émise divers auteurs et que notamment M. Duboué (de Pau) a développée avec beaucoup de talent.

M. Gamaleia fait encore quelques réflexions ingénieuses sur la pathogénie et le pronostic de la rage paralytique. Le virus rabique, qui semble porter exclusivement son action sur les cellules nerveuses, ne les tue pas

---

les plus célèbres de son temps, en Allemagne, en France, en Italie. Il fut élève de Faloppe, d'Eustache, il eut pour amis Rondelet et Aldrovande. Il vint à Nuremberg et y séjourna, puis se fit médecin militaire. Il mourut, les uns disent en 1580, d'autres en 1600. Anatomiste vraiment distingué, il contribua par la découverte de plusieurs muscles, par des observations sur la formation des os, leur accroissement, leur différence de structure chez l'enfant et chez l'adulte aux progrès de la science. Ses ouvrages sont accompagnés de planches.

Fabrice, ou Girolamo Fabrizio d'Aquapendente, né en 1537, était d'une famille noble mais peu fortunée. Il étudia avec Fallope, et à la mort de ce dernier il fut chargé de démonstrations anatomiques, tant que la chaire serait vacante. Lettré, d'un esprit vif et doué d'une grande mémoire, Fabrice professa l'anatomie et la chirurgie, il fut fait citoyen de Padoue, chevalier de Saint-Marc et obtint en 1594 la construction d'un vaste théâtre anatomique. Fabrizio attirait à Padoue tous ceux qui voulaient s'instruire en anatomie ; Harvey s'est formé à ses leçons. Fabrice avait le soir d'examiner à la fois les organes du corps humain et ceux correspondants des animaux pour déterminer ce qu'il y avait de commun dans toutes les espèces et les différences qui les distinguaient. Ce n'était plus la connaissance des parties des animaux suppléant à celles du cadavre humain, comme l'avait fait Galien, c'était l'anatomie comparée. Jérôme Fabrice d'Aquapendente mourut à Padoue le 21 mai 1619, laissant à une nièce sa fortune qui s'élevait à 200,000 ducats.

Fabrizio avait beaucoup disséqué, mais il n'a écrit qu'à un âge assez avancé et n'a

© BIU Santé

toujours; il n'y produit même ordinairement que des lésions fonctionnelles, limitées et passagères. Rien ne trahit sa présence pendant qu'il se cultive le long des conducteurs nerveux. Lorsqu'il a envahi la moelle, le trouble de celle-ci ne s'accuse ordinairement que par des paresthésies ou des douleurs, de l'engourdissement, une sensation de refroidissement, des secousses musculaires dans les membres correspondants, et rarement des paralysies. L'irritation des cellules trophiques produit des démangeaisons et d'autres troubles dans les cicatrices. Mais, pour que l'action perturbatrice du virus rabique devienne sensible à nos moyens d'investigation clinique ordinaires, il faut que celui-ci ait entravé le fonctionnement des centres nerveux extrêmement importants et délicats : centre respiratoire, psychique, génital.

Les paralysies rabiques ne paraissent pas être constamment progressives. Dans quelques observations, on en voit qui diminuent d'intensité et disparaissent même au cours de la maladie.

La forme paralytique, avons-nous dit, paraît résulter de l'absorption d'une quantité de virus plus considérable et d'une réceptivité plus grande. Ce dernier point est corroboré par ce fait que le lapin — l'animal le plus sujet à la rage — a presque exclusivement la forme paralytique; que le chien, beaucoup plus réfractaire, a plus souvent la rage furieuse, qui devient prédominante chez l'homme dont la réceptivité est encore moindre.

On peut demander pourquoi la forme paralytique, qui résulte d'une quantité de virus et d'une réceptivité plus grande, emploie plus de temps pour tuer que la rage ordinaire. Mais, répond M. Gamaleia, c'est que nous ne remarquons cette dernière que quand les centres vitaux sont déjà envahis par le virus (hydrophobie, etc.).

Enfin, M. Gamaleia termine son mémoire par une pensée consolante, puisqu'il laisse entrevoir la possibilité de la guérison de certains cas de rage. Cette possibilité résulte d'abord de la conception qui nous montre la rage chez l'homme moins grave que chez le chien, pour lequel cependant il existe des cas incontestables de guérison (cités par Bouley). D'ailleurs,

---

pas tiré tout le profit qu'il aurait pu de ses dissections. Son ouvrage le plus remarquable : Sur les valvules des veines, est accompagné d'excellentes figures, mais il leur assigne pour usages de s'opposer à la congestion des viscères. Il ne connut pas leur rôle véritable qui est de favoriser le retour du sang vers le cœur. La découverte de la circulation générale ou grande circulation appartient à un de ses élèves venu d'Angleterre, à Wiliam Harvey.

J'ai abrégé autant que possible dans cette énumération incomplète d'hommes célèbres les détails si multipliés de leur vie et de leurs œuvres. J'essaierai de les compléter en m'occupant bientôt de la bibliographie. Ce que je viens de vous dire démontrera que la renaissance anatomique a eu lieu en Italie, que l'étude du corps de l'homme a été faite avec ardeur dans les Ecoles de Bologne, de Padoue, de Ferrare, de Pavie, de Milan, de Plaisance, qui ont brillé d'un vif éclat.

Le mouvement scientifique de ces Ecoles italiennes qui attirait tous les savants étrangers, ainsi Vésale, Amatus Lusitanus, Harvey, n'a d'égal dans l'histoire que celui des premiers temps de l'Ecole d'Alexandrie et je tiens à vous faire remarquer et rapprocher ces deux mémorables époques.

VII

JEAN CRUVEILHIER

Dans cette esquisse historique de l'anatomie humaine jusqu'à Fabrice d'Aquapendente, vous avez certainement été frappés du temps qui s'est écoulé, ainsi que des

©BIU Santé

Reder a trouvé épars dans la littérature médicale cinq cas de rage humaine guéris, qu'il cite comme tout à fait probants. Aussi, conclut M. Gamaleia, s'il est admissible qu'on puisse appeler, ne fût-ce qu'exceptionnellement, du verdict inexorable rendu jusqu'ici par les pathologistes qui ont écrit sur la rage, le rôle du médecin ne devrait plus être seulement de calmer et d'endormir le malade. Au lieu d'aider le virus par la morphine, il conviendrait plutôt de soutenir le système nerveux dans sa lutte contre le virus envahissant, d'aider l'organisme à supporter un arrêt des fonctions vitales qui pourrait peut-être n'être que momentané (respiration artificielle, par exemple).

On peut voir, d'après ce résumé succinct, que le mémoire du directeur-adjoint de l'Institut bactériologique d'Odessa mérite d'être connu non seulement des savants de laboratoire, mais aussi des cliniciens purs.

P. Le Gendre.

Rapport sur la candidature du docteur Trousseau et sur son mémoire intitulé : « Pseudo-atrophie de la papille »

Lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887

Par le docteur Ch. Abadie.

Messieurs,

Au nom de la commission que vous avez nommée dans la dernière séance et dont je suis le rapporteur, je viens vous soumettre notre appréciation au sujet de la candidature de M. Trousseau et de la communication qu'il nous a faite dans la séance du 12 février.

M. Trousseau nous a lu un travail intitulé : *Des pseudo-atrophies de la papille*, dans lequel il s'efforce d'établir qu'on rencontre parfois chez certains malades tous les signes cliniques de l'atrophie des nerfs optiques sans qu'il s'agisse pourtant d'atrophie véritable, ainsi que le démontrent la marche ultérieure de la maladie et la restitution complète de la vision sous l'influence d'un traitement approprié.

La question soulevée par M. Trousseau aurait donc une grande importance, puis-

---

difficultés qu'il a fallu surmonter avant que la connaissance du corps de l'homme ait été approfondie. D'autre part, vous avez vu les disciples de toutes les Écoles, surtout celles d'Italie, pleins d'attachement pour leurs chefs. Il en a été de même dans notre pays et plusieurs générations médicales récentes ont gardé le souvenir d'un professeur vénérable de la Faculté de Paris, de Jean Cruveilhier, auquel j'avais voué le plus respectueux attachement. L'exemple d'un tel maître mérite de vous être offert en terminant cette leçon.

Jean Cruveilhier, né en 1791, mort en 1874, fils d'un ancien médecin des armées, était de Limoges et compatriote de Dupuytren. Porté vers l'état ecclésiastique, il obéissait à la volonté paternelle en étudiant la médecine. Ses progrès furent remarquables, et en 1816, il donna pour sa thèse un : Essai sur l'anatomie pathologique.

De retour dans son pays natal, Cruveilhier exerçait la médecine et la chirurgie en province, lorsque le concours pour l'agrégation fut institué en 1823 ; il revint à Paris et de haute lutte, enleva la première place. Puis, une chaire de médecine opératoire étant devenue vacante à Montpellier, Dupuytren désigna son élève et la Faculté consultée présenta pour candidat le premier agrégé parisien. Cruveilhier se rendit à Montpellier, mais la mort prématurée de Pierre Auguste Béclard devait ramener Cruveilhier à Paris, où le désirait le ministre de l'instruction publique et où le choix de la Faculté l'appelait. Toutefois l'héritage de son prédécesseur était difficile et redoutable à recueillir. Il vous faudra lire dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (tome XXXI, *Eloge* du 4 mai 1875), l'émouvant récit par notre cher doyen, fils de Béclard, de l'attitude de

qu'elle tendrait à modifier le pronostic si défavorable des atrophies des nerfs optiques. et à faire admettre l'existence d'une variété bénigne curable.

Les faits présentés par M. Trousseau à l'appui de son opinion ne peuvent être contestés, ils méritent d'être discutés avec soin afin qu'on en connaisse la véritable signification. L'objection qui se présente la première à l'esprit, c'est que les deux malades vus par M. Trousseau étaient peut-être atteints d'amblyopies toxiques et non d'atrophies véritables. Il est dit, en effet, dans les observations, que l'un d'eux était grand buveur et l'autre grand fumeur et grand buveur à la fois; c'est déjà, évidemment, une présomption en faveur d'une amblyopie toxique. M. Trousseau a bien soin, il est vrai, d'insister sur la décoloration des papilles qui fait d'ordinaire défaut dans les intoxications, et qui est, au contraire, la caractéristique de l'atrophie, et c'est précisément en raison de cette décoloration des nerfs optiques qu'il prononce le mot de pseudo-atrophie de la papille. Discutons donc et voyons s'il ne serait pas plus rationnel de considérer ces deux cas-là comme des amblyopies par intoxication avec décoloration de la papille simulant une atrophie papillaire réelle.

Tout d'abord nombre d'ophthalmologistes, et des plus compétents, prétendent que, dans l'amblyopie toxique abandonnée à elle-même, la papille peut changer d'aspect à la longue, se décolorer et s'atrophier. Je suis peu porté, quant à moi, à adopter cette manière de voir, et je n'ai pas souvenir d'avoir assisté à pareille évolution. Par contre, il est des cas qui rentreraient alors dans la catégorie de ceux décrits par M. Trousseau ou chez des intoxiqués par l'alcool et le tabac, et dans lesquels la papille présente, soit par effet de contraste, soit par suite d'une disposition congénitale, un aspect blanchâtre qui peut en imposer pour une atrophie au début.

La question devient alors très délicate à résoudre : s'agit-il d'une simple intoxication ou s'agit-il d'une atrophie commençante. Eh bien, dans ces cas douteux, difficiles, nous avons deux moyens de diagnostic différentiel qui peuvent nous éclairer. L'un est connu depuis déjà quelque temps, il a été signalé pour la première fois au Congrès d'ophthalmologie de 1884 par M. le docteur Darier, mon chef de clinique. Il consiste à rechercher la réaction électrique du nerf optique.

Dans l'amblyopie simple, l'intensité en milliampères du courant nécessaire pour provoquer un phosphène est toujours moindre que lorsque le tissu nerveux est réellement en voie de dégénérescence. Déjà, à cette époque, M. Darier citait des cas douteux où l'examen ophthalmoscopique semblait indiquer une atrophie au début, tandis que, la réaction électrique étant celle d'amblyople simple, ce dernier diagnostic avait été main-

---

Cruveilhier en face d'un auditoire hostile, dont il devint bientôt le professeur affectionné.

En pleine possession de la chaire d'anatomie, Cruveilhier travailla sans relâche, faisant lui-même toutes les préparations de ses cours, recueillant les matériaux de son livre classique et si connu. Puis, quand Dupuytren en mourant institua une chaire d'anatomie pathologique, le vœu du testateur, le choix des élèves et de la Faculté fut rempli par le passage de Cruveilhier à la chaire nouvellement créée. Pendant près de trente ans, le professeur, avec un zèle qui ne se démentit jamais, n'a cessé de s'occuper des altérations du corps humain et de publier ses ouvrages d'anatomie pathologique, accompagnés de superbes planches. Il réorganisa la Société anatomique où viennent aboutir de toutes parts les faits importants et les pièces recueillies dans les hôpitaux.

Le médecin chez Cruveilhier était à la hauteur de l'anatomiste, son théâtre de recherches et d'exercice fut d'abord la Salpêtrière, puis la Charité. Les traits dominants du caractère de Cruveilhier ont été la douceur et la droiture. — Mesuré dans sa parole, il se montrait souriant et calme, *vir bonus, anatomicus, medendi peritus.*

Elève de Cruveilhier, j'ai connu les ressources de son installation exiguë pour préparer son cours. Il y a plus, j'ai disséqué dans les anciens pavillons de l'école pratique avec Follin et Broca, d'abord aides d'anatomie, puis prosecteurs. Plus tard, j'ai été préparateur du laboratoire libre de Charles Robin. Je puis donc vous dire en me rappelant ce qu'étaient partout les locaux, les moyens d'instruction de ce temps si rapproché de

©BIU Santé

tenu et justifié par la marche ultérieure de l'affection. Un autre moyen de diagnostic différentiel dans ces cas difficiles m'a été indiqué par le docteur Coursserant, qui ne l'a pas, que je sache, encore publié. Il est beaucoup moins connu, mais il mérite de l'être, car j'ai eu maintes fois l'occasion d'en vérifier la justesse. C'est l'épreuve par la pilocarpine.

Quand on hésite entre une amblyopie toxique ou une atrophie commençante, on pratique une injection sous-cutanée de pilocarpine de façon à provoquer une légère transpiration et une abondante salivation. S'il s'agit d'une simple intoxication, il y a aussitôt, pendant la période d'action du médicament, une augmentation notable de l'acuité visuelle, qui reste au contraire la même quand on a affaire à une atrophie véritable.

Je regrette que M. Trousseau n'ait pas soumis ses malades à cette double épreuve, les faits cliniques qu'il rapporte à l'appui de son opinion auraient eu une plus grande puissance de démonstration.

Il me semble donc qu'avant d'admettre d'une façon définitive avec M. Trousseau l'existence d'une variété d'atrophie des nerfs optiques absolument semblable à l'atrophie essentielle progressive, présentant les mêmes caractères cliniques, mais en différant par sa bénignité et sa curabilité, de nouvelles recherches rigoureusement conduites sont encore nécessaires. Nous devons néanmoins savoir gré à M. Trousseau des idées originales et personnelles qu'il a émises sur ce sujet délicat et qui pourront devenir le point de départ d'intéressants travaux.

Messieurs, M. Trousseau porte très dignement un grand nom médical; il est ancien interne des hôpitaux, médecin à la clinique nationale des Quinze-Vingt. Ses titres scientifiques deviennent de jour en jour des plus sérieux. J'ai eu l'honneur de le voir fréquemment à ma clinique pendant le cours de ses études médicales, et j'ai pu apprécier ses brillantes qualités qui, j'en ai le ferme espoir, feront un jour de lui un des maîtres de l'ophthalmologie.

Je vous prie donc, Messieurs, d'accueillir favorablement sa candidature et de vouloir bien l'admettre parmi nous.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le baron de Vaux, consul de France, à Gênes, envoie une description du tremblement de terre du 23 février.

nous, combien je suis frappé de la différence qui existe avec tout ce que nous possédons actuellement.

Oui, messieurs, quand je compare le présent avec ce passé d'hier, je trouve au lieu de la vieille école pratique disparue, et si à l'étroit entre la place de l'Ecole, le musée Dupuytren et l'hôpital des cliniques, la nouvelle école anatomique et physiologique. Celle-ci est largement espacée entre la rue nouvelle de la Faculté, les rues Antoine-Dubois et Racine; elle est pourvue de pavillons nombreux, de laboratoires et d'amphithéâtres commodes, largement pourvus d'air et de lumière, à la place de bâtiments étroits, obscurs, et d'un accès difficile.

Nous avons entendu dire à nos maîtres, à Cruveilhier en particulier, que ce dont ils disposaient était en mieux sur ce qu'ils avaient à leurs débuts. Jugez ainsi du progrès qui s'est accompli en notre faveur et qui se poursuivra encore.

La conclusion s'impose: vous devez profiter sans relâche des moyens d'étude qui vous sont offerts si largement; il faut vous instruire sans aucune perte de l'*irreparabile tempus*. Travaillez, messieurs; étudiez le scalpel à la main cette anatomie qui vous sera si utile pendant toute votre carrière médicale.

Prof[r] Laboulbène.

©BIU Santé

M. Naudin, membre de la section de botanique qui, à Antibes, a ressenti les secousses du tremblement de terre, dit qu'il est impossible, en l'état actuel de la science, d'assigner une cause certaine au phénomène, et que, par conséquent, toutes les hypothèses sont permises. Il se demande si l'on ne peut comparer le globe à un solénoïde, ou mieux, à une pile dont le courant, traversant des zones inégalement conductrices de l'écorce terrestre, déterminerait les trépidations dont il s'agit. Il termine sa lettre en proposant le reboisement comme moyen de favoriser l'écoulement du fluide électrique.

M. le Secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie, de la part de M. le professeur Marey, une série de dix goëlands, modelés ronde bosse, d'après des photographies prises successivement à un dixième de seconde d'intervalle, et montrant l'évolution complète de l'aile pendant le vol. Ces sculptures resteront quelpues jours, au secrétariat, à la disposition des personnes qui voudront les étudier, puis elles iront se classer dans les collections du collège de France.

MM. Domingos Freire, Paul Gibier et Rebourgeon exposent, dans la salle des Pas-Perdus, des préparations tendant à démontrer l'existence du microbe de la fièvre jaune. Ils déposent, en même temps, sur le bureau, une note de laquelle il résulte que plusieurs milliers de personnes vaccinées à Rio-Janeiro, avec le microbe atténué, ont été préservées de la fièvre jaune.

Une note de M. Chibrac, relative aux causes de la variation de l'urée est renvoyée à la commission des prix Montyon.

M. Langlois adresse une note sur la calorimétrie chez les enfants malades. Nous reviendrons sur ce sujet. ainsi que sur une note de M. le professeur Ball concernant la morphinomanie, et sur une lecture de M. Germain Sée, relative aux mouvements rhythmique du cœurs.

M. le professeur F. Guyon donne lecture d'une note intitulée : *Sur la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique.* (Voir l'*Union médicale* du 24 mars 1887.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1887. — Présidence de M. de Ranse, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine ;

Circulaire du ministère de l'instruction publique annonçant que le 25e Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira le 31 mai prochain à la Sorbonne, et envoyant le programme de ce Congrès ;

Bulletin du laboratoire des recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs Filleau et Léon Petit.

Correspondance manuscrite : Lettre de remerciements de M. le docteur Thiry (de Bruxelles), nommé membre correspondant ; — lettre de M. le docteur Berne, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire général : J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de Mme Thorens, un volume intitulé : *Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique*, de Sayre (de New-York), traduites de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur Henri Thorens. Cette traduction est précédée d'une préface qu'a bien voulu écrire M. Polaillon, et je ne saurais mieux faire que d'en détacher quelques lignes : « Cette traduction est le dernier travail de notre « regretté Thorens. Il l'avait commencée pendant les jours heureux où tout lui souriait « et lui promettait un brillant avenir ; il l'avait poursuivie pendant les heures attris- « tées d'une maladie imprévue, hélas ! incurable, et il n'en avait pas encore achevé « les dernières pages lorsque la mort est venue le surprendre. » Grâce à la pieuse sollicitude de sa famille, qui s'est assuré le concours de M. Pignol, interne des hôpitaux, le travail de Thorens a été achevé et publié, et le volume que je vous présente perpétuera dignement le souvenir de notre regretté collègue.

©BIU Santé

La Société décide qu'une lettre de remerciements sera adressée à Mme Thorens.

M. Richelot fait un rapport verbal sur la candidature de M. le docteur Clemente Ferreira (du Brésil) au titre de membre correspondant;

M. Dubuc lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Desnos au titulariat;

Les conclusions favorables de ces deux rapports sont adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Larroque lit un long et important mémoire sur l'*érysipèle et sa contagion*.

M. Duroziez fait remarquer que M. Larroque paraît exagérer singulièrement les propriétés contagieuses de l'érysipèle. Pour lui, dans une pratique déjà longue, il ne se rappelle pas avoir vu, dans les salles de malades, d'épidémies semblables à celle qu'il décrit. En outre, et contrairement à ce que semble admettre M. Larroque, il ne croit pas qu'il y ait lieu d'établir une distinction entre l'érysipèle médical et l'érysipèle chirurgical.

M. de Pezzer lit, à l'appui de sa candidature, un travail intitulé : *Uréthrotomie interne chez les enfants*. (Commission : MM. Dubrisay, Reliquet, Delefosse, rapporteur.)

Élection. — M. le docteur Trousseau est élu membre titulaire à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Lavement contre la dysménorrhée. De Sinéty.

Teinture d'opium	10 gouttes.
Camphre pulv	0 gr. 20 centigr.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau commune	300 grammes.

F. s. a. un lavement émulsionné, qu'on prescrit pour calmer les crises douloureuses des femmes atteintes de dysménorrhée. — Les suppositoires belladonés peuvent être également recommandés en pareil cas. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le *Journal du Bureau d'hygiène de Berlin* (Veroeffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes) donne, le 15 mars dernier, les nouvelles suivantes relatives au choléra :

Sicile. — Depuis la fin de février dernier, les cas de diarrhée suspecte s'étaient multipliés ; la constatation officielle du choléra s'est faite le 5 mars. Les registres de Catane font mention d'une grande quantité de diarrhées pour l'année 1886. On y relève 3,164 cas de mort, dont 798 par diarrhée.

Amérique du Sud. — Le choléra a été constaté à Montevideo depuis le 8 décembre; dans l'intérieur de l'Uruguay, l'épidémie fait beaucoup de victimes.

Dans la République argentine, la ville de Tukuman est ravagée par la maladie. Pendant la seconde moitié de décembre, 1,300 personnes et, en janvier, 800 personnes ont succombé. Le fléau a diminué d'intensité à partir de cette époque.

Au Chili, l'état sanitaire n'est guère meilleur. Toutes les villes ou communes riveraines du fleuve Akonkagua, depuis Santa-Maria et San Felipée jusqu'à Quilloto, ont reçu la visite du choléra. On espère que Santiago échappera à la contagion. Jusqu'au 12 janvier, on avait constaté 400 cas de mal asiatique et 70 p. 100 de morts environ. Des cordons sanitaires impitoyables entourent les lieux infectés. Les plus rigoureuses mesures sont prises. Les maisons où sont morts les cholériques sont livrées aux flammes, les arbres abattus, etc. Tout commerce est arrêté.

Nécrologie. — Le professeur Arlt (de Vienne). Il s'était fait connaître par de nombreux travaux sur l'optique et la clinique des maladies oculaires.

— W. Eichler, professeur de botanique à l'Université de Berlin. Ses études d'organographie végétale (diagrammes des fleurs) et sa flore du Brésil constituent ses œuvres les plus importantes.

— Le professeur Réclam, à Leipzig. C'était un médecin légiste fort sagace ; il s'était acquis une grande réputation par ses écrits de vulgarisation médicale ; c'était le fondateur du *Gesundheitzeitschrift*.

Nominations. — Le professeur d'anatomie W. Gruber, de Saint-Pétersbourg, inaugurera, le 4 avril prochain, sa 40e année de professorat à l'Académie de médecine militaire impériale russe.

— A l'Université de Prague, le professeur Soy Ka préside à l'installation de l'Institut d'hygiène dans les salles des laboratoires de chimie et de pharmacie. L'Institut sera ouvert le semestre prochain.

— Le Privatdocent docteur Erhlich vient de faire son premier cours à l'Université de Berlin. Il avait pris pour sujet de sa leçon d'ouverture, *recherches microscopiques sur le sang dans certaines formes d'anémie*.

— Julius Bœke, professeur d'otologie à l'Université de Buda-Pest, a célébré, le 6 mars dernier, le 25e anniversaire de son enseignement à la Faculté de médecine. — Dr Ch. S.

COURRIER

Facultés de médecine. — Sont promus : 1° de la deuxième à la première classe : MM. les professeurs Combal et Moitessier, de Montpellier. — De la troisième à la deuxième classe : MM. les professeurs Beaunis, Feltz et Hecht, de Nancy; Castan, de Montpellier. — 3° De la quatrième à la troisième classe : MM. les professeurs Tédenat, Lannegrâce et Chalot, de Montpellier; Charpentier, Heydenreich et Weiss, de Nancy.

Faculté de médecine de Paris. — M. Ribbemont-Dessaignes, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchement pour les sages-femmes.

— Sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de : *Arles*, M. le docteur Talon; *Tarascon*, M. le docteur Martin.

— M. le docteur Firmin, médecin du lycée Charlemagne, est nommé membre de la Commission consultative des bibliothèques populaires communales et libres.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Jacquemont (de Moutiers) ; Jossic, directeur du service de santé de la marine, en retraite; Stutkowski (de Kasan) et Zit (de Prague).

Commissions ministérielles. — M. Brouardel est nommé, pour l'année 1887, membre de la Commission consultative des souscriptions scientifiques et littéraires.

M. Bouchard est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (première section), en remplacement de M. Béclard. Il siégera, en cette qualité, dans les commissions de scolarité de médecine et de pharmacie.

Comités d'admission a l'Exposition universelle de 1889. — Le *Journal Officiel* du 12 mars 1887 publie un arrêté de M. le ministre du commerce et de l'industrie qui nomme les membres de ces comités. Nous reproduisons ici les noms des membres des comités des classes 14 et 64.

I. *Classe* 14. — Médecine et chirurgie. — Médecine vétérinaire et comparée :

MM. P. Berger, chirurgien des hôpitaux ; Bourneville, député de la Seine ; Charcot, membre de l'Institut ; Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale de la Faculté ; Chauveau membre de l'Institut ; Collin, fabricant d'instruments ; Cornil, professeur à la Faculté ; David, directeur de l'École dentaire ; A. Fournier, professeur à la Faculté ; Gosselin, membre de l'Institut ; Goubaux, directeur de l'École d'Alfort ; Grancher, pro-

©BIU Santé

fesseur à la Faculté ; Granjux, vétérinaire principal ; Guyon, professeur à la Faculté ; Landouzy, médecin des hôpitaux ; Lereboullet, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* ; H. Liouville, médecin des hôpitaux ; H. Mathieu, fabricant d'instruments ; Richet, directeur de la *Revue scientifique* ; Servolas, vétérinaire principal ; Tarnier, professeur à la Faculté ; Trélat, professeur à la Faculté ; Verneuil, professeur à la Faculté ; Vulpian, membre de l'Institut.

II. *Classe* 64. — Hygiène et Assistance publique :

MM. Bechmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; Belleau, médecin-major ; Bergeron, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président du Comité consultatif d'hygiène ; Brouardel, doyen de la Faculté, président du Comité consultatif d'hygiène ; Cazelles, conseiller d'État ; Cernesson, architecte ; Cheysson, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie ; Durand-Fardel, président honoraire de la Société d'hydrologie ; Faure-Dujarrie, architecte ; Gestin, directeur du service de santé au ministère de la marine ; Ch. Herscher, ingénieur ; Jacquot, inspecteur général des mines ; Jéramée, fermier d'eaux minérales ; A.-J. Martin, auditeur au Comité consultatif d'hygiène ; Mesureur, président de la Chambre syndicale des entrepreneurs de plomberie ; Napias, inspecteur général des services administratifs ; Nicolas, directeur du commerce au ministère ; L. Pasteur, membre de l'Institut ; Peyron, directeur de l'Assistance publique ; G. Pouchet, professeur agrégé à la Faculté ; A. Proust, professeur à la Faculté ; Robinet, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; Th. Roussel, membre de l'Académie de médecine ; Vauthier, ingénieur civil ; Willm, professeur à la Faculté des sciences de Lille.

École de médecine et pharmacie de Marseille. — Le nombre des étudiants s'est beaucoup accru, les locaux deviennent de plus en plus insuffisants, il y a 110 élèves de chimie et l'amphithéâtre n'en peut contenir que 80. Le directeur constate que la scolarité et les services d'hôpital de Marseille ne peuvent se mettre en harmonie. Marseille est une grande ville, ses hôpitaux réclament un grand nombre d'internes et d'externes. Pour se procurer les externes, l'administration est arrivée à abaisser le programme des candidats à l'externat, elle l'a ouvert aux étudiants dès le début de la troisième année à un moment où ils n'ont fait que des sciences physiques et naturelles et ne possèdent aucune des connaissances nécessaires. L'élève de deuxième année devenu externe ne suit plus les cours ni les cliniques, aussi le directeur réclame-t-il la création d'institutions d'enseignement en rapport avec les besoins de la ville. Marseille doit fournir à la Faculté tous les instruments de l'instruction théorique et pratique qui manquent à la région du Sud-Est.

Les travaux de M. Pasteur ont donné l'idée de créer une chaire de bactériologie pour laquelle le conseil général des Bouches-du-Rhône a voté 2,000 francs. La Chambre de commerce, à ce propos, a exprimé le vœu « qu'une Faculté de médecine soit établie à Marseille dans le plus bref délai ».

Il a été pris 524 inscriptions : doctorat 129, officiat 114, pharmacie 1re classe 29, 2e classe 252. (*Revue internationale de l'enseignement*)

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, aura lieu les 17 et 18 avril prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Société médico-pratique. — Séance du 28 mars. — *Ordre du jour* : 1. M. Cadet de Gassicourt : Trois cas de diagnostic difficile. — 2. M. Richelot : Observation d'extrophie de la vessie chez une petite fille. — 3. M. Coursserant : Observations de dacryo-adénite aiguë. — 4. M. Barrette : Cure radicale des hernies ; résultats d'une opération récente ; pièce anatomique à l'appui. — 5. M. P. Chéron : Contribution à l'étude du danger de l'antipyrine. — 6. M. Cazalis : Note sur l'hémi-rhumatisme avec observations.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Paul Chéron : Revue de chimie clinique. — II. Bibliothèque : Breves consideracoes sobre a febre amarella. — III. Revue des Journaux : Cystocèle vaginale. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger — VII. Courrier.

REVUE DE CHIMIE CLINIQUE

I. Recherche de petites quantités de sucre dans l'urine.
II. De l'action des antiseptiques nouveaux sur le rein.

Si, dans les cas habituels de diabète, il est facile de constater la présence du sucre dans l'urine, cette constatation devient fort difficile lorsque la proportion du produit pathologique s'abaisse beaucoup.

Il arrive fréquemment que, lorsqu'il n'y a plus que 1 gramme ou moins de glycose excrété chaque jour, cette quantité minime passe inaperçue, et que le malade est faussement considéré comme guéri. Y a-t-il des moyens pratiques d'éviter l'erreur? C'est ce que nous voulons examiner brièvement.

Le saccharimètre, disons-le de suite, doit être éliminé. Difficultés de manipulation mises à part, il est impuissant, par suite de la polarisation des galets qui ferment les tubes, à indiquer sûrement les faibles proportions de glycose. De plus, il se trouve fort rarement dans les mains des praticiens, et c'est là une raison suffisante pour que nous n'insistions pas sur son emploi.

Le réactif dont on se sert le plus souvent est, sans contredit, la liqueur de Fehling, et M. Méhu, qui a fait de la recherche des petites quantités de sucre dans l'urine une étude approfondie, conseille d'opérer de la manière suivante. L'urine, évaporée en couche mince au-dessus d'un bain-marie ordinaire, est concentrée jusqu'à consistance de sirop; puis, après refroidissement, traitée par l'alcool à 90°. Le liquide est évaporé de nouveau après filtration pour chasser l'alcool; puis le résidu, repris par l'eau, donne une liqueur sur laquelle on essaie les réactifs. On peut se débarrasser de la créatinine, qui gêne beaucoup, en ajoutant au liquide alcoolique un peu de chlorure de zinc, mais alors il faut attendre vingt-quatre heures avant de filtrer et de faire l'examen.

Le même auteur, dans les cas douteux, conseille d'ajouter à l'urine un dixième de son volume d'acétate de plomb liquide et basique que l'on trouve dans les pharmacies, et de filtrer; on additionne le filtrat de carbonate neutre de soude pulvérisé et anhydre, et après agitation et séparation du précipité plombique, on concentre le liquide décoloré à un dixième de son volume, et on filtre. Si la liqueur de Fehling ne donne pas de résultat, on peut considérer le sucre comme absent.

Ces manipulations, si simples qu'elles soient, pourront paraître un peu longues; aussi croyons-nous devoir insister spécialement sur le procédé de Worms-Muller qui n'est que celui de Fehling modifié.

Deux solutions sont nécessaires : l'une de 2 gr. 5 de sulfate de cuivre dans 100 grammes d'eau, l'autre de 10 grammes de sel de Seignette et de 4 grammes de soude dans la même quantité de véhicule.

On chauffe séparément à l'ébullition dans deux tubes à essai 5 c. c. d'urine (après avoir éliminé l'albumine, s'il y a lieu), et un mélange de 1,5 à 3 c. c. de

©BIU Santé

solution de cuivre avec 2,5 c. c. de solution alcaline; l'action de la chaleur est interrompue en même temps, et après avoir attendu vingt à vingt-cinq secondes on réunit le tout en versant l'urine la première. La liqueur prend une coloration bleu verdâtre, puis se décolore rapidement; l'oxydule de cuivre apparaît alors et reste habituellement en suspension.

La densité de l'urine sert de guide pour la quantité de sulfate de cuivre à employer; quand elle dépasse 1,020 on peut verser 2 c. c.; quand elle est inférieure à ce chiffre, on emploie d'abord 1,5 ou 1 c. c.

La rapidité de la réaction varie beaucoup selon la proportion du sucre; quand cette proportion est au-dessous de 0,05 p. 100, il faut attendre quatre à cinq minutes avant de voir apparaître le précipité cuivreux qui forme alors un louche jaune verdâtre. La netteté de l'observation peut être compromise par un dépôt de phosphate qui se forme souvent au moment du mélange, ce dépôt affecte une couleur jaune verdâtre différente de la couleur jaune rougeâtre bien connue du précipité cuivreux; mais, en cas de doute, on n'aura qu'à attendre quelques instants; presque toujours les phosphates se déposent rapidement, tandis que l'oxyde cuivreux reste longtemps en suspension.

D'après Laache, qui a vérifié le procédé, on peut, avec son aide, reconnaître dans l'urine la présence de 0,025 p. 100 de sucre de raisin ou de 0,05 de sucre de lait. A partir de 0,1 p. 100, ainsi que nous l'avons maintes fois constaté, toute hésitation est impossible. Enfin, il est exceptionnel qu'une urine quelconque, ne contenant pas de sucre, renferme un corps pouvant produire nettement la réaction. Suivant le conseil de Laache, dans un cas douteux, il convient de faire prendre pendant quelques jours au malade des féculents et même des aliments sucrés; si la réaction manque dans ces conditions, on peut sûrement éloigner l'idée de glycosurie.

Baas, pour les quantités de 0,1 p. 100 et au-dessus, a proposé d'employer des morceaux de papier à filtre imbibés les uns d'indigo, les autres de bicarbonate de soude, que l'on peut conserver séchés dans le portefeuille. L'urine étant dans un tube à essai ou une capsule, on y met un morceau de papier de chaque espèce. Dans le cas de glycosurie la coloration bleue qui se produit d'abord disparaît rapidement et le liquide prend une coloration jaune clair ou même devient complètement incolore. Ce procédé se recommande par sa simplicité, mais ne convient que pour un examen grossier, car il est très infidèle.

Il ne faut pas oublier que certaines substances telles que la térébenthine, font apparaître dans l'urine une réaction analogue à celle du sucre; la lactose, on le sait aussi, est souvent excrétée en assez grande quantité chez les femmes en couche. D'après Vetlesen, la térébenthine provoque le passage d'un corps qui réagit sur le bismuth, la levure et la liqueur de Fehling comme la glucose, mais qui est optiquement inactif. Enfin, d'après Fluckiger, il faudrait ajouter aux corps réducteurs de l'urine normale l'acide glycuronique qui se rencontre fréquemment; il partage, on le sait, cette propriété avec l'acide urique, la créatinine, l'allantoïne, la leucine, l'indican et les produits mal définis qui apparaissent après l'usage des acides oxalique, benzoïque, du chloral, etc.

Toutes ces substances, empressons-nous de le dire, ne donnent que rarement lieu à des réactions franches et en tout cas le procédé de Méhu permet, quand il y a doute, de les éliminer presque toutes. Quant à la

petite quantité que l'on pourrait, dans des cas mal déterminés, rencontrer dans l'urine des individus sains, elle est parfaitement négligeable.

II

Parmi les médicaments en ce moment le plus fréquemment employés, un certain nombre amènent dans la composition des urines des modifications importantes qui, dans certains cas, sont l'indice de lésions graves du côté du rein.

L'action du sublimé qui, pendant un certain temps, s'est substituée complètement à l'acide phénique dans la pratique des chirurgiens et surtout dans celle des accoucheurs, doit être étudiée en premier lieu vu les dangers qui suivent son emploi abusif.

Les urines, dans l'intoxication par le bichlorure de mercure, diminuent tout d'abord beaucoup de quantité, et c'est ainsi que, dans une observation de Netzel, on les voit se réduire à 200 c. c. dans les vingt-quatre heures; Vohtz et Stadfeldt ont observé l'anurie complète. L'albumine apparaît dans presque tous les cas (elle a même été vue dans ceux qui se sont terminés par la guérison) et elle est accompagnée souvent de cylindres hyalins et granuleux et de cellules épithéliales.

F. Fischer, à Strasbourg, a observé une altération spéciale du liquide urinaire ; l'urine se trouble, devient fluorescente et présente une coloration rouge particulière; vers le huitième jour elle reprend sa coloration normale. Le liquide ne contient pas de mercure et rien de pareil n'a été observé chez les enfants. Hoppe-Seyler qui a étudié ces urines rouges y a trouvé de l'urobiline et une matière colorante spéciale, et M. Brun les a rapprochées des urines rosaciques, tout en avouant qu'il manque d'éléments certains pour établir une comparaison complète.

Quoi qu'il en soit, toutes ces modifications de l'urine indiquent de graves altérations du rein qui se rattachent à la néphrite parenchymateuse et ont été rencontrées non seulement chez l'homme, mais chez les animaux intoxiqués expérimentalement. Chez le lapin, Gaucher a vu que les épithéliums des tubes contournés sont granuleux, fusionnés par leurs bords ; les vaisseaux sont remplis de globules dans les espaces qui séparent les tubes excréteurs dont le revêtement est légèrement granuleux. Des cylindres granuleux se rencontrent en grand nombre dans les tubes, mais on n'y voit que de rares cylindres colloïdes.

Dans plusieurs cas on a rencontré dans les canalicules droits et contournés des dépôts abondants de masses amorphes existant surtout dans la substance corticale et paraissant formés d'oxalate de chaux ; Frænkel n'a jamais vu cette altération qu'il a cependant soigneusement recherchée. Enfin un des faits cliniques les plus récents a été observé par Barthélemy et communiqué par lui à la Société de médecine légale le 8 mars 1880. Examinés par le professeur Cornil, les épithéliums du rein furent trouvés tuméfiés, réfringents et remplis de granulations graisseuses.

En présence de ces lésions rénales et de celles de l'intestin que nous ne pouvons que rappeler, on comprend que Doléris à la Société de biologie ait proscrit le sublimé pour le lavage des plaies et des grandes surfaces séreuses ou muqueuses et ait conseillé de le réserver pour la désinfection de la peau, des mains et des objets de pansement.

Nous omettrons volontairement de parler des accidents résultant de l'emploi de l'acide phénique; connus et décrits depuis longtemps, ils ont

©BIU Santé

été étudiés dans ce journal, et, du reste, les cas d'intoxication phéniquée deviennent de plus en plus rares. Nous préférons insister sur les phénomènes rénaux qui peuvent succéder à l'usage d'autres antiseptiques, en tête desquels nous placerons l'iodoforme.

Quelques heures après l'emploi de ce corps en pansements, les iodures alcalins apparaissent dans l'urine; on les décèle facilement en mettant l'iode en liberté par quelques gouttes d'acide sulfurique et en agitant avec du chloroforme qui dissout le métalloïde en se colorant en violet. Mais cette recherche, disons-le de suite, est absolument insuffisante pour apprécier les dangers de l'empoisonnement; Harnoch a, en effet, montré qu'une partie de l'iode se combine à l'albumine et n'est pas déplacée par l'acide sulfurique. Il faut, pour la mettre en évidence, évaporer l'urine et calciner le résidu avec de la soude, procédé sur lequel nous n'insisterons pas.

Du côté de la sécrétion rénale, l'iodoforme semble produire une légère diminution de la quantité des urines et, dans certains cas, l'apparition d'albumine et de cylindres épithéliaux; les cas de Kocher, rapportés par Brun, sont des plus caractéristiques. Expérimentalement, Rummo a noté l'apparition de l'albumine; puis, quand les doses deviennent fortes, celle de l'hématine; les urines deviennent alors d'un rouge plus ou moins foncé et on y trouve, au microscope, des globules rouges, de l'épithélium dégénéré en graisse, des cylindres épithéliaux et graisseux. Dans les faits observés par Rummo, l'inflammation du rein a été très nette, et a consisté surtout en une glomérulite; entre la capsule et le bouquet vasculaire se fait un épanchement ou un exsudat parfois très abondant qui contient des granulations jaunâtres, des cellules lymphoïdes et quelques globules rouges; la capsule de Bowman s'enflamme et les cellules qui la revêtent en dedans se tuméfient et se détachent; les tubes collecteurs sont très dilatés, les cellules noyées au milieu d'un exsudat assez abondant, et il y a de nombreux cylindres fibrineux.

Nous croyons en avoir assez dit pour montrer les dangers qui peuvent suivre l'emploi inconsidéré de l'iodoforme. Il faut surtout éviter l'usage des pansements compressifs et celui de la poudre très fine à dose élevée; les accidents ont paru à plusieurs observateurs se montrer très facilement lorsque l'antiseptique est introduit dans le vagin.

La naphtaline est un des médicaments nouveaux qui tendent à devenir d'un emploi habituel.

Les phénomènes qu'elle détermine du côté des urines sont, en premier lieu, l'apparition d'une coloration brun noirâtre; ainsi que le fait remarquer le professeur Bouchard, cette teinte est différente de celle causée par l'absorption de l'acide phénique (noirâtre), ou de la créosote (noir verdâtre). Pezold a indiqué une réaction spéciale de cette urine : on verse quelques gouttes du liquide dans un verre à réactif et on y ajoute environ 1 cent. cube d'acide sulfurique concentré; l'urine surnage et il s'y développe une teinte d'un vert foncé, surtout appréciable au point de contact avec l'acide. Quoique, d'après Pick, l'urine prenne nettement l'odeur du médicament, ce dernier n'y passerait pas en nature. Schwarz a signalé une teinte ressemblant à celle du vin de Bourgogne et une odeur aromatique.

La présence de l'albumine et celle d'éléments morphologiques ont été rarement signalées; cependant Furbringer a vu, dans un cas, le développement d'une albuminurie légère et passagère, et dans l'autre celui d'une néphrite. Ces complications ont été observées par lui à la suite de l'emploi

de la naphtaline dans le psoriasis et d'autres maladies de la peau; aussi conseille-t-il d'y renoncer lorsque l'on se trouve en présence d'affections cutanées étendues et offrant de larges surfaces à l'action du médicament.

Les troubles de la miction sont très fréquents à la suite de l'usage de la naphtaline. Ils ont été observés par Schwarz, Ewald, Lehmann, Pick et beaucoup d'autres auteurs. Le symptôme le plus souvent noté est une ardeur uréthrale légère, mais il s'y joint, quand l'intoxication est assez intense, de la dysurie et de la strangurie, de l'œdème du prépuce, quelquefois des douleurs de rein pouvant se montrer sur tout le trajet des voies urinaires. Ces phénomènes, du reste, ne se montrent guère que lorsque l'on emploie des doses assez élevées, et quand on se tient dans les limites habituelles, la coloration noire et la brûlure uréthrale sont à peu près les seuls symptômes de l'absorption du médicament. Du reste, les auteurs ne sont pas d'accord sur les doses toxiques, et tandis que Rossbach conseille de ne dépasser que rarement 2 à 3 grammes par jour, Bouchard atteint facilement 5 grammes; il est évident que, pour la naphtaline comme pour un grand nombre d'autres corps, les doses absorbées, qu'il est difficile de fixer exactement, ont varié beaucoup selon les cas.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Breves consideracoes sobre a febre amarella (*Brèves considérations sur la fièvre jaune*), par M. le docteur Philogonio Lopes Utingnassû. — Rio-Janeiro, 1886.

La pathogénie et le traitement de la fièvre jaune sont, pour nos confrères brésiliens, le sujet de débats incessants. Les travaux de M. Domingo Freire ont encore donné une actualité plus grande à ces discussions dans lesquelles chacun vient déposer.

M. Philogonio Lopès Utingnassû s'appuie sur des documents cliniques pour justifier son opinion sur la nature de cette maladie. A son avis, la fièvre jaune comprend trois périodes : une phase de début pendant laquelle on observe des guérisons, quelle que soit la médication employée; une phase d'*anoxhémie* qui s'accompagne de la désoxygénation du sang, de la diminution des combustions et de l'accumulation des éléments hydrocarbonés dans les lésions; enfin une phase de convalescence dans les cas heureux. Ce clinicien distingué rend du reste hommage aux travaux de M. Jaccoud, et fait preuve, à l'égard de la médecine francaise, d'une impartialité qui honore sa plume, dans un temps où à l'étranger on oublie trop souvent les œuvres de nos compatriotes. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Cystocèle vaginale. — Cloisonnement du vagin. — Guérison, par le docteur F. Leprévost. (*Normandie médicale*, 15 février 1887.) — Les opérations dirigées contre la cystocèle vaginale ont presque toutes pour objectif la destruction plus ou moins étendue de la paroi antérieure du vagin; l'élytrorrhaphie antérieure est le procédé de choix et a été réglée dans tous ses détails par Sims et Emmet. M. Leprévost lui a cependant préféré le cloisonnement en raison du volume de la cystocèle; de plus, l'opération de Sims est longue et difficile, et le passage des sutures dans la partie horizontale de l'avivement présente de telles difficultés que, d'après Bonnet, les professeurs Trélat et Panas ont cherché à modifier le manuel opératoire.

Le cloisonnement du vagin a été imaginé par le professeur Le Fort en vue de remédier au prolapsus utérin; on opère alors à la vulve. Au contraire, si on emploie

©BIU Santé

l'opération contre la cystocèle, on peut craindre d'avoir à aller agir au fond du vagin. M. Leprévost a remédié à cette nécessité, qui compliquerait l'intervention, en ramenant la cloison recto-vaginale à la vulve, à l'aide des doigts introduits dans le rectum; le déplacement de la cloison, il s'en est assuré, ne présente jamais de difficultés sérieuses. Le seul inconvénient de l'opération est qu'elle ne peut être appliquée qu'aux femmes qui ne sont plus en état de devenir mères. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Présentation. — Suture secondaire du nerf médian sectionné, retour immédiat de la sensibilité cutanée dans la zone où ce nerf se distribue. — Rapport sur une observation de lymphangiome. — Inversion utérine traitée et guérie par la ligature élastique. — Absence complète du vagin ; troubles graves de la menstruation ; création d'un vagin artificiel, guérison. — Présentation de pièce pathologique : Hémato-salpingite double. — Présentation de malade : Ablation d'un orteil à marteau.

M. Verneuil offre en hommage un volume renfermant un certain nombre de documents relatifs à la tuberculose.

— M. le Président informe la Société de chirurgie que M. le docteur Allen, secrétaire général du futur congrès international de chirurgie de New-York, assiste à la séance et qu'il se met gracieusement, jusqu'au 10 avril prochain, à la disposition des chirurgiens français pour recevoir les communications qu'ils auraient l'intention de faire à ce congrès.

— M. Tillaux, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication, par M. Polaillon, d'une observation de plaie de la partie antérieure du poignet avec section du nerf médian et cubital, rappelle qu'il a conseillé à son collègue la suture secondaire de ces nerfs, en vue du rétablissement de la sensibilité dans leur zone de distribution, rétablissement qui fait encore défaut après plus d'un an et demi écoulé depuis l'accident. M. Tillaux rappelle également que, dans les courtes remarques qu'il a présentées à ce sujet, il a mentionné une observation qui lui est personnelle, et dans laquelle le malade, trois ans après la section du nerf médian, a recouvré, immédiatement après la suture, la sensibilité perdue. M. Tillaux communique la relation détaillée de cette observation.

— M. Théophile Anger donne lecture d'un rapport sur une observation de lymphangiome de la cuisse opéré avec succès par M. Nélaton.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, née à Angerville de parents français, entrée à l'hôpital Cochin le 20 juillet 1885. Elle porte dans la région crurale droite une tumeur du volume du poing. La peau qui la recouvre offre une coloration violacée due à un grand nombre de nodosités veineuses, mais surtout de petites élevures grosses comme des grains de millet, groupées ou isolées à la surface, non transparentes et parcourues à leur sommet par un fin capillaire sanguin. La peau est adhérente à la tumeur sous-jacente et, lorsqu'on veut la plisser, on voit se produire l'aspect de la *peau d'orange*. Toute la masse a la consistance d'un lipôme ; elle donne la sensation d'une fausse fluctuation et présente par place des nodosités résistantes. La réductibilité est presque nulle. La compression de la veine fémorale à la racine de la cuisse ne la fait pas augmenter de volume ; aucun souffle à l'auscultation. Développement lent depuis l'âge de sept ans environ, mais à la menstruation, à 13 ans, elle acquiert rapidement le volume d'un œuf de poule. Dernièrement, à la suite de fatigues, la tumeur, en l'espace de deux mois, avait triplé de volume.

M. Nélaton, qui remplaçait M. Anger à l'hôpital Cochin, s'arrête au diagnostic « angiome caverneux. » Il opère la malade le 4 août 1885. Application de la bande

d'Esmarck ; incision elliptique circonscrivant la tumeur facile à dégager en haut, en bas et sur les côtés, adhérente aux parties profondes et se prolongeant vers les vaisseaux fémoraux. De l'incision s'écoule une grande quantité d'un liquide transparent que l'on voit sourdre des aréoles multiples dont se compose la tumeur et de deux ou trois gros vaisseaux lymphatiques dilatés et du volume d'une plume à écrire. Ligature de chacun de ces gros troncs lymphatiques, enfin détachement complet de la masse constituée par un stroma fibro-adipeux circonscrivant une foule de vacuoles remplies de lymphe. Lavage de la plaie avec la liqueur de Van Swieten, drainage, suture. Erysipèle de la face au dixième jour, n'empêchant pas la plaie de marcher vers la cicatrisation, qui s'achève le 29 août ; la malade complètement guérie quitte l'hôpital quelques jours après, il n'y a pas eu de récidive depuis sa sortie.

M. le Rapporteur est d'avis, avec l'auteur de l'observation, que la tumeur s'est développée aux dépens des ganglions lymphatiques et qu'il s'agit ici de cette variété de lymphangiome qu'il a désignée sous le nom d'adéno-lymphocèle.

M. Trélat ne pense pas que ces tumeurs soient de nature ganglionnaire. Il trouve plus logique d'admettre qu'elles sont d'origine purement vasculaire. Dans un cas opéré par lui, l'autopsie montra que les vaisseaux lymphatiques se rendant de la tumeur à la citerne de Pecquet présentaient un volume considérable, jusqu'à deux centimètres de diamètre et même davantage.

Au sujet de l'intervention, M. Trélat est d'avis que les chirurgiens ne doivent pas se laisser entraîner par le succès de M. Nélaton qui est jusqu'ici un peu exceptionnel.

M. Le Dentu observe en ce moment une jeune fille originaire des Antilles et présentant au niveau de l'aine gauche une tumeur qui a tous les caractères du lymphangiome. Depuis trois ou quatre ans que cette jeune fille habite Paris, la tumeur n'a pas augmenté de volume, et c'est pourquoi M. Le Dentu croit devoir s'abstenir de toute intervention.

M. Monod a opéré à Ivry, il y a un an, un lymphangiome siégeant exclusivement sur la peau de la région de l'épaule chez un jeune homme qui n'avait aucune autre manifestation ganglionnaire. Il en conclut que, dans les lymphangiomes, comme dans les angiomes, il y aurait lieu d'admettre deux variétés, les cutanés et les sous-cutanés.

M. Lannelongue estime que le cas de M. Monod diffère absolument des précédents et qu'il s'agit sans doute d'un kyste séreux ayant envahi la peau. Ces kystes ont un point de départ identique à celui des lymphangiomes ; mais, si les caractères microscopiques rapprochent ces deux genres de tumeurs, elles diffèrent totalement au point de vue clinique.

— M. Léon Le Fort communique une observation d'*inversion utérine traitée et guérie par la ligature élastique*.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, qui, à la suite d'un premier accouchement terminé en février 1886 par une application de forceps au détroit inférieur et par l'extraction du placenta sans tractions exagérées, eut une inversion utérine devenue irréductible. Métrorrhagies consécutives abondantes et continuelles inutilement traitées par les injections d'acide borique et de perchlorure de fer, les toniques, etc.

Entrée, le 10 juin, dans le service de M. Léon Le Fort ; tentatives méthodiques de réduction, réitérées plusieurs fois sans succès et avec des pertes de sang assez abondantes.

On se décide à l'ablation de l'utérus inversé. Après chloroformisation, M. Le Fort attire à la vulve, à l'aide de la pince à langue, le fond de l'utérus, puis il pratique, à la partie supérieure de la tumeur, au niveau de son pédicule, une striction circulaire avec un fil de caoutchouc fortement serré et enroulé sept ou huit fois sur lui-même. Douleurs vives, pendant deux heures, qui disparaissent ensuite ; pas de vomissements. Injections vaginales répétées plusieurs fois par jour. — Le 3 août, chute spontanée de de la portion d'utérus située au-dessous de la ligature. Métrorrhagies complètement arrêtées ; état général redevenu de plus en plus satisfaisant.

Le 11 septembre, M. Segond, remplaçant M. Le Fort, pratique l'opération de la

©BIU Santé

périnéorrhaphie nécessitée par une déchirure du périnée à la suite de l'accouchement. Le 1er octobre, la cicatrisation est complète et, le 7 octobre, la malade quitte l'hôpital.

Elle a été revue dans les premiers jours de décembre; les règles n'ont pas reparu; à deux reprises, au moment des époques, elle a éprouvé quelques douleurs passagères dans les reins et le bas-ventre; elle a toujours eu quelques pertes blanches. Par le toucher, on sent, au fond du vagin, un cul-de-sac, au milieu duquel le doigt rencontre un petit moignon mou et ouvert à son centre, qui représente le reste de l'utérus.

— M. Polaillon communique une observation d'absence complète du vagin et de création d'un vagin artificiel qu'il a pratiquée avec succès.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui, depuis l'âge de 15 ans, éprouvait d'abord à intervalles variables, puis tous les mois, des douleurs plus ou moins violentes. Les organes génitaux externes sont bien développés et normalement conformés. Toutefois, il n'y a pas d'ouverture vaginale. La palpation du ventre, combinée avec la tumeur rectale et l'introduction d'une sonde dans la vessie, montre, d'une part, l'existence d'un utérus et d'un col utérin, et, de l'autre, l'absence complète du vagin.

L'opération fut divisée en deux parties séparées par quelques jours d'intervalle : dans une première opération (23 mars) fut créée une voie d'accès jusqu'au voisinage de l'utérus; une deuxième opération (15 avril) permit d'arriver jusqu'à l'utérus et de l'inciser.

Tous les écueils de cette opération furent heureusement évités; elle se termina sans lésion ni de la vessie, ni du rectum, ni du péritoine.

A la date où la malade quitta l'hôpital (13 novembre), elle avait un vagin permettant la copulation. Elle n'était pas réglée, probablement à cause d'une malformation utérine. Mais les douleurs excessives qui, avant l'opération, accompagnaient chaque molimen menstruel, avaient été remplacées par un malaise fort supportable.

— M. Terrillon présente la pièce pathologique d'un cas d'hémato-salpingite double qu'il a récemment opérée.

— M. Terrier présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué avec succès la résection d'un orteil à marteau. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mars 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de calomel.* — *Apoplexie hystérique guérie par l'aimant, la métallothérapie et la suggestion.* — *La théorie ischémique de l'angine de poitrine.*

M. E. Besnier apporte le bilan de ses expériences cliniques relativement au traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio (injections hypodermiques de calomel). M. Balzer a fait connaître dans la précédente séance les résultats qu'il en a obtenus; il a parfaitement indiqué les précautions antiseptiques minutieuses qu'elles réclament, signalé les accidents locaux possibles et donné une formule de la solution à injecter. M. Besnier corrobore sur beaucoup de points ce qu'a dit son collègue; toutefois, il croit indispensable de faire certaines réserves.

Il proteste d'abord contre l'adoption d'une formule fixe de solution, fixe quant aux doses à injecter et quant aux intervalles qui doivent séparer les injections; pas plus dans le traitement de la syphilis que dans celui de toute autre maladie, il ne faut perdre de vue les conditions individuelles variables relatives à l'âge des malades, à leurs antécédents morbides, à la gravité et à l'ancienneté de leurs accidents syphilitiques.

En fait d'accidents locaux, on en observe peu avec l'oxyde jaune de mercure; il est plus fréquent d'en voir survenir après l'emploi du calomel et ils se présentent d'une façon plus insidieuse; pendant les trois ou quatre premiers jours, le malade ne s'aperçoit de rien; puis, du troisième au sixième, apparaît un nodus sous-cutané qui atteint le volume d'une noix pour se résoudre avec lenteur ultérieurement, ou bien s'abcéder,

© BIU Santé

comme l'a dit M Balzer, mais, en tout cas, la durée de ces accidents locaux dure de une à trois semaines. A propos de leur fréquence, M. Besnier signale une erreur que l'on commettrait si on enregistrait sans être prévenu le résultat brut des statistiques publiées à l'étranger. Le pourcentage est établi d'après le nombre des injections pratiquées, mais non d'après le nombre des malades traités. Or, chaque malade reçoit plusieurs injections. Ainsi, telle statistique allemande qui accuse 4 p. 100 d'abcès, signifie en réalité 20 p. 100.

M. Besnier s'oppose aussi à ce qu'on considère comme guéris ces malades qui, ayant été traités par les injections et sortis de l'hôpital débarrassés d'accidents syphilitiques, ne sont plus revenus demander les soins du médecin. Car, depuis que la méthode est mise en expérience dans son service, M. Besnier a constaté qu'elle faisait le vide dans ses salles; soit pusillanimité, soit défiance, beaucoup de malades préfèrent passer dans d'autres services pour y être traités par des méthodes anciennes. M. Besnier voit se reproduire un épisode nosocomial auquel il avait déjà assisté lorsqu'il a expérimenté naguère les injections de peptones mercuriques préconisées par M. Martineau.

Parmi les accidents à distance attribuables aux injections de calomel, M. Besnier signale des douleurs lombo-dorsales et cruro-sciatiques; la stomatite et l'entérorrhée mercurielles — celle-ci trop souvent passée sous silence — n'apparaissent pas beaucoup plus fréquemment qu'avec les autres méthodes. Il n'a pas observé d'albuminurie. Il attire l'attention des observateurs ultérieurs sur certaines céphalées et mélalgies obscures que plusieurs malades ont accusées et dont le traitement est peut-être responsable plus que la maladie. Il signale, en outre, un cas de syphilis méningée survenue vingt et un jours après le début du traitement, et il se demande si celui-ci est absolument irresponsable de la précocité de cette localisation de la maladie.

M. Besnier s'élève contre la théorie *romanesque* qui a servi de point de départ à l'institution de la méthode de Scarenzio ; on a pensé que le mercure introduit à l'état de calomel, ne devant subir que très lentement au contact des chlorures de nos humeurs la surchloruration qui le fait passer à l'état de sublimé soluble, imprégnerait l'organisme d'une façon continue et prolongée. Mais une courte réflexion suffit pour démontrer ce que ce raisonnement a de chimérique. Les 0,40 centigr. de calomel de chaque injection donnent naissance à 0,23 centigr. de sublimé tout au plus, le surplus demeurant à l'état de mercure métallique : calcul fait, la quantité de bichlorure qui peut agir par jour sur les 50 kilogr. de tissus du corps n'est pas supérieure à un milligramme. Comment admettre qu'une dose aussi infinitésimale puisse suffire à entraver la pullulation incessante du germe syphilitique ?

Parmi les accidents syphilitiques il en est qui guérissent sans doute par les injections du calomel, ce sont les syphilides exanthémathiques secondaires et tertiaires ; mais les vraies plaques muqueuses ne guérissent pas si on ne les traite pas en même temps par des cautérisations ; il serait imprudent de compter sur les injections de calomel pour les syphilides secondaires néoplasiques, les accidents ulcéreux tertiaires, les manifestations oculaires et cérébrales.

M. Besnier cite deux observations, l'une d'un malade qui paraissait avoir été guéri par les injections hypodermiques. Treize jours après, les plaques muqueuses reparaissaient. Un autre fut pris, trois semaines après la fin du traitement, d'une syphilis méningée à forme comateuse, qui n'a cédé qu'à l'emploi de l'iodure de potassium introduit par l'estomac.

En résumé, M. Besnier pense que le traitement de la syphilis par la méthode nouvelle n'a pas été encore assez expérimenté pour qu'on puisse engager les praticiens à l'appliquer dans leur clientèle. A cause de l'importance de la question, il propose à la Société médicale des hôpitaux de mettre à l'ordre du jour de ses discussions le traitement général de la syphilis.

M. Balzer réplique à différents points de l'argumentation de M. Besnier. Il n'a pas constaté dans son service cette désertion des malades dont a parlé son collègue. Il admet parfaitement qu'il y ait des cas rebelles à cette méthode comme à toute autre ; il en a signalé, il y en aura toujours.

©BIU Santé

Bien qu'on ne puisse évidemment penser guérir tous les malades avec une dose uniforme, il faut cependant bien adopter une formule fixe pour les doses et les intervalles des injections, surtout dans la clientèle qui fréquente les policliniques hospitalières; il est nécessaire de dire aux malades de revenir à dates fixes recevoir leurs injections.

M. LE PRÉSIDENT déclare que la question du traitement de la syphilis est trop vaste pour être mise à l'ordre du jour, mais il exhorte ceux des membres qui peuvent apporter des renseignements, à le faire en multipliant les communications sur ce sujet.

— M. DUMONTPALLIER communique d'abord une observation d'analgésie hypnotique pendant l'accouchement dont il a déjà fait part à la Société de biologie.

Il lit ensuite une observation d'apoplexie nerveuse, ayant présenté plusieurs particularités intéressantes au point de vue du diagnostic et du traitement. Un homme de 2[illegible] ans, mécanicien, petit-fils d'une épileptique, ayant eu des convulsions dans son enfance, demeuré très nerveux, mais indemne de syphilis, est frappé d'apoplexie dans la rue en sortant de son travail. Après vingt minutes de coma, il est rapporté chez lui atteint d'hémiplégie droite, d'aphasie et de paralysie de la langue, en même temps qu'il ressentait quelques douleurs du côté gauche. Soumis à divers traitements pendant trois mois, il s'était à peine amélioré lorsqu'il entra à l'hôpital. On constatait chez lui à ce moment une diminution considérable de la force musculaire dans les membres droits, une paralysie faciale encore très nette, quoique moindre qu'au début des accidents, et une hémianesthésie complète du même côté que la paralysie. Le traitement consista d'abord en application d'aimants, de courants faibles de la pile Trouvé, et en applications de plaques de laiton, car l'examen métalloscopique avait révélé chez le malade une aptitude au cuivre jaune. Sous l'influence de ces agents divers, on vit se produire à chaque séance le phénomène du transfert : force musculaire, température et sensibilité se modifiaient parallèlement. Quand on eut opéré le transfert, on rendit définitifs, par application de plaques de laiton du côté opposé, les résultats obtenus d'abord passagèrement. Au cours de ce traitement, on s'aperçut que la malade était hypnotisable et accessible aux suggestions. On put alors grâce à l'hypnotisme achever sa guérison et la rendre définitive.

Parmi les côtés les plus curieux de cette observation, M. Dumontpallier signale l'existence de la paralysie faciale que l'on considérait autrefois comme caractéristique des hémiplégies de cause organique. Il ne s'agissait pas de cette fausse paralysie faciale due à la déviation de la bouche par contracture des muscles du côté sain, qu'ont décrite MM. Brissaud et Marie, d'après leur maître M. Charcot. Ici la paralysie était réelle et portait sur la langue aussi bien que sur la face.

M. Dumontpallier rappelle en terminant que ce sont les recherches métallothérapiques qui ont ouvert la voie féconde de l'étude des agents esthésiogènes, du transfert et des autres progrès réalisés depuis quelques années dans le traitement des maladies nerveuses.

M. DEBOVE insiste sur l'impossibilité où l'on est de faire le diagnostic de l'apoplexie nerveuse ou hystérique avec les apoplexies de cause organique. Les symptômes sont identiques, à part l'hémianesthésie cutanée et sensorielle qui se trouve dans l'apoplexie hystérique. La plupart des malades que M. Debove a observés avaient été considérés comme syphilitiques, traités comme tels et considérés comme guéris par le traitement spécifique. Depuis les cas qu'il a communiqués à la Société, il en a trouvé quatre ou cinq autres qui seront consignés dans une thèse prochainement soutenue par un de ses internes, M. Achard.

— M. H. HUCHARD lit un mémoire sur la théorie ischémique de l'angine de poitrine. (Sera publié.) — P. L. G.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE MASQUE DE LA GROSSESSE. — Monin.

Oxyde de zinc pulv... .... 0 gr. 20 centigr.

Précipité blanc.....	0 gr. 10 centigr.
Beurre de cacao.....	ââ 10 grammes.
Huile de ricin.....	
Essence de roses.....	X gouttes.

Mêlez. — Onctions matin et soir sur le visage, pour faire disparaître le masque des femmes enceintes. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Berlin. — Un compatriote de Succi va imiter à Berlin le trop fameux jeûneur. C'est un nommé Cetti, de famille italienne, qui va entreprendre, sous la surveillance d'un comité de médecins berlinois, un jeûne de 30 jours. La police prussienne s'était d'abord opposée à l'entreprise ; elle n'a cédé que devant l'assurance du professeur Virchow que la vie de l'expérimentateur ne courrait aucun danger, et que l'expérience avait un intérêt médical. En tout cas, le public ne sera pas admis à visiter le jeûneur.

— La fièvre jaune vient d'éclater à la Guadeloupe. On pense qu'elle a été importée par les provenances de Panama.

Buda-Pest. — Le ministre de l'intérieur baron Bela Orczy a présenté à la chambre des députés un projet de loi sur la vaccination. Ce projet semble répondre aux besoins de de la population hongroise. — Le club des médecins de Buda-Pest a institué un prix sur la question « de l'hygiène et des soins à donner aux enfants ». — La lutte des dentistes et médecins dentistes continue. Il serait à propos qu'une loi ou un arrêté tranchât la difficulté et mît fin au débat.

— A la Société des médecins de Buda-Pest, pendant les mois de janvier et février 1887, les principales communications ont été celle du professeur Laufenauer sur l'hystéro-épilepsie des enfants ; celle du professeur Schwimmer sur l'urticaire hémorrhagique, celle du professeur Ketli sur la névrite multiple dégénérative, du docteur Eœtvœs sur l'emploi du xylol dans la variole, etc.

Nominations. — Le docteur Holsti, Privatdocent, a été nommé professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté d'Helsingfors.

— Le docteur Korteweg, médecin de l'hôpital des israélites d'Amsterdam, est appelé à la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Groningue ; cette chaire était vacante depuis la mort de M. Ranke.

— La onzième réunion annuelle du Congrès de la Société allemande de chirurgie aura lieu, à Berlin, du 13 au 16 avril.

— Le professeur Politzer va bientôt inaugurer le vingt-cinquième anniversaire de son enseignement à la Faculté de médecine de Vienne. Les élèves reconnaissants vont profiter de cette occasion pour lui offrir, par souscription, son portrait exécuté par l'une des sommités de la peinture.

— La dernière édition de la *Pharmacopée autrichienne* date de 1869. Une commission spéciale vient d'être chargée de la reviser et d'en préparer une nouvelle et 7e édition.

— Le monopole des pharmacies va être aboli dans les grandes villes et grands centres de Russie. Il n'est que provisoirement maintenu dans les petites villes et districts à faible population.

— La profession de dentiste, laissée libre dans presque tous les pays, va être soumise à certaines restrictions en Amérique. Dans le Massachusetts, n'exerceront bientôt plus que les dentistes diplômés par les Ecoles dentaires, ou ceux qui auront subi un examen oral et écrit devant un jury composé de cinq membres, nommés à cet effet. Les frais d'examen et de délivrance du certificat sont naturellement à la charge des candidats.

— Il n'y a en Grèce qu'une seule Faculté de médecine, celle qui fait partie de l'Uni-

©BIU Santé

versité d'Athènes. L'enseignement y est donné par 44 professeurs aux 850 à 900 étudiants qui fréquentent les cours. — Dr Ch. Schmit.

COURRIER

Par décret, en date du 18 mars 1887, M. Brouardel, membre du comité supérieur de l'instruction publique, est nommé membre de la section permanente dudit conseil, en remplacement de M. Béclard, décédé.

— Par décrets, en date du 18 mars 1887, 1° M. Bonnier, docteur ès sciences, maître de conférences de botanique à l'École normale supérieure, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris ;

2° M. Blarez, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

3° M. Hergott, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et accoucheur à la Faculté de médecine de Nancy ;

4° M. Spilmann, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

— Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans sa séance du 17 mars, a donné un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Trousseau. Le service est fait dans cet établissement par vingt religieuses de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul. Sur trente hôpitaux et hospices de Paris, il n'en restera plus que cinq non laïcisés ; l'hôpital Beaujon, Lariboisière, la Charité, Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu, qui occupent en tout cent onze religieuses.

— M. le docteur Frière, médecin en chef de l'asile de Clermont, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Cadillac, par permutation avec M. le docteur Camuset, qui passe médecin en chef à Clermont.

États-Unis d'Amérique. — *Statistique* publiée par le docteur G. W. Carson, secrétaire de *Board of Healsh* de Saint-Louis, dans *Saint-Louis Courrier of médicine*, février 1887 : la mortalité totale de Saint-Louis pour 1886, a été de 8,268 décès, donnant 778 décès de plus que l'année précédente. Le taux annuel de la mortalité dans cette ville, qui compte 400,000 habitants, était en général de 20.67 pour mille. Les décédés se trouvent classés comme suit le rapport du sexe, de la condition sociale, de la race et de l'âge : hommes, 4,530 ; femmes, 3,738 ; — mariés, 2,931 ; célibataires, 5,387 ; — blancs, 7,437 ; de couleur, 831 ; — au-dessous de cinq ans, 3,434, soit 41.5 pour cent, et parmi ces derniers, 3,135 blancs, 299 de couleur. Les décès ont été attribués à des maladies zymotiques, 2,371 ; à des maladies constitutionnelles, 1,605 ; à des maladies locales, 3,130 ; à des affections dues à la croissance, 749 ; à des causes violentes, 413. On remarquera le nombre des célibataires et des enfants en bas âge. Le docteur Carson signale comme un fait curieux le décès d'un homme âgé de 70 ans, qui a succombé à la rougeole ; et il fait remarquer qu'aucun cas de variole n'a été observé pendant l'année 1886 dans la ville de Saint-Louis. Nous en ferons nos compliments bien sincères à cette belle ville, dont la plupart des habitants sont d'origine française. L'auteur ne paraît pas avoir cherché la cause de cette immunité. Peut-on l'attribuer à l'application générale et attentive de la vaccination ? Malheureusement, les décès par la diphtérie ont été nombreux, 749. Quant à la natalité, voici les chiffres : naissances, 10,296, dont 9,900 blancs et 396 de couleur ; sexe mâle, 5,287, sexe féminin, 5,002 ; sexe non indiqué, 7 ; mort-nés, 765. Ce dernier chiffre paraît élevé. Ainsi là, comme ailleurs en général, il naît plus d'hommes que de femmes, mais il en meurt bien davantage.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. F. Terrier : Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison. — III. Bibliothèque : Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse. — IV. Revue des Journaux : Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 29 mars. — Au début de la séance, sur l'invitation de M. le Président, et après lecture du décret qui approuve l'élection de M. Bergeron comme secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Béclard, le nouveau titulaire a pris possession de son poste. Ces petites cérémonies d'apparat ne vont jamais sans un échange de quelques paroles de politesse et de courtoisie. M. le président Sappey s'entend à merveille à faire ces petits discours, qu'il relève par la dignité grave et quelque peu solennelle de sa parole; M. Bergeron ne s'entend pas moins à y répondre avec esprit et finesse. Le tout a formé un ensemble agréable, souligné par les applaudissements de l'Académie et du public.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance et de la communication de M. Ball sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections d'Eucalyptol, M. Dujardin-Beaumetz, après ouverture du pli cacheté déposé en novembre dernier par M. le docteur Roussel (de Genève), auteur de cette médication, a exposé les résultats des essais qu'il a commencés, il y a trois mois, sur les phthisiques de son service. Ces résultats ne concordent pas avec ceux obtenus par M. Ball, et, en résumé, d'après M. Dujardin-Beaumetz, il n'y aurait pas lieu de concevoir de bien grandes espérances sur la valeur de l'Eucalyptol dans le traitement de la tuberculose.

En voyant M. Ball monter à la tribune après la communication de M. Dujardin-Beaumetz, on a pensé qu'il allait répondre à son collègue au sujet de l'Eucalyptol. Il n'en a rien été. M. Ball venait porter à la tribune de l'Académie de médecine une question qu'il a traitée récemment devant l'aréopage de l'Académie des sciences, la question de la *morphinomanie*, ce mal qui répand la terreur, produit d'une civilisation trop raffinée, en un siècle où le surmenage physique, intellectuel et moral des affaires et des plaisirs a conduit tant de gens à la névrose, mère de la douleur et de l'insomnie. M. Ball a lu un travail qui lui est commun avec M. O. Jennings, sur le traitement de cette grave maladie. Tout le monde sait que le malade qui a pris l'habitude de ce médicament-poison, la morphine, arrive à ne plus pouvoir s'en passer. Dès qu'il a été privé pendant quelque temps de son stimulant d'habitude, il tombe dans un état de prostration physique et moral extrêmement pénible et qui finit par être insupportable à ce point que le patient, à bout de force, est porté invinciblement à prendre une nouvelle dose de poison. Il se trouve alors ranimé, fortifié, transformé. Le cœur qui défaillait se relève, les facultés intellectuelles qui s'engourdissaient se réveillent et le malade rentre dans les conditions de la vie normale jusqu'à ce que survienne une nouvelle période d'affaissement.

Parmi les nombreux agents médicamenteux employés pour combattre cet état de dépression qui entretient chez les morphinomanes l'habitude funeste de leur stimulant toxique, MM. Ball et Jennings donnent la préfé-

©BIU Santé

rence au sulfate de spartéine qu'ils administrent sous forme d'injections hypodermiques à la dose de 2 à 4 centigrammes, renouvelable au besoin. De nombreuses expériences leur ont montré l'efficacité de ce médicament qui est un stimulant et un tonique du cœur. On doit pratiquer l'injection hypodermique de sulfate de spartéine au moment même où se fait sentir chez le morphinomane cet état de défaillance, de prostration d'où nait le besoin irrésistible de prendre une nouvelle dose de morphine. L'habitude de la morphine se perd ainsi, grâce à la stimulation cardiaque provoquée par le sulfate de spartéine ; il ne reste plus au médecin qu'à modifier par les toniques généraux la constitution des malades et à les soumettre à une surveillance rigoureuse de la part de leur entourage pour les empêcher de retomber dans leurs funestes habitudes.

Des tableaux graphiques relevés par les auteurs et annexés à leur travail montrent les diverses phases par lesquelles passe l'impulsion cardiaque chez les morphinomanes.

La discussion sur l'inspectorat des eaux minérales nous a valu aujourd'hui deux communications très intéressantes à des titres divers, l'une de M. Hardy, qui, sous la forme vive et incisive qui lui est familière, s'est déclaré partisan du *statu quo* actuel avec quelques modifications de détail ; l'autre de M. Brouardel qui, après une étude approfondie du sujet et un examen critique du projet de la commission, a proposé un contre-projet dont le renvoi à la commission a été, sur la demande de l'auteur, prononcé par l'Académie. On trouvera au compte rendu l'analyse du discours de M. Hardy et l'exposé du contre-projet de M. Brouardel.

La séance s'est terminée par une lecture de M. le docteur Albin Meunier (de Lyon) sur *un nouveau développement de la méthode des injections hypodermiques*, et par une communication très importante de M. le professeur Cornil, au nom de MM. les docteurs Chantemesse et Widal. Dans ce travail, les auteurs montrent, à l'aide de statistiques irréfutables, que la recrudescence de la fièvre typhoïde observée, à Paris, depuis le mois de janvier, a eu lieu sous l'influence de la distribution de l'eau de rivière au lieu de l'eau de source. N'est-ce pas le cas de dire : *caveant consules !*

Un scrutin pour l'élection d'un correspondant national s'est terminé par l'élection de M. le docteur Louis Thomas (de Tours), qui a obtenu 41 suffrages sur 73 votants. — A. T.

— On était bien cent cinquante au banquet de vendredi dernier, pour féliciter M. Brouardel de son élévation au titre de doyen. Les poignées de main et les toasts flatteurs n'ont pas manqué à l'éminent professeur dont les « qualités harmonieuses » ont inspiré de si vives sympathies et dont la fermeté dans l'exercice de ses nouvelles fonctions promet à notre Ecole toutes les réformes compatibles avec les temps troublés que nous traversons. « Je suis têtu », a dit M. Brouardel, en nous promettant de se dévouer à sa tâche. Et nous espérons bien que, sans écouter « les sceptiques », il saura aborder de front, chacune à son heure, des questions encore à peine soulevées, mais qui font peu à peu leur chemin. Nous espérons que l'ancienne organisation des concours, les formes surannées de l'enseignement théorique, le bavardage à outrance et toutes les vieilles routines qui nous entravent, finiront par disparaître avec la robe et la toque professorales qui les symbolisent, et qu'on s'étonne de voir survivre à tant de révolutions.

L.-G. R.

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

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.

La nommée Gervais (Eugénie), femme Tessier, couturière, âgée de 52 ans, entre le 26 mai 1884, salle Chassaignac, lit n° 22, pour se faire soigner d'une tumeur abdominale.

A l'époque de la ménopause, il y a deux ans, le ventre de cette femme commença à grossir; pendant la première année, le développement fut lent et ne causa aucune douleur; tout se réduisait à une constipation opiniâtre et à des mictions plus fréquentes, non accompagnées de cuisson. Depuis un an, au contraire, le ventre s'accroît plus rapidement et a perdu sa symétrie, il occasionne une très grande gêne par son volume, par les tiraillements et les compressions qu'il produit; aussi la malade se plaint-elle de douleurs vives dans les reins, la respiration et la digestion sont pénibles, la dysurie et la constipation sont très marquées.

Cette femme n'avait jamais présenté de troubles de la menstruation; les règles s'établirent à l'âge de 12 ans, elles furent toujours très exactes et la ménopause survint sans difficulté à l'âge de 50 ans. Mariée à seize ans, elle eut deux enfants à terme : l'un à 18, l'autre à 19 ans; elle fit, en outre, deux fausses couches, toutes les deux de quatre à cinq mois, à une quinzaine d'années de distance. La mère de la malade est morte de grandes pertes causées par un cancer de l'utérus.

Le ventre est très fortement asymétrique, il est très développé dans la région sous-ombilicale et dans le flanc gauche, où la tumeur refoule l'échancrure costo-iliaque et déborde le bassin. Il existe un lobe peu saillant, du volume du poing et faisant corps avec la tumeur, immédiatement à gauche de l'ombilic.

La circonférence du ventre mesurée au niveau de l'ombilic est de un mètre, la distance qui sépare l'ombilic de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est de 29 centimètres, celle qui le sépare de la droite n'est que de 25 centimètres, enfin l'ombilic est à 18 centimètres de l'appendice xyphoïde et à 28 de la symphyse pubienne.

La peau est peu distendue et saine, un réseau veineux peu développé et uniformément réparti s'étend sur tout l'abdomen. L'ombilic, un peu déplissé, n'est pas saillant.

La limite supérieure de la matité est une ligne courbe à convexité inférieure, dont le milieu descend jusqu'à l'ombilic, tandis que les extrémités remontent obliquement dans les flancs et vont se perdre dans les hypochondres : à droite, on peut distinguer la matité du foie de celle de la tumeur à cause de l'interposition d'une bandelette de sonorité; à gauche, on trouve le son stomacal dans l'hypochondre; la partie la plus reculée des échancrures costo-iliaques est sonore.

Il n'y a pas d'ascite. Dans toute l'étendue de la matité, la consistance est rénitente, on peut délimiter plusieurs bosselures arrondies; il existe, en outre, deux masse dures : l'une à l'hypogastre, un peu à droite de la ligne médiane; l'autre dans la fosse iliaque droite.

L'utérus est un peu élevé, il est normal en volume, en forme, en consistance, en direction, mais il est absolument fixe; la pression sur l'hypogastre n'abaisse pas l'utérus; quand on essaie de le refouler en haut, on provoque des douleurs lombaires. On ne sent aucune tumeur au fond des culs-de-sac. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Une ponction, faite le 28 mai, retire quatorze litres et demi d'un liquide brun noirâtre; le ventre s'affaisse à gauche et en bas; la masse dure, située à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite, persiste.

Opération, le 1er juillet 1884, avec l'aide de MM. Périer, Just Championnière et Berger.

L'incision médiane sous-ombilicale saigne un peu et on arrive, avec quelques tâtonnements, au péritoine, vu les adhérences de la paroi au kyste. Ces adhérences furent décollées, elles s'étendaient sur toute la surface de la tumeur. Pas d'ascite.

Ponction d'une poche qui donne issue à un liquide coloré en rouge. Par le même orifice on ponctionne une deuxième poche d'où s'écoule un liquide citrin. On évacue ainsi douze litres de liquide.

©BIU Santé

L'incision abdominale est agrandie en haut et en bas avec des ciseaux.

Le kyste est dégagé à gauche, puis en haut et à droite. Il n'y pas d'adhérences à l'épiploon, une seule à l'intestin grêle. Le pédicule, situé à gauche, est saisi entre deux pinces courbes et sectionné. Un lobe du kyste adhérait au cul-de-sac vésico-utérin, et ces adhérences saignent en nappe. Le pédicule large est divisé en deux : un utérin et un utéro-ovarien; on place deux ligatures sur chacun d'eux. Quelques ligatures au catgut sont faites sur les vaisseaux des parois. Toilette péritonéale, étalement de l'épiploon en avant des intestins. Suture avec douze fils d'argent. Durée : 45 minutes. Lister complet et rigoureux.

Le 1er juillet. — Soir : Quelques nausées ce matin ; douleurs dans les reins et le bas-ventre. Un demi-centigramme de morphine en injection. Temp. 39°6, pouls 100, resp. 29.

Le 2. — Matin : Pas de nausées ; peu de douleurs de ventre. Temp. 38°8, pouls 94, resp. 25. — Soir : Quelques coliques. Temp. 39°2, pouls 100, resp. 28.

Le 3. — Matin : Quelques coliques, pas d'émissions gazeuses par l'anus. Temp. 38°, pouls 90, resp. 23. — Soir : Même état. Quantité d'urine dans les vingt-quatre heures : 800 grammes. Temp. 38°8, pouls 100, resp. 26.

Le 4. — Matin : Peu de douleurs, émissions gazeuses par l'anus. Temp 37°6, pouls 84, resp. 20. — Soir : Même état. Quantité d'urine : un litre. La malade boit un peu de lait. Temp. 38°4, pouls 90, resp. 23.

Le 5. — Matin : Premier pansement : la plaie est réunie dans toute sa longeur ; sa partie moyenne est légèrement rouge. Le ventre est aplati, non douloureux. Six points de suture sur douze sont retirés. Temp. (avant le pansement) 37°8, pouls 80, resp. 20. — Soir : Un peu de fièvre, pas de nausées, ni de coliques ; quantité d'urine : 800 grammes. La malade prend deux litres de lait. Temp. 39°, pouls 90, resp. 24.

Le 6. — Matin ; La malade passe dans la salle commune. Temp. 38°2, pouls, 80, resp 20. — Soir : Temp. 39°, pouls 92, resp. 25.

Le 7. — Matin : Deuxième pansement : les six derniers fils sont enlevés, ventre souple, indolore, réunion parfaite. Erythème léger. Temp. 38°8. — Soir : Temp. 39°.

Le 8. — Matin : Eruption d'érythème phéniqué sur tout l'abdomen, pansement au chloral. Temp. 38°4. — Soir : Temp. 38°8.

Le 9. — Matin : Temp. 38°4.

Le 10. — La température tombe à 37°7. On donne à la malade des potages, des œufs et du vin. Les forces reviennent rapidement et la malade part pour le Vésinet le 1er août 1884.

La tumeur enlevée pesait 6 kil. 500, c'était un kyste multiloculaire à grandes loges. On avait retiré 11 litres de liquide pendant l'opération.

Le 13 mai 1885. — Mme T... n'a plus revu ses règles depuis l'opération. L'état général est excellent, sauf quelques étourdissements. La cicatrice toute sous-ombilicale est un peu chéloïdienne et a 12 cent. de long ; à sa partie inférieure on constate une légère éventration.

Cette observation est un exemple fort net du développement d'une tumeur kystique de l'ovaire au moment de la ménopause, fait qui nous paraît des plus fréquents.

L'incision abdominale avait été fort longue, puisqu'elle a nécessité l'application de douze points de suture d'argent ; d'ailleurs la guérison n'en a pas été moins rapide, cette longueur de l'incision n'offrant en général aucune importance pour le pronostic.

Notons enfin la température un peu élevée de la malade, à partir du cinquième jour qui a suivi l'opération, température parfaitement explicable par l'érythème phéniqué. Celui-ci fut assez intense pour nécessiter un changement de pansement et faire substituer au pansement de Lister le pansement au chloral (solution à 5 p. 1,000).

BIBLIOTHÈQUE

LÉSIONS CARDIO-VASCULAIRES D'ORIGINE NERVEUSE, par le docteur Ulrich SCHNELL. — Thèse de Paris, 1886.

Le but que s'est proposé l'auteur dans ce travail a été de rechercher, à l'aide d'expériences faites sur les animaux, si certaines lésions cardio-vasculaires ont une origine nerveuse réelle. Son travail comprend deux parties. Dans la première, il expose l'état de nos connaissances sur la clinique et l'anatomie pathologique du sujet ; dans la seconde il rapporte les expériences qu'il a entreprises sur les animaux.

Il ne fait de doute pour personne, après les expériences de Couty, de Bochefontaine, de Stricker, de F. Franck, de Brown-Séquard, etc., que le cerveau sain ou malade puisse produire des modifications dans l'activité cardiaque. Il serait donc utile de savoir si certaines lésions matérielles des centres nerveux peuvent également donner lieu à certaines altérations nutritives de l'appareil circulatoire. L'état fenêtré des valvules aortiques observé chez certains paralytiques généraux et chez des tabétiques par Zohrah et Tessier ne peut être rattaché d'après Schnell à la lésion nerveuse. L'auteur réfute ensuite une série d'observations d'hémiatrophie cérébrale, de paralysies bulbaires, de pouls lent avec attaques syncopales et épileptiformes, de compression bulbaire et médullaire, de ramollissement médullaire, d'atrophie musculaire progressive, de tabès spasmodique, de scléroses en plaques. Toutes les cardiopathies observées dans ces différentes affections se rattachent aux facteurs étiologiques vulgaires des maladies du cœur (rhumatisme, artério-sclérose, syphilis, maladies infectieuses, alcoolisme, sénilité, dénutrition, etc.). Quant aux cardiopathies du tabès, l'auteur en discute plus longuement l'origine nerveuse et conclut en disant que l'ataxie « n'a toujours été qu'une maladie coïncidante ». La conclusion à tirer de tout cela, c'est qu'on ne peut pas, à l'aide des données cliniques et anatomo-pathologiques, expliquer les cardiopathies observées dans les maladies du système nerveux par la théorie de l'action trophique. Il est donc permis de chercher un mode pathogénique différent.

Or, dans un certain nombre d'observations de paralysie bulbaire, de compression de la moelle, de goitre exophthalmique, de lypémanie, etc., on voit constamment s'enchaîner les faits pathologiques suivants : troubles matériels ou dynamiques des cellules nerveuses palpitations, lésions nutritives du muscle cardiaque se traduisant par l'hypertrophie ou la dilatation. De nombreux faits physiologiques et pathologiques prouvent d'une part que les troubles de l'activité nerveuse engendrent les palpitations, d'autre part que les palpitations conduisent à l'hypertrophie ou à la dilatation du cœur. Par le fait de l'action nerveuse, il se produit une augmentation de travail du cœur. « Cette augmentation de travail est la résultante de deux facteurs : palpitations et élévation de la pression sanguine. » Ou bien le cœur résiste et s'hypertrophie, ou bien il se fatigue et se laisse dilater.

Pour ce qui concerne les lésions du système nerveux périphérique, M. Schnell n'a pas trouvé d'observations démonstratives. Les cardiopathies constatées à l'autopsie de sujets atteints d'altérations des pneumogastriques, des sympathiques cervicaux, du plexus cardiaque et des nerfs viscéraux mêmes ne peuvent être rattachées d'une façon exclusive à la lésion nerveuse ; car il faut toujours tenir compte d'un processus morbide général duquel paraissent dépendre à la fois la lésion cardiaque et la lésion nerveuse. Il n'en est pas de même de certaines névralgies du membre supérieur gauche qui provoqueraient à coup sûr des lésions nutritives du myocarde, par action réflexe sur le cœur.

En résumé, il est loin d'être démontré que l'influence des altérations nerveuses puisse s'exercer sur la nutrition des parois cardio-vasculaires et y produire de véritables lésions : aucune observation clinique ou anatomo-pathologique ne permet d'avancer ce fait.

Dans la seconde partie de son travail, M. Schnell expose les résultats qu'il a obtenus par ses expériences. D'une part la section des nerfs pneumogastriques a presque toujours été suivie de dégénérescence graisseuse du myocarde.

D'autre part, les animaux (pigeons) soumis à l'inanition offrent également, d'après les expériences de Schnell, une dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire du cœur. L'auteur pense que cette lésion expérimentale est due à l'action simultanée de l'inanition

©BIU Santé

et des troubles de la respiration et du cœur, nécessitant une suractivité du muscle cardiaque. Enfin, contrairement aux résultats obtenus par Lewachew, Giovanni et Martin, il n'a jamais constaté de lésion vasculaire à la suite de la section du sympathique. En résumé, les faits expérimentaux négatifs de M. U. Schnell montrent qu'avant de se prononcer d'une façon absolue sur les cardiopathies d'origine nerveuse, de nouvelles expériences et des observations plus nombreuses sont nécessaires. Si donc la thèse que nous venons d'analyser n'offre rien que le lecteur ne ne sache déjà, elle n'en est pas moins bien comprise et intéressante à lire. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur d'avoir jeté un peu de lumière sur un sujet encore si obscur et si discuté. — P. Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive, par le docteur Ladame, Privatdocent à l'Université de Genève. (*Revue de médecine*, octobre 1886.) — On reconnait aujourd'hui dans l'atrophie musculaire progressive deux types absolument distincts ; dans l'un, les lésions siègent dans les cellules motrices de la substance grise de la moelle épinière, c'est l'atrophie musculaire progressive myélopathique, c'est le type Aran-Duchenne ; dans l'autre, la fibre musculaire est seule atteinte, la cellule spinale et la fibre nerveuse, depuis le prolongement de Deiters jusqu'à sa terminaison intra-musculaire, sont parfaitement indemnes, c'est l'atrophie musculaire progressive myopatique, ou myopathie atrophique progressive de Landouzy et Déjerine.

Après une critique et un historique de la question extrêmement intéressants, le docteur Ladame publie une observation dont le sujet présente « un cas type d'une atrophie musculaire progressive, forme juvénile de Erb avec participation de la face, c'est-à-dire qu'il réalise complètement le type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine ».

Cette observation très détaillée et très complète est suivie de considérations importantes sur le traitement de cette affection. « Après divers essais, dit le docteur Ladame, je crois pouvoir proposer comme la meilleure méthode de traitement la galvano-faradisation, d'après le procédé indiqué par de Watteville (de Londres). Le courant induit de la bobine secondaire et le courant galvanique passent dans le même fil et ont même direction, de sorte que l'électrode positive, ou l'anode, renferme les deux pôles positifs des courants combinés, et la kathode leurs pôles négatifs. Je n'emploie pas la méthode polaire pour ce genre d'électrisation dans ce cas particulier. Je choisis deux électrodes moyennes ou petites (25, à 10 ou 5 centimètres carrés suivant le muscle) et je les applique toutes deux directement sur les muscles que je veux électriser, d'après la méthode de Duchenne : j'applique aussi l'anode sur le point d'élection du tronc nerveux et je promène l'électrode négative dans tous les sens sur les masses musculaires malades. Cette sorte de massage électrique est très énergique et ne doit être employé qu'avec précaution. S'il faut réveiller l'activité vitale du muscle, on doit craindre d'un autre côté de dépasser le but et de l'épuiser. C'est pourquoi il est nécessaire de contrôler avec grand soin la force des courants électriques que l'on emploie. Cette force doit varier, sans doute, suivant la région et suivant l'état des muscles ; on peut admettre comme moyenne pour le courant faradique celle qui correspond à une contraction modérée du muscle lorsque ce courant est employé seul, et pour le courant galvanique une intensité de trois à six ou huit milliampères au maximum. Les séances ne dépasseront pas un quart d'heure. Elle peuvent être journalières. Ce mode de traitement doit être commencé, cela va sans dire, si possible, dès le début de la maladie et continué pendant des années, en surveillant attentivement le système musculaire du patient, et en le soumettant de temps à autre à une investigation minutieuse. Chaque année on devrait faire l'inventaire de l'état des muscles et noter exactement comment ils réagissent à la faradisation et à la galvanisation ; puis, après quelques semaines ou quelques mois (2 à 3 mois) de traitement, suspendre les séances d'électrisation qui seront remplacées par les bains de mer, une cure hydrothérapique et un séjour à la montagne, après quoi on reviendra à l'électrisation. Il va sans dire que les résultats seront d'autant plus favorables que l'on commencera le traitement plus tôt et qu'on le suivra avec plus de persévérance ». — E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Bergeron comme secrétaire perpétuel en remplacement de M. Béclard, décédé.

M. le Président, en quelques mots empreints de courtoisie, invite M. Bergeron à prendre sa place au bureau.

M. Bergeron, secrétaire perpétuel, avant de s'asseoir, remercie M. le président de ses paroles aimables.

Cet échange de bons procédés entre les deux plus hauts dignitaires de l'Académie est accueilli par de nombreux applaudissements.

Mme veuve J. Béclard écrit à l'Académie pour la remercier des honneurs qu'elle a décernés à son mari à la cérémonie des obsèques.

Diverses présentations de brochures et de travaux manuscrits sont faites par MM. Brouardel, Proust, Mesnet, Laboulbène, Léon Le Fort, Polaillon, Verneuil, Léon Colin.

— M. Proust, secrétaire annuel, donne lecture du pli cacheté déposé en novembre 1886, par M. le docteur Roussel (de Genève), et relatif au traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'Eucalyptol.

M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Ball sur ce sujet, dit qu'il a fait lui-même depuis trois mois des injections d'Eucalyptol sur les malades de son service atteints de phthisie pulmonaire, et qu'il n'a pas obtenu de cette médication les mêmes effets que son collègue.

Il résulte de ses observations que l'Eucalyptol exerce une action réelle sur les sécrétions pulmonaires et qu'il diminue celles-ci; quant à la disparition des bacilles des crachats, dont a parlé M. Ball, il déclare qu'il n'a rien observé, pour sa part, de semblable.

Cette influence de l'Eucalyptol sur la sécrétion pulmonaire peut avoir des inconvénients dans certains cas, et M. Dujardin-Beaumetz a vu, chez plusieurs malades, la diminution de l'expectoration être suivie de symptômes plus ou moins graves d'oppression. De plus, l'exhalation continuelle de l'essence d'eucalyptus à travers les voies respiratoires finit par inspirer aux malades un véritable dégoût.

La pratique dont il s'agit a donc, à côté de ses avantages, plusieurs inconvénients sérieux.

Quant au mode d'emploi, M. Dujardin-Beaumetz donne la préférence à la solution d'Eucalyptol dans la vaseline liquide médicinale dans la proportion de 20 à 30 p. 100. Il l'injecte à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme d'Eucalyptol par jour. Les effets qu'il a obtenus par ce moyen n'ont rien de spécial, car il les a obtenus aussi avec des injections d'huile d'arachide.

En résumé, suivant M. Dujardin-Beaumetz, il n'y aurait pas lieu d'ajouter une grande confiance à l'efficacité des injections d'Eucalyptol dans la tuberculose.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national (deuxième division).

Voici le classement des candidats : En première ligne, M. L. Thomas (de Tours); en deuxième ligne, M. Surmay (de Ham); en troisième ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en quatrième ligne, M. Demons (de Bordeaux); en cinquième ligne, M. Queirel (de Marseille); en sixième ligne, M. de Closmadeuc (de Vannes).

©BIU Santé

Le nombre des votants étant de 73, majorité 37, M. L. Thomas obtient 41 voix (élu): M. Surmay, 23; M. Dezanneau, 6; M. de Closmadeuc, 3.

— M. Ball, en son nom et au nom de M. O. Jennings, fait une communication sous le titre suivant : *Considérations sur le traitement de la morphinomanie.*

Si, disent les auteurs, on étudie, à l'aide du sphygmographe, le tracé du pouls chez les morphinomanes, on obtient une courbe qui dessine très exactement les variations par lesquelles passent les fonctions circulatoires.

Dans l'état de besoin, le morphinomane, privé depuis un temps plus ou moins long de son stimulant naturel, est en proie à une faiblesse et à une véritable atonie du muscle cardiaque; il se sent défaillir et toutes les actions vitales semblent suspendues chez lui.

Aussitôt après la piqûre, la scène change, le cœur se relève et les centres nerveux reprennent leur activité; il s'opère dans tout son être une véritable transformation.

Le problème à résoudre pour ramener les morphinomanes à l'état normal consiste à supprimer le stimulant habituel et à le remplacer au moment du besoin par un médicament capable de réveiller l'activité de la circulation, et de rendre aux tissus vivants leur aliment indispensable. Divers agents ont été mis à contribution.

Les auteurs du travail que nous analysons ont pensé qu'il serait préférable de s'adresser aux toniques du cœur et de relever l'action de cet organe au moment où il commence à défaillir.

Dans ce but, ils se sont adressés au sulfate de spartéine qu'ils administrent par voie d'injections hypodermiques, à la dose de 2 à 4 centigrammes, pouvant être répétée au besoin. Ils voient, au bout de quelques minutes, le pouls se relever et le malaise disparaître.

La nitro-glycérine a été encore employée par eux dans le même but, sous forme de quelques gouttes déposées sur la langue. Mais les effets de cette dernière substance sont beaucoup plus rapides et plus éphémères que ceux de la spartéine. On pourrait utiliser la nitro-glycérine dans les cas légers et réserver la spartéine pour les cas graves.

Ce traitement, dont ils ont souvent expérimenté les bons effets, est applicable surtout à la période où le morphinomane, privé de son poison d'habitude, traverse une période d'angoisse qui fait souvent reculer les courages les plus déterminés.

Au bout de quelques semaines, l'épreuve est terminée, le morphinomane ne souffre plus des privations qui lui sont imposées, et, s'il n'est pas encore guéri, il est du moins sorti de la captivité où le retenait un impérieux besoin. Il ne reste plus qu'à fortifier l'organisme dans son ensemble et à garantir le malade contre ses égarements par une surveillance rigoureuse.

— M. le Président déclare une vacance dans la section de pharmacie par suite du décès de M. Mialhe.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

M. Hardy se déclare partisan du maintien de l'inspectorat et de l'état de choses actuel avec quelques modifications. Il pense qne les eaux minérales doivent être surveillées et que cette surveillance doit être faite par des médecins.

Mais quels seront les médecins? Quels seront leurs fonctions? Comment seront-ils nommés? Autant de questions sur lesquelles l'Académie est appelée à donner sa décision.

L'orateur se demande pourquoi on ne conserverait pas l'inspectorat tel qu'il est actuellement; il s'attache à réfuter les objections et les reproches qui ont été dirigés contre cette institution. Il examine ensuite la question de la nomination des médecins-inspecteurs et se déclare en faveur du mode adopté par la commission et qui consiste à ce que l'Académie présente deux candidats entre lesquels le ministre devra choisir.

Sous ce rapport M. Hardy va même plus loin que la commission et demande que les adjoints, nécessaires dans les stations très fréquentées pour soigner les indigents concurremment avec l'inspecteur et pour remplacer ce dernier à l'occasion, soient également désignés au choix du ministre par l'Académie.

M. Hardy est donc pour l'inspectorat médical et permanent ; il pense que cette institution fortifiée peut rendre de grands services et il la préfère beaucoup à celle des inspecteurs régionaux proposés par M. Rochard.

Tout en n'acceptant pas les inspecteurs régionaux M. Hardy pense cependant qu'il est nécessaire que l'administration soit représentée aux établissements des eaux minérales par un haut fonctionnaire qui y ferait quelques visites et qu'on devrait envoyer à l'occasion dans des circonstances importantes. Mais, dans ces cas, le ministre aura sous la main des agents désignés spécialement par leurs fonctions et par leur titre. A-t-on à s'occuper du captage, de l'aménagement des eaux, l'inspecteur général des mines chargé du service des eaux minérales devra se rendre aux lieux indiqués ; s'agit-il, au contraire, de questions médicales, la mission devra être confiée à l'inspecteur général des services sanitaires, auquel on pourra donner un adjoint comme cela existait il y a quelques années. Dans ce système plus simple, il n'y a pas de places nouvelles à créer, il y a seulement à utiliser des fonctionnaires qui existent déjà.

Enfin M. Hardy voudrait que les médecins-inspecteurs fussent payés comme ils l'étaient il y a quelques années et par le même mode.

L'orateur termine en disant qu'il se soumet d'avance au jugement de l'Académie, persuadé qu'après avoir entendu des avis différents, elle saura choisir, dans la question qui lui est soumise, la solution la plus conforme aux intérêts et à la prospérité des établissements d'eaux minérales.

M. Brouardel prononce un discours dont voici les conclusions :

« Il est possible de ne pas soumettre toutes les stations d'eaux minérales de France à un même système de contrôle.

« En mon nom personnel, je fais une proposition que je prie la commission de vouloir bien soumettre à une nouvelle étude.

« La surveillance des stations d'eaux thermales est d'ordre gouvernemental; les intérêts de tous sont liés à l'entretien de leur prospérité.

« Cette surveillance générale sera exercée par le ministre du commerce. Le comité consultatif d'hygiène publique, institué près de son département, provoquera l'envoi de délégués spéciaux, ingénieurs des mines, chimistes ou médecins, suivant les cas particuliers, suivant les besoins signalés.

« La surveillance locale sera exercée par le préfet; le conseil d'hygiène du département provoquera la délégation soit de l'ingénieur des mines du département, membre du conseil d'hygiène, soit d'un chimiste également pris dans son sein, soit de l'inspecteur de l'hygiène du département, qui sera chargé de la surveillance hygiénique et administrative.

« Le plus grand nombre d'entre nous sait, en effet, que le projet de loi étudié par le comité d'hygiène et déposé au nom du gouvernement sur le bureau de la Chambre, ainsi que le projet déposé par M. Siegfried, au nom d'un groupe important du parlement, prévoit cette création. Or, cet inspecteur qui n'aura aucun intérêt dans la station, qui ne pourra y exercer la médecine, échappera à l'autorité du fermier et aux rivalités des médecins.

« Le service local sera fait, dans les petites stations, celles qui ne comptent que cinq médecins au plus, par un médecin nommé par le ministre du commerce, sur la présentation du comité consultatif d'hygiène. Ce médecin serait chargé du traitement des indigents et des malades ayant droit à la gratuité. Il serait chargé également de rédiger le rapport administratif envoyé au ministre et le rapport scientifique envoyé à l'Académie.

« Dans les stations qui ont plus de cinq médecins, ceux-ci seraient réunis une fois par an sous la présidence du préfet; ils nommeraient une commission de trois membres ou plus, suivant les besoins du service. Ces trois membres choisiraient leur président et seraient chargés de toutes les fonctions dévolues par l'article précédent au médecin délégué.

« Dans le cas où les médecins ne pourraient tomber d'accord pour choisir leurs délé-

©BIU Santé

gués et dans celui où ceux-ci ne rempliraient pas leurs devoirs, le ministre, le comité consultatif entendu, désignerait trois médecins pour remplacer les précédents.

« Tel est, messieurs, dans ses lignes principales, le contre-projet que je vous prie de vouloir bien renvoyer à l'étude de mes collègues de la commission des eaux minérales. »

L'Académie, consultée, renvoie le contre-projet de M. Brouardel à la commission.

M. le docteur Albin Meunier lit un travail relatif à un *nouveau développement de la méthode des injections hypodermiques.*

Ce développement consiste dans l'emploi de la vaseline liquide comme véhicule d'un grand nombre de substances telles que le *phénol*, le *thymol*, le *sulfure de carbone*, l'*iode*, le *brome*, le *phosphore*, les *iodures*, etc., substances dont l'absorption par le tube digestif était incertaine et les doses vraiment assimilées par l'organisme inconnues. Désormais on opérera à coup sûr par les injections hypodermiques à base de vaseline.

M. Cornil lit, au nom de MM. les docteurs Chantemesse et Widal, un travail intitulé : *L'eau de rivière et la fièvre typhoïde à Paris.*

Dans ce travail, les auteurs, suivant les épidémies successives qui ont été observées à Paris depuis l'année 1882 jusqu'à l'époque actuelle, montrent à l'aide de statistiques absolument convaincantes la relation qui existe entre l'apparition de ces épidémies et la distribution dans Paris de l'eau de rivière au lieu de l'eau de source.

Tenant compte, d'une part, de la théorie de Pettenkoffer sur l'influence de l'abaissement de la nappe d'eau souterraine; d'autre part, de la découverte du bacille de la fièvre typhoïde, les auteurs admettent que, par suite de la diminution de la masse des eaux, les organismes pathogènes se concentrent et acquièrent consécutivement une augmentation considérable de leurs propriétés nocives.

Les cultures des bacilles, d'après les expériences de MM. Chantemesse et Widal, sont stérilisées par l'ébullition; d'où le conseil qu'ils donnent aux habitants forcés de boire de l'eau de rivière, de faire bouillir l'eau dont ils se servent pour cet usage.

M. Léon Colin fait remarquer que la corrélation entre la recrudescence de la fièvre typhoïde dans les casernes et l'usage de l'eau de rivière a été mise hors de doute par l'observation des épidémies dans ces dernières années. Aussi, depuis quelque temps, a-t-il été prescrit, dans chaque caserne, de ne plus faire usage que de l'eau de source pour les usages de la boisson.

M. de Ranse demande que la population parisienne soit avertie par l'administration, lorsque celle-ci se voit forcée de distribuer de l'eau de Seine au lieu de l'eau de source. On pourrait alors prendre les précautions nécessaires.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

FORMULAIRE

Solution antiseptique. — Panas.

Bi-iodure d'hydrargyre.....	0 gr. 05 centigr.
Alcool à 90°.....	20 grammes.
Eau distillée.....	1,000 —

Dissolvez le sel dans l'alcool, versez cette solution dans l'eau, agitez et filtrez.

L'auteur recommande cette solution, dans l'opération de la cataracte par extraction. — Comme instrument laveur de l'œil, il se sert d'un appareil Richardson, terminé par un tube et un robinet en caoutchouc durci; pour pousser l'injection dans l'œil, à la fin de l'opération, il emploie une sorte de compte-gouttes. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'assemblée générale du collège des docteurs en médecine de Vienne s'est réunie le 28 février. Le collège est composé de 361 membres ; il possède un capital de 2,464,443

florins. L'année dernière, cette Société a fourni 141 pensions de 660 florins chacune; on a proposé d'élever le taux de ces pensions à 700 florins.

On sait que le collège tient aussi des réunions scientifiques. Le 8 mars, par exemple, les professeurs Nothnagel et Toldt ont entretenu leurs collègues du diagnostic des maladies cérébrales.

— La « Provinciaal Genootschap van Kunsten en Wetenschapen » a mis au concours la question suivante : « Action sur le tube digestif des sels de soude, potasse, magnésie, comparée à celle du calomel et des feuilles de sené. » Le prix se compose d'un diplôme d'honneur et d'une somme de 300 guldens hollandais. Les travaux, qui doivent se baser sur des recherches expérimentales, peuvent être envoyés jusqu'au 1er décembre 1888 à R. Melvil Baron van Lynden, à Utrecht.

— Les nouvelles du choléra sont meilleures en Sicile, mais la rigueur des mesures quarantenaires se relâche peu.

— Les agents des municipalités espagnoles doivent, par ordre de la direction de l'Assistance publique, demander aux médecins s'ils ont pu reconnaître la présence du bacille de Koch dans les organes des cholériques, et s'ils ont pu trouver, dans les eaux potables, des microbes de même nature.

— Au Japon, le choléra a fait, l'an dernier, de nombreuses victimes. Pendant l'année 1886, on y a constaté 154,373 attaques cholériques qui ont donné lieu à 101,693 décès. A Tokio, sur 22,586 atteintes, il y a eu 15,698 morts; à Osaka, 25,170 morts sur 32,481 cas.

— A Venise, l'épidémie cholérique de 1886 a commencé le 7 janvier pour se terminer le 27 septembre.

Sur 978 attaques, il y eut 640 morts. On ne put faire que 7 autopsies « à cause du manque absolu de locaux appropriés ». La mortalité moyenne s'est élevée à 65,44 p. 100.

Les hommes comptent dans ce total pour 302 morts sur 465 atteintes, et les femmes pour 338 victimes sur 513 cas.

7 p. 100 des habitants ont été frappés.

Les pauvres, les misérables ont fourni plus de victimes au fléau que les classes aisées; mais les chiffres de la morbidité pas plus que ceux de la mortalité ne correspondent en aucune façon à la densité de la population par quartier.

Pendant les mois de janvier, février, mars, on ne constata d'abord que 9 cas et 7 morts, puis :

Avril	80	attaques	54	décès	Mortalité :	67,50	p. 100.
Mai.....	389	—	267	—	—	68,63	—
Juin.....	325	—	176	—	—	54,15	—
Juillet	47	—	36	—	—	76,60	—
Août	84	—	68	—	—	80,95	—
Septembre.....	45	—	32	—	—	71,11	—

Il est à remarquer que les crampes et les vomissements firent particulièrement défaut, et que la diarrhée n'affecta pas ce caractère de profusion spéciale au choléra.

Dr Ch. Schmit.

COURRIER

Un concours s'ouvrira le lundi 25 avril 1887, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert à partir du lundi 28 mars 1887, tous les jours, de midi à trois heures, jusqu'au mercredi 13 avril inclusivement.

— M. le docteur Huillet, médecin adjoint au lycée de Nice, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Corporandy, décédé.

©BIU Santé

— M. le docteur Larché est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque populaire de Cornimont.

Société anatomique. — *Prix Godart.* — Le prix Godart n'ayant pas été décerné en 1887 sera décerné le 1er janvier 1888. Les mémoires devront porter sur un sujet d'anatomie normale ou pathologique ou de tératologie ; être manuscrits et inédits, ou imprimés : dans ce dernier cas ils ne devront pas avoir plus de trois ans de date et devront être envoyés en double exemplaire. Les mémoires déjà récompensés ne sont pas admis à concourir. La valeur du prix est de 480 francs. Adresser les mémoires à M. le docteur Broca, archiviste de la société anatomique, 15, rue de l'École-de-Médecine avant le 29 juillet 1887.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gratien Epron (de Château-Thierry), Fontant (de Niort), Achille Simon (de Ribérac).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castan, doyen, a prononcé l'éloge de MM. Dumas et Estor. Trois chaires sont sans titulaire. Le doyen attire l'attention sur le petit nombre de concurrents aux places d'agrégés dans les Facultés de province, (en médecine, 10 places, 12 concurrents ; — en chirurgie, 10 places, 12 concurrents ; — en anatomie, 10 places, 10 concurrents ; en physique et chimie, 8 places, 9 concurrents). Le seul moyen de parer à ce danger, dit M. Castan, est de rétablir les concours en province. « Conserver les concours à Paris c'est favoriser les privilégiés de la fortune au détriment de ceux qui n'ont pour tout capital que leur intelligence et leur bonne volonté. »

La Faculté a eu 829 inscriptions pour le doctorat, 38 pour l'officiat (soit 124 de plus pour le doctorat, 15 de moins pour l'officiat).

Elle a délivré 62 diplômes de docteur, 8 certificats d'officiat, 70 brevets de sage-femme. La proportion des ajournements reste de 10 p. 100 environ.

Au concours entre les étudiants le prix de 2e année n'a pas été décerné, en 3e année il n'y a pas eu de concurrents. Le doyen explique que le réglement du concours n'est en harmonie avec le nouveau régime d'études.

La Faculté décerne pour la première fois le prix de 200 francs fondé par la Ville en faveur d'un étudiant reçu docteur ; il est donné à M. Courrent, préparateur d'histologie.

Les travaux de l'hôpital suburbain ont avancé rapidement ; déjà deux salles ont été ouvertes aux malades militaires.

La Faculté avait chargé un de ses membres, M. Grasset, de rédiger un rapport sur les dangers que le nouveau régime d'études fait courir à la solidité de l'enseignement ce rapport a été envoyé aux Facultés qui se sont associés aux autres Facultés qui se sont associées aux plaintes de celle de Montpellier. (*Revue internationale de l'enseignement*).

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 ; tramways-Louvre.)

Chemins de Fer de l'Ouest

ABONNEMENTS SUR TOUT LE RÉSEAU

La *Compagnie des Chemins de l'Ouest* fait délivrer, sur tout son réseau, des Cartes d'abonnements nominatives et personnelles, en 1re, 2e et 3e Classes.

Ces Cartes donnent droit à l'abonné de s'arrêter à toutes les stations comprises dans le parcours indiqué sur sa Carte et de prendre tous les trains comportant des voitures de la classe pour laquelle l'abonnement a été souscrit.

Les prix sont calculés d'après la distance kilométrique parcourue.

La durée de ces abonnements est de trois mois, six mois ou d'une année.

Ces abonnements partent du 1er de chaque mois.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Beugnies-Corbeau : Terminaison bizarre et heureuse d'une grossesse extra-utérine. — II. A. Dehenne : Note sur les pseudo-atrophies. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Thèses de doctorat. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Les dents de Louis XIV. — VIII. Formulaire.

Terminaison bizarre et heureuse d'une grossesse extra-utérine,

Par le docteur Beugnies-Corbeau, de Givet (Ardennes).

Le développement de l'œuf fécondé en dehors de l'utérus est une anomalie grave pour la femme, et la chirurgie n'hésite pas à recourir aux moyens extrêmes pour sauver une existence alors dangereusement compromise. Mais l'intervention chirurgicale présuppose deux circonstances nécessaires : la réquisition en temps opportun et un diagnostic bien fait. Que le diagnostic soit mis en défaut, et ait pour conséquence d'abandonner les choses à elles-mêmes, que va-t-il advenir? On a déjà signalé plusieurs terminaisons spontanées de la grossesse extra-utérine. Nous n'avons vu mentionner nulle part l'espèce que nous allons décrire. On a parlé de momification, d'enkystement fœtal, de rupture de membranes entraînant une péritonite mortelle. Voici autre chose :

En 1883, une femme robuste, sanguine, proche de la cinquantaine, nous fait appeler pour des épistaxis inquiétantes. Je n'insisterai pas davantage sur ces désordres, dus à la ménopause, et restés sans conséquence. Je veux passer à d'autres points plus intéressants de son histoire. Si nous remontons à douze années plus tôt, nous nous trouvons en face d'un complexus qui eut le plus fâcheux retentissement sur tout le reste de son existence. Jusqu'à la date ci-dessus, elle n'avait jamais été enceinte, lorsqu'elle commença à souffrir de crises abdominales insolites et violentes; elle dut garder la chambre, et même le lit, croyant, sur le dire de son médecin, à une affection des ovaires. Pourtant l'idée d'une grossesse avait fortement germé dans son esprit; si bien qu'un jour, à une époque qui, selon son calcul,

FEUILLETON

LES DENTS DE LOUIS XIV

Par le docteur Th. David.

Au cours de certaines recherches sur les origines de notre art, nous avons été conduit à étudier les souffrances dentaires dont furent atteints quelques-uns de nos souverains. Nous possédons à ce point de vue, sur Louis XIV (1638-1715), des détails circonstanciés qui ne manquent pas d'intérêt (1).

Certes, il ne faudrait point s'attendre à trouver ici l'histoire dentaire du grand roi! Cousinot, Vaultier, ses médecins avant Vallot, et Vallot lui-même, n'ont rien écrit sur les dents du jeune monarque. La première mention du mauvais état de ses dents est de d'Aquin, et date de l'année 1676. Or, Louis XIV avait à cette époque 38 ans; il avait donc traversé la période pendant laquelle le système dentaire occasionne le plus de souffrances. Rappelons qu'il était né avec des dents, ce qui fut généralement considéré comme l'heureux présage de son glorieux règne.

(1) Voir *Journal de la santé du roi Louis XIV*, de l'année 1647 à l'année 1711, écrit par Vallot, d'Aquin et Fagon, tous trois ses premiers médecins, avec introduction, notes, réflexions, critiques et pièces justificatives, p. J.-A. Le Roy. — Paris, A. Durand, 1862.

©BIU Santé

coïncidait justement avec la fin du neuvième mois, prise de tranchées plus violentes encore qu'à l'ordinaire, elle pensa, ainsi que son entourage, au prélude d'un accouchement. On fit quérir le médecin déjà consulté. Il accourut avec tout l'attirail de l'obstétricien de campagne, très heureux de voir un état, fort ambigu pour lui jusqu'à ce jour, prendre une tournure aussi satisfaisante. Vain espoir. Il attendit trois jours sans relâche. Le travail était formidable. Mais d'accouchement point. Il ne soupçonna même pas le pourquoi de ce mécompte. Il battit en retraite en se couvrant d'un terme archaïque : *hydropisie des ovaires*, et il abandonna à elle-même la résolution de cette hydropisie. Or, il s'agissait, comme l'événement le prouva, d'une grossesse véritable, à cette différence près qu'elle était extra-utérine. Il faudrait de longs détails pour dire toutes les alternatives par lesquelles passa cette malheureuse durant des années. Ces détails nous manquent, puisque nous ne l'avons connue qu'après la dernière étape de son épreuve. Toujours est-il qu'au bout de trois ans, il lui vint sur la fesse un vaste abcès, d'où émergèrent bientôt des fragments de squelette. L'abcès se ferma après un très long intervalle. Un second s'ouvrit sur l'autre fesse, puis un troisième au bas-ventre, puis un quatrième au périnée. Je raconte et j'abrège, car ces divers accidents mirent plusieurs années à parcourir la scène. Pour complément de malheur, ils entraînèrent une impotence des membres abdominaux, dont les jointures fémoro-iliaques restèrent presque immobiles dans une demi-ankylose. Le dernier cloaque se ferma quand le dernier débris du fœtus fut expulsé. Je l'ai vu ce dernier débris, c'est une omoplate noire, poreuse, taillée en dents de scie sur ses trois bords. Il mit cinq mois à accomplir sa migration à travers le périnée et engendra une anfractuosité qui resta béante pendant deux ans.

Voilà donc le bilan de cette grossesse extra-utérine parvenue à une terminaison heureuse par les seuls efforts de la nature : dix années de maladie, une suite non interrompue d'abcès graves, une double ankylose des membres inférieurs. On s'étonne que la patiente ait pu se tirer d'une série d'épreuves aussi cruelles. On s'étonne aussi de l'énorme faute de diagnostic

---

Un de ses médecins, d'Aquin, nous a appris que Louis XIV avait de mauvaises dents; il les perdit même toutes à la mâchoire supérieure; ce mauvais état des dents ne fut pas sans influence sur sa vie pathologique. Louis XIV fut en effet tourmenté pendant toute son existence par des indigestions, des vapeurs, menaces d'apoplexie; il mangeait énormément, très vite, sans mâcher, avalant des truffes entières, de grandes quantités de pois et beaucoup de gros morceaux d'artichauts, rendus dans les selles sans être digérés, comme on pouvait s'en assurer les jours d'indigestion. Néanmoins ses historiens et ses médecins ont peu insisté sur cette cause de maladie, la carie dentaire, sauf dans quatre ou cinq circonstances qui firent époque, une entre autres, en 1685.

Voici la relation que nous avons trouvée de ces accidents dans l'ouvrage de M. Le Roy.

Remarques pour l'année 1676 (Le Roy, page 135) : *Douleurs de carie.* — La campagne du roi (campagne de Flandre, 1676) se passa avec toute la santé que nous pouvions désirer à S. M., quoique les fatigues de la guerre ne fussent pas petites et que le sommeil fût souvent interrompu, jusques à passer plusieurs nuits sans dormir, et s'exposer tous les jours à des ardeurs de soleil si violentes, que j'en appréhendais beaucoup une fièvre considérable, de quoi nous avons été heureusement garantis, n'en ayant remarqué aucune incommodité à S. M. que des douleurs de dents assez opiniâtres, par une fonte et fluxion de son cerveau sur ces parties; et quelques glaires et mucosités qui paraissaient dans ses selles, et souvent couvraient ses excréments, fort bien conditionnés, souvent aussi sortaient toutes seules, sans aucun sang et sans aucune douleur, qui

commise par le médecin, qu'aucun des accidents étalés sous ses yeux à plusieurs reprises n'est parvenu à mettre sur la vraie piste, qui assista à un simulacre d'accouchement en règle, qui apporta même ses forceps pour la circonstance, ne perçut ni poche des eaux, ni parties fœtales, ni contractions utérines et cependant resta de pied ferme pendant trois jours à attendre un fœtus, puis repartit sans l'avoir mis au monde et sans chercher davantage le mot de l'énigme. Il est possible, après tout, que de pareilles choses se passent, puisqu'elles se font, et que bon nombre d'entre nous soient au risque de tomber dans le piège. Aussi nous a-t-il paru utile de rappeler cet exemple, typique dans son énormité, et excellent *cave ne cadas*.

Note sur les pseudo-atrophies (1),

Par le docteur A. Dehenne, membre titulaire.

Les conclusions du travail, que M. Trousseau nous a présenté, peuvent, je crois, se résumer ainsi :

1° L'atrophie des nerfs optiques est une affection incurable.

2° Il existe des *pseudo-atrophies* qui ont tous les caractères des atrophies vraies et qui sont curables.

Je partage absolument cette manière de voir. J'en ai observé de nombreux exemples, et, si j'ai bonne mémoire, j'y ai fait allusion dans un travail publié en collaboration avec mon élève et ami le docteur Bonnefé, en 1880. Mais ces pseudo-atrophies sont toujours d'origine syphilitique ou toxique, et, je dirai plus, elles se rencontrent généralement chez des syphilitiques intoxiqués (alcooliques, nicotiniques, saturnins, etc.). Vous ne trouverez donc pas étonnant que ces pseudo-atrophiques soient en même temps des pseudo-tabétiques, qui guérissent et de leur atrophie et de leur tabès par la suppression du poison et l'emploi prolongé de l'iodure de potassium et des courants continus, auxquels je joins toujours les injections sous-cutanées de strychnine.

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 12 février 1887, à propos du travail de M. le docteur Trousseau.

ne venaient d'autres causes que de la quantité de crudités que la vie déréglée de la guerre, en troublant et diminuant la force de la digestion de son estomac, lui produisait chaque jour. En effet, après la campagne, S. M., jouissant d'un plus grand repos, s'est vue entièrement garantie de cette incommodité.

Sa douleur de dents s'est trouvée un peu plus opiniâtre, *les ayant naturellement fort mauvaises*. Souvent l'essence de girofle lui en a apaisé la douleur, et quelquefois celle de thym; mais comme elle est trop forte, elle brûle la bouche et excite l'envie de vomir, et il ne faut s'en servir que dans l'extrémité de la douleur. — *Signé :* d'Aquin.

Remarques pour l'année 1678 (page 140) : *Abcès*. — Au moins de septembre, le roi allant continuellement à la chasse dans les grandes ardeurs du soleil, fut incommodé de quelques douleurs de dents, auxquelles il est sujet; même la joue droite et la gencive s'enflèrent, et l'*abcès* ayant suppuré intérieurement par l'usage d'un cataplasme fait de mie de pain et de lait, il fut ouvert avec la lancette, d'où il sortit du pus, et la douleur cessa avec la tumeur (1). — *Signé :* d'Aquin.

Remarques pour l'année 1685 (page 162) : *Carie du maxillaire supérieur et perforation du sinus consécutives à des extractions de dents. Cautérisations répétées au fer rouge.* — Le roi continua, les premiers jours de cette année, l'usage de son liniment, pour la légère douleur

(1) Louis XIV était inébranlable dans la douleur et supportait les opérations avec le plus grand courage.

©BIU Santé

La connaissance de ces faits nous permet de comprendre ces observations, où l'on a fait grand bruit de la guérison d'atrophies papillaires par les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine. Ici encore, il s'agissait de *pseudo-atrophies* mal diagnostiquées.

Dans nombre de cas, le diagnostic différentiel n'est pas très facile. Le scotome central n'existe pas dans *toutes* les amblyopies toxiques. La dyschromatopsie ne se présente pas *toujours* avec cette régularité que l'on constate généralement, et que je crois pouvoir résumer de la façon suivante :

Atrophies tabétiques. — Dyschromatopsie marchant *parallèlement* à la diminution de l'acuité visuelle et débutant par le violet et le vert.

Atrophies syphilitiques. — Dyschromatopsie marchant beaucoup *plus lentement* que les autres troubles fonctionnels ; le malade conservant encore la perception des couleurs, lorsqu'il peut à peine se conduire seul.

Atrophies toxiques. — Dyschromatopsie marchant *beaucoup plus vite* que les autres troubles fonctionnels. Impossibilité pour le malade, *dès le début*, de distinguer les pièces d'or des pièces d'argent.

Il y a à ces règles de très nombreuses exceptions. Aussi ne faudrait-il pas trop s'empresser de distinguer les atrophies vraies des pseudo-atrophies en se basant tout simplement sur les différentes formes de dyschromatopsie.

Pour moi, il est un signe plus probant. Dans les atrophies *vraies, tabétiques*, l'affection débute toujours par un œil ; l'autre ne se prend guère que lorsque l'acuité visuelle du premier a considérablement diminué.

Dans les *pseudo-atrophies* ou *atrophies toxiques* (je ne les sépare pas l'une de l'autre), les deux yeux sont pris en même temps, et la diminution de l'acuité visuelle suit une marche parallèle dans les deux yeux.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un malade, chez lequel l'ophthalmoscope dévoile l'existence de papilles blanches, avec rétrécissement du champ visuel et diminution de l'acuité variant de 1/10 à 1/15, même lorsque ce malade présente des signes de tabès, et surtout lorsque les deux yeux sont également pris, il ne faut pas s'empresser de porter un pronostic fâcheux, et d'annoncer qu'infailliblement la cécité s'ensuivra, surtout s'il est grand fumeur, grand buveur et syphilitique. Il faut commencer par supprimer l'agent toxique, l'éliminer à l'aide de fortes doses d'iodure de potassium, et ne cesser d'être très réservé sur le pronostic que dans le cas où, après un mois de traitement, on n'a pas obtenu une amélioration considérable.

---

de son bras droit, laquelle étant quasiment entièrement passée, il cessa l'usage de ce remède pour jouir pleinement de sa santé dans le commencement de cette année, à laquelle il n'y aurait en rien à souhaiter, si la mauvaise disposition de sa mâchoire supérieure du côté gauche, dont toutes les dents auraient été arrachées, ne l'eût obligé de remédier à un trou de cette mâchoire, qui, toutes les fois qu'il buvait ou se gargarisait, portait l'eau de sa bouche dans le nez, d'où elle coulait comme d'une fontaine. Ce trou s'était fait par l'éclatement de la mâchoire arrachée avec les dents, qui s'était enfin cariée, et causait quelquefois quelqu'écoulement de sanie de mauvaise odeur, d'autant qu'il n'était possible de reboucher ce trou que par l'augmentation de la gencive, et qu'elle ne se pouvait reproduire que sur un bon fonds, c'est-à-dire en guérissant la carie de l'os de la mâchoire quelque profond qu'il pût être. Les avis de M. Félix (Félix de Tassy, premier chirurgien du roi) et de M. Dubois (1) furent soutenus du mien, qu'il n'y avait que le feu actuel capable de satisfaire aux besoins de ce mal. Pour cet effet, le roi y étant résolu, l'on fit faire des cautères de grosseur et de longueur convenables pour remplir et brûler tous les bords aussi profondément que la carie le demandait. Le 10 janvier, on y appliqua quatorze fois le bouton de feu, dont M. Dubois, qui

(1) Dubois fut dentiste du roi de 1676 à 1708 ; c'est le seul dont il soit fait mention dans tout cet ouvrage. Les autres dentistes de Louis XIV furent, jusqu'en 1669, probablement Dupont, qui l'était de Louis XIII ; de 1669 à 1676, François Le Bert, et de 1708 à 1715, Arnaud Forgeron.

En général, les malades atteints d'amblyopie toxique ne présentent aucune lésion ophthalmoscopique, s'ils viennent consulter *dans les trois premiers mois* qui suivent le début des accidents. Ce laps de temps écoulé, les papilles deviennent pâles, les vaisseaux artériels diminuent de calibre, et l'atrophie se prononce de jour en jour. C'est à ce moment qne le départ entre les deux formes d'atrophies devient difficile. Les antécédents du malade, et surtout l'égalité des troubles fonctionnels dans les deux yeux, plaident en faveur de la pseudo-atrophie. Chez nombre de ces pseudo-atrophiques, on se trouve en présence de papilles congénitalement pâles; les troubles fonctionnels dont se plaignent les malades permettent de croire à de l'atrophie vraie. Ce qui le prouve, c'est que, dans les pseudo-atrophies, il nous est possible de constater un fait assez singulier, qui leur est commun du reste avec plusieurs autres affections du fond de l'œil.

Je désire appeler votre attention sur ce point, d'autant qu'il n'est pas connu, et qu'il n'est décrit nulle part. Je m'explique.

La pâleur de la papille a été constatée à l'ophthalmoscope. Elle s'accompagne de troubles fonctionnels multiples; diminution notable de l'acuité visuelle (S = 1/10 ou 1/15), rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, etc. Sous l'influence du traitement, les troubles fonctionnels disparaissent. Le malade lit et écrit; son *punctum remotum* est redevenu ce qu'il était auparavant, les couleurs sont bien différenciées les unes des autres, etc. On examine le fond de l'œil. L'aspect de la papille est exactement semblable à ce qu'il était au moment où les troubles fonctionnels étaient le plus accentués. Il y avait donc, en plus de la pâleur de la papille, un quelque chose qui n'était pas perceptible à l'ophthalmoscope, et que le traitement a fait disparaître.

Ce fait, j'ai pu le constater aujourd'hui chez un employé d'une des grandes prisons de Paris, qui, il y a trois mois, était presque aveugle et qui possède aujourd'hui une acuité visuelle parfaite. Il y a trois mois, ses papilles étaient blanches ; elles le sont encore aujourd'hui. Mais le malade est guéri. Les troubles fonctionnels ne sont donc pas toujours en rapport avec l'état anatomique du fond de l'œil constaté à l'ophthalmoscope. Et les exemples sont multiples. Je vous en citerai deux ou trois.

Il y a six ans, je suis consulté par une religieuse, économe dans un couvent-pensionnat. Depuis quinze jours, elle ne peut plus se livrer à aucun travail. L'acuité visuelle a considérablement baissé, aussi bien de loin que de près. Aucun verre correcteur ne l'améliore, etc. Je constate à l'ophthalmoscope l'existence d'une chorio-rétinite double avec dépôts pigmentaires circinés. Je porte naturellement un pronostic défavorable. Un traite-

---

l'appliquait, paraissait plus las que le roi qui le souffrait, tant sa force et sa constance sont inébranlables dans les choses nécessaires, quand il s'y est déterminé.

Après cette application du feu, nous lui conseillâmes, trois ou quatre fois le jour, de faire passer de la bouche par le nez une liqueur ou gargarisme, composé d'un quart d'esprit de vin, autant d'une eau vulnéraire distillée, et moitié d'eau de fleurs d'oranger, pour résister à la pourriture, faciliter la chute des escarrhes, et avancer la régénération de la gencive, par laquelle seule on pouvait espérer de boucher le passage, dont une partie se trouve naturelle à tous les hommes, pour le commerce de quelques petits vaisseaux qui fournissent de la nourriture aux dents et à la mâchoire où ce canal se porte de l'os cribleux, et dont l'autre partie s'était faite en arrachant les dents, par la violence, et fermait la communication de la bouche à ce petit canal naturel. Ce qui nous obligea, sitôt que nous vîmes toutes les escarrhes tombées, et les chaires qui commençaient à revenir, de prier le roi de ne plus forcer le passage. et de ne pousser rien plus de la bouche par le nez, et de laisser revenir les chairs sans les contraindre. Mais ce ne fut qu'après avoir appliqué le cautère par trois fois, le premier de février, pour plus grande sûreté, et ce ne fut pas sans raison que la carie nous parut entièrement guérie. Depuis ce temps, les chairs se sont engendrées si abondantes et si solides, que le trou de la mâchoire est entièrement rebouché, et qu'il ne se trouve plus aucun passage pour porter l'eau de la bouche par le nez.

Cette guérison était assez de conséquence pour donner de la joie à S. M., et nous faire ressentir tout le plaisir que nous en pouvions goûter ; mais il lui succéda incon-

©BIU Santé

ment à la pilocarpine est institué ; je prescris aussi l'iodure de potassium à hautes doses. La vision s'améliore de jour en jour, et, au bout d'un mois, elle est redevenue aussi bonne qu'avant l'accident qui avait décidé la religieuse à me consulter. J'examine à l'ophthalmoscope. « L'aspect du fond de l'œil n'avait pas varié depuis le premier examen. » Et pourtant la malade voyait très bien.

Autre exemple : un homme de 35 à 40 ans se plaint de ne plus voir convenablement de l'œil gauche. On constate l'existence d'un vaste scotome central et unilatéral. Il n'est ni fumeur, ni buveur. Il n'y a pas dyschromatopsie. Il a eu la vérole quinze ans auparavant. Le champ visuel périphérique est intact. On le soumet au sirop de Gibert (de 40 à 50 grammes par jour) ou à l'iodure de potassium avec frictions mercurielles. Le scotome central diminue de jour en jour, puis finit par disparaître complètement. « Et l'examen ophthalmoscopique ne dévoile rien dans l'état anatomique du fond de l'œil. »

Un myope, qui a été myope toute sa vie (il a, je suppose, 60 ans), s'aperçoit tout à coup que sa vue baisse. Depuis quatre ou cinq jours, il ne peut plus ni lire, ni écrire. A l'ophthalmoscope, on constate une myopie de 9 dioptries, et l'existence de staphylomes postérieurs au troisième degré, avec plaques disséminées de choroïdite atrophique. Il n'y a ni hémorrhagies rétiniennes, ni troubles du corps vitré, ni décollement, etc. ; rien en un mot qui paraisse s'être produit récemment. On met les yeux au repos, on prescrit des dérivatifs locaux et généraux, on pratique des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, etc. La vue revient, et le malade reprend ses travaux. L'examen ophthalmoscopique ne dévoile aucun changement dans l'état du fond de l'œil. Il s'était donc fait là une modification profonde, invisible à nos méthodes ordinaires d'exploration, qui avait amené des « troubles fonctionnels » sérieux, et « absolument indépendants des lésions constatées avec le miroir. »

Je pourrais multiplier les exemples à l'infini. L'amblyopie hypermétropique n'en est-elle pas encore un exemple frappant? Cet œil qui ne voit pas, qui n'a jamais vu, et dont les éléments constitutifs paraissent aussi sains et aussi normaux que ceux de son congénère, et qui verra lorsque l'œil opposé ne verra plus. Et ces névrites optiques qui ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel, etc.? Il est donc un fait avéré actuellement, c'est que l'on commettrait une grosse erreur en établissant toujours un rapport exact entre les troubles fonctionnels accusés par le malade, et les modifications anatomiques de la papille, de la rétine ou de la choroïde. « La disproportion entre les uns et les autres est souvent très évidente. » Il ne faut donc pas se hâter de porter un pronostic défavorable lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion du fond de l'œil bien caractérisée. Dans

---

tinent après un accident fâcheux qui a longtemps inquiété le roi, c'est-à-dire une odeur forte et quasi cadavéreuse dans les mucosités qu'il mouchait, qui lui donnait non moins d'inquiétude par elle-même, que par la difficulté, ou pour mieux dire l'impossibilité d'en ôter la cause, qui nous faisait craindre être quelque carie ou ulcère dans l'os cribleux où les muscosités du nez et de quelques glandes voisines venant à séjourner, par le mélange de quelques ichorosités corrompues, contractaient la mauvaise odeur dont S. M. se plaignait. Mais comme cet accident n'était point continu, et que souvent il ne paraissait que de loin en loin, je n'ai pu me persuader qu'il eût une cause fixe et permanente, et j'ai pensé que ce n'était que l'effet d'un plus long séjour que ces mucosités faisaient quelquefois dans ces parties encore échauffées de tous les cautères que l'on y avait appliqués, et qu'à la longue du temps cette mauvaise odeur se passerait ; ce qui est arrivé heureusement, comme je me l'étais promis, sur la fin de l'année.

Signé : D'AQUIN.

Cette histoire d'un abcès dans le sinus fit assurément beaucoup moins de bruit que celle de la fistule anale, qui était cependant une affection moins grave. D'Aquin nous laisse entrevoir par les détails de son observation quels durent être les douleurs, les ennuis du roi pendant toute une année; d'abord la carie dentaire, puis l'ostéite consécutive à l'extraction, l'inflammation du sinus, la mauvaise odeur de la suppuration et de l'haleine; les cautérisations répétées avec le fer rouge; puis, après la fermeture de la fistule, la mauvaise odeur nasale déterminée par la stagnation du pus dans le sinus,

des cas semblables, la simulation a beau jeu. Je me rappelle avoir vu, en 1875, au Val-de-Grâce, des soldats atteints de chorio rétinite centrale et congénitale parfaitement caractérisée, et qui ne s'en plaignaient nullement. S'ils avaient connu cette particularité, ils se seraient empressés de se faire réformer.

A l'aide de nombreux exemples pris dans ma pratique, j'espère démontrer bientôt que : « 1° Les troubles fonctionnels accusés par les malades se trouvent souvent en désac- « cord avec les désordres anatomiques du fond de l'œil constatés à l'ophthalmoscope ; « 2° ces troubles tiennent à des modifications profondes que nous ne voyons pas, et qu « disparaissent sous l'influence d'un traitement raisonné. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Voici le texte de la note de MM. Germain Sée et E. Gley, relative aux expériences sur les mouvements rythmiques du cœur :

« Deux opinions principales ont été émises sur les causes des contractions rythmiques du cœur ; ou bien, comme M. Brown-Séquard, dès l'année 1853, et plus tard MM. Ranvier, Marey, Bowditch, on a soutenu que les mouvements du cœur ont lieu avec toute la régularité de leur rythme, sans que le système nerveux intervienne pour leur production ; ou bien on a soumis les contractions cardiaques à l'influence du système nerveux, et surtout des ganglions nerveux qui sont disséminés dans les parois mêmes du muscle cardiaque ; mais la plupart des physiologistes considèrent aujourd'hui ces ganglions non plus comme des organes producteurs du mouvement rythmique, mais comme des organes d'entretien et de régulation pour cette fonction rythmique, attribuée en propre à la fibre musculaire. Voici maintenant un travail de MM. Kronecker et Schmey qui a passé inaperçu, malgré trois ans de date, et qui pose la question à un autre point de vue. Ces deux physiologistes ont en effet cherché à montrer qu'il existe à la limite inférieure du tiers supérieur du sillon interventriculaire antérieur, dans le cœur du chien, un point d'entre-croisement des voies d'innervation, dont ils font un centre de coordination pour les mouvements des ventricules.

« La question nous a paru assez importante pour mériter de nouvelles recherches, aussi précises que possible.

---

dont l'inflammation ne disparut qu'à la fin de l'année. Il y avait là de quoi lasser la patience du grand roi, aussi d'aucuns prétendent même qu'il faudrait attribuer à cette affection buccale grave le mauvais état d'esprit de Louis XIV, qui lui fit signer à cette époque la révocation de l'édit de Nantes (novembre 1685).

Remarques pour l'année 1696 (page 227) : *Fluxion dentaire.* — Le samedi 12 du mois de mai, le roi ayant beaucoup marché et se trouvant las, se découvrit la nuit, qui fut chaude. Le dimanche matin, il se sentit le corps brisé, le visage en feu, des douleurs passagères partout, accompagnées de vapeurs ; il n'eut point d'appétit à dîner ; il eut le pouls inégal tout le jour, et un peu de fièvre jusqu'au soir. Il se couvrit, suivant mon conseil, la nuit du dimanche au lundi ; sua beaucoup, d'une sueur qui marquait son linge de jaune, dormit bien, et se réveilla sans fièvre. Il sua encore deux fois dans la matinée, eut bon appétit, ne mangea guère, et passa la nuit couvert et tranquillement.

Cependant, ce qui avait été renfermé par la transpiration supprimée, la nuit que le roi avait passée découvert, n'étant pas absolument dissipé, une *fluxion se jeta sur la joue droite* du roi, et l'enfla beaucoup à l'endroit des glandes maxillaires. Mardi 15 mai, à Marly, après dîner, le roi ayant travaillé avec M. de Pontchartrain, et encore plus le soir au retour de la promenade, eut des vapeurs, des lassitudes et de la fièvre, la joue rouge et fort enflée. La nuit s'étant passée sans sommeil, le roi garda le lit le matin du mercredi. Il dormit depuis midi jusqu'à deux heures et demie. Il se réveilla sans fièvre ; mais la tumeur augmenta le soir, et la nuit fort agitée, et le pouls du roi assez agité le

©BIU Santé

« Nos expériences, au nombre de trente, dont les premières remontent au mois de juillet 1886, ont été faites sur le chien, profondément curarisé ou bien chloralisé et curarisé, les deux nerfs vago-sympathiques ayant été ou non sectionnés, et la respiration artificielle étant convenablement établie. La poitrine de l'animal était ouverte et le péricarde fendu de bas en haut. Dans ces conditions, si l'on enfonce une aiguille au point indiqué par les deux physiologistes allemands, on constate qu'il se produit *immédiatement* des contractions très intenses des ventricules, mais tout à fait irrégulières, désordonnées, comme ataxiques, qui s'affaiblissent très vite, en se transformant en oscillations ou trémulations fibrillaires ; celles-ci cessent bientôt, en même temps que les ventricules se dilatent et que les oreillettes continuent à battre rythmiquement. Dès que les trémulations ventriculaires ont commencé, le pouls artériel disparaît, la pression du sang dans les artères tombe à zéro, et désormais on ne peut plus par aucun moyen rétablir la fonction rythmique des ventricules. L'expérience réalisée de cette manière n'a cependant réussi qu'un très petit nombre de fois (3 fois sur 14) : ce qui prouve sans doute que le centre nerveux dont il s'agit est mal déterminé anatomiquement et très limité.

« Étant donnée cette difficulté d'obtenir par l'excitation mécanique un résultat constant, nous avons eu recours aux excitations électriques. Ce n'est pas que l'action des courants de pile et des courants induits sur les mouvements des ventricules n'ait déjà été bien établie par MM. Panum, Ludwig et Hoffa, Einbrodt, Wooldridge, Tigerstedt, et surtout par M. Vulpian (1874). Mais il s'agissait d'étudier l'action électrique sur le point du cœur que nous considérons. Or, nous avons vu que la faradisation de ce point, avec un courant de moyenne intensité, détermine les trémulations ventriculaires si caractéristiques, que les nerfs pneumogastriques ou modérateurs du cœur aient été ou non sectionnés ou bien paralysés ou non par l'atropine. Si l'intensité de l'excitation varie, les résultats ne sont plus les mêmes. En effet, nous avons constaté que, si l'on diminue la fréquence des chocs d'induction (jusqu'à 9 ou 10 par seconde), l'intensité du courant restant la même, ou bien si, inversement, on diminue l'intensité du courant, sans faire varier la fréquence des excitations, on détermine une très grande accélération des contractions cardiaques, qui cesse en général immédiatement dès qu'on interrompt la faradication. Si alors, les électrodes étant replacées au même point, on augmente soit la fréquence des excitations, soit la force du courant, on voit se produire les trémulations des ventricules.

« Ce n'est pas seulement à la suite de l'électrisation du tiers supérieur de la cloison ventriculaire que nous avons observé ces phénomènes : c'est aussi par l'excitation, dans

---

matin pour connaître qu'il y avait eu de la fièvre pendant la nuit, ce que je n'avais pu observer, parce qu'il ne me voulut pas permettre de veiller dans sa chambre. Il demeura au lit le matin du jeudi pour la messe et pour le conseil; se leva pour dîner en particulier; ne sortit pas après dîner; soupa peu, et passa mieux la nuit, parce que l'humeur de la fluxion éleva l'épiderme, et suinta un peu, ce qui en diminua la douleur et la tension. Mais le roi ayant voulu sortir dès le vendredi, pour aller à la messe et se promener, la rougeur s'éteignit, et la tumeur se durcit avec un renouvellement de douleur, qui rendit la nuit inquiète et presque sans sommeil, avec de l'agitation au pouls, ce qui obligea S. M. d'entendre la messe dans son lit, où, ayant dormi environ une heure et demie couverte, elle sua assez abondamment. Aussitôt la tumeur s'amollit, la douleur se calma, et le roi se trouva en état de retourner à Versailles, où il dormit tranquillement la nuit du samedi au dimanche, pendant laquelle ayant été couvert, il sua suffisamment pour tellement désenfler la joue du malade, que le lundi suivant, après une bonne nuit, la tumeur disparut entièrement. — *Signé* : FAGON.

Remarques pour l'année 1707 (page 294) : *Périostite.* — Le roi ayant un peu tourmenté le chicot d'une dent d'en bas, dont la pointe l'incommodait, pour tâcher de la tirer, et ne l'ayant pu faire qu'avec trop de peine, le laissa ; mais le soir, il y sentit de la douleur et de la dureté, et le matin, il y parut de la rougeur qui s'augmenta et la tumeur avec elle. Elles gagnèrent ensemble tout le tour de la mâchoire inférieure où se ferme le menton, avec une dureté assez considérable. Ce qui fut accompagné de douleur et de

©BIU Santé

les mêmes conditions, du tiers moyen et du tiers supérieur, et même des parois des ventricules. Faut-il attribuer ces effets à la diffusion du courant jusqu'au point nerveux dont nous avons parlé, qui serait ainsi une sorte de *nœud vital* du cœur? Pour diverses raisons expérimentales, cette manière de voir ne nous paraît pas admissible.

« Les résultats acquis ne nous autorisent même pas à considérer comme démontrée l'existence d'un centre coordinateur des mouvements du cœur. Qu'il y ait, au point de la cloison ventriculaire que nous avons indiqué, une sorte de nœud vital du cœur, en ce sens que, une fois ce point lésé, les ventricules, animés seulement de tremblements violents, perdent très vite leur puissance fonctionnelle, cela n'est pas douteux; il est clair, étant donné l'effet singulier d'une simple piqûre en cet endroit, qu'il se trouve en ce point un groupe de cellules nerveuses. Mais ce que nous croyons être encore incertain, c'est la nature fonctionnelle de ce centre. Il est possible, en effet, qu'une excitation mécanique ou électrique en ce point, en déterminant des contractions extrêmement rapprochées et désordonnées, épuise très vite et complètement l'irritabilité du muscle lui-même, de telle façon que ce muscle ne soit plus capable de recouvrer sa fonction? Ce qui semblerait indiquer que ce phénomène se ramène peut-être à une action accélératrice, c'est-à-dire tonique, exagérée, c'est la production, dans certaines conditions, d'une accélération des battements cardiaques, qui aboutit, plusieurs tracés nous l'ont démontré, aux trémulations décrites, pour peu que l'on augmente l'intensité du courant. Qu'on remarque, d'ailleurs, que ces contractions ondulatoires semblent constituer la seule forme de tétanos que puissent prendre les muscles à mouvements rythmiques. Nous sommes donc en droit de nous demander si les oscillations ventriculaires ne dépendent pas d'un trouble apporté à la fois dans les éléments nerveux et dans les éléments musculaires du cœur. Des expériences en voie d'exécution nous permettront peut-être de trancher la question.

« Au point de vue médical, ces recherches ne laissent pas de présenter un réel intérêt. L'observation clinique et l'anatomie pathologique, en effet, avaient montré à l'un de nous que la maladie appelée *angine de poitrine* est due à une oblitération des artères nourricières du cœur ou artères coronaires. Or, par l'injection de poudre inerte dans ces artères ou par la ligature de l'une d'elles, on produit des trémulations identiques à celles que nous venons d'étudier. Il est donc permis de supposer que, si, par suite de l'oblitération d'une artère coronaire, il y a irritation des amas de cellules nerveuses placées dans la cloison interventriculaire, les contractions des ventricules déjà troublées peuvent se transformer en ces oscillations désordonnées, pour ainsi dire folles, devenant rapidement mortelles. Il nous semble, en tout cas, que le mécanisme de l'angine de poitrine

---

pesanteur au derrière de la tête, au col, à l'épaule gauche, au bras droit vers l'articulation de l'épaule, et un peu de mal de gorge. L'ébranlement du chicot avait donné occasion au mouvement de l'humeur qui se répandait sur tous les endroits où S. M. sentait de la douleur. Mais la petite émotion de goutte, trop tôt disparue, m'inquiétait et me faisait craindre un reflux d'humeur de goutte vers les parties supérieures, où elle faisait déjà la mentagre, causait les autres sentiments de la douleur au col, aux épaules, etc., et pouvait faire pis. Mais le roi s'étant relevé la nuit, un peu après une heure, pour faire une grande selle mêlée d'humeurs écumantes, et ayant sué considérablement le reste de la nuit, étant bien couvert comme je l'avais pressé de l'être, à son réveil la rougeur parut amortie, la tumeur amollie, et la douleur de la tête, du col, des épaules et des bras, diminuée.

Le mercredi suivant, 16 du mois (mars), le roi se fit tirer le chicot, qui sortit presque sans douleur, et tous les accidents cessèrent. — *Signé* : FAGON.

POMMADE FONDANTE. — Bazin.

Iodure de plomb.....	de 1 à 3	grammes.
Extrait de ciguë.....	de 1 à 3	—
Axonge.....	30	—

Mélez, pour une pommade avec laquelle on frictionne, soir et matin, les ganglions enflammés, dans le cas de scrofulides chroniques. — A l'intérieur, huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer. — N. G.

©BIU Santé

peut être singulièrement éclairé par la connaissance exacte de tous ces faits relatifs au nœud vital du cœur. »

MM. B. Ball et O. Jennings adressent une note sur certains caractères du pouls chez les morphinomanes:

« Parmi les nombreux phénomènes qui résultent de l'usage de la morphine introduite dans l'économie par voie d'injections hypodermiques, il en est un qui n'a pas encore attiré l'attention des observateurs, et qui mérite cependant d'être signalé. En effet, il nous offre à la fois un moyen de diagnostic, une indication relative au traitement et une explication rationnelle de quelques-uns des effets produits par ce poison.

« Le pouls, étudié chez des sujets à l'aide des tracés sphygmographiques, présente trois aspects différents.

« Pendant l'état de *satisfaction*, quand le sujet est encore sous l'influence d'une piqûre récente, faite à dose suffisante, le pouls est sensiblement normal, mais avec une légère augmentation de tension, à la fin de la systole.

« Lorsque, au contraire, le sujet se trouve en état de besoin, lorsqu'il éprouve le malaise caractéristique qui pousse irrésistiblement les malades à revenir à leur stimulant d'habitude, le tracé du pouls présente un *plateau* des plus caractéristiques, de telle sorte que la portion de la courbe qui correspond à l'impulsion systolique est absolument tronquée.

« Enfin, quand le malade a été privé de morphine pendant plusieurs jours, il se produit un état de fièvre, avec une augmentation de la température, qui peut atteindre et même dépasser 40°, et, sous l'influence de cette poussée fébrile, l'ampleur de la systole reparaît.

« Le *plateau* que nous venons de signaler est un indice de l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque, et cet état de la circulation explique le sentiment de défaillance qui trouble si profondément le moral des malades ; c'est dans ces conditions que s'éveille le *besoin* du stimulant d'habitude, qui constitue essentiellement la maladie.

« Chez les malades qui dissimulent leur vice, la présence de ce *plateau* dans un tracé sphygmographique constitue un élément infaillible de diagnostic.

« Enfin, le traitement doit essentiellement consister à faire disparaître l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque et le besoin intermittent de morphine qui l'accompagne.

« Nous reviendrons sur ce point dans une note ultérieure. »

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du mois de mars 1887.

Mardi 1er. — M. Clado : De la bactérie septique de la vessie. (Président, M. Cornil.) — M. Lowenthal : Etude comparée sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les Facultés de médecine en Europe. (Président, M. Proust.)

Mercredi 2. — Pas de thèses.

Jeudi 3. — M. Merigot de Treigny : Hernies du gros intestin. (Président, M. Le Fort.) — M. Cohin : Etude sur les variations des poids du corps dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi 4. — Pas de thèses.

Samedi 5. — M. Burgé : Etude sur les paralysies et anesthésies consécutives aux attaques d'épilepsie. (Président, M. Brouardel.) — M. Thuau : Abcès froids tuberculeux. (Président, M. Duplay.)

Lundi 7, mardi 8, mercredi 9 et jeudi 10. — Pas de thèses.

Vendredi 11. — M. Bourgeois : La périostite et l'ostéopériostite consécutives à la fièvre typhoïde. (Président, M. Potain.) — M. Debu : De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies opératoires. (Président, M. Lannelongue.)

Du samedi 12 au samedi 19. — Pas de thèses.

Lundi 21. — M. Loriot : Contribution à l'étude de la pelade. (Président, M. Fournier.) — M. Bruneau : Des ulcérations tuberculeuses de la bouche. (Président, M. Fournier.)

BIU Santé

— M. Tounissont : Des déviations aortiques dans le mal de Pott. (Président, M. Lannelongue.)

Mardi 22. — M. Baret : Etat de la mémoire dans les vésanies. (Président, M. Ball.) — M. Gaboriau : Contribution à l'étude des spasmes professionnels. (Président, M. Ball.) — M. Didier : Contribution au traitement des angiomes. (Président, M. Grancher.) — M. Lasne : Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite. (Président, M. Proust.)

Mercredi 23. — M. Carmona : Sein douloureux. (Président, M. Trélat.)

Jeudi 24. — M. Clovis : Quelques réflexions sur l'éruption de la variole. (Président, M. Brouardel.) — M. Péraud : Etude historique et clinique de la fièvre de lait. (Président, M. Laboulbène.) — M. Roger : Action du foie sur les poisons. (Président, M. Bouchard.) — M. Dusseaud : De l'asthme d'origine nasale. (Président, M. Duplay.)

Du vendredi 25 au lundi 28. — Pas de thèses.

Mardi 29. — M. Bidot : Des procédés mixtes en anesthésie, et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotie. (Président, M. Panas.) — M. Mourruau : Du traitement du trachome congénital par la cautérisation. (Président, M. Panas.) — M. Fusier : Les prédestinés. — Contribution à l'étnde des maladies nerveuses et mentales. (Président, M. Ball.)

Mercredi 30. — Pas de thèses.

Jeudi 31. — M. Gaillard : Contribution à l'étude de la phlébite des veines ophthalmiques. (Président, M. Duplay.) — M. Toussaint : De la dilatation permanente artificielle de l'utérus et de ses applications au traitement des affections de cet organe. (Président, M. Duplay.) — M. Dumont : De l'asystolie à forme hépatique. (Président : M. Grancher.) — M. Testaz : De la paralysie douloureuse de la septième paire. (Président, M. Dieulefoy.)

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Congrès international de médecine. — Le *Journal of the american medical Association* fait connaître, dans son numéro du 26 février 1887, les conditions favorables qui ont été arrêtées au profit des membres du *Congrès international de médecine* qui se tiendra à Washington, le 5 septembre 1887. Voici les prix abaissés qui ont été adoptés par les lignes ci-dessous de navigation :

Red Star Line. — 110 dollars. — Anvers à New-York et retour.

Inman Line. — 110 dollars. — Liverpool à New-York et retour.

Hamburg Line. — 90 dollars. — Hambourg à New-York et retour.

Royal Netherland. — 80 dollars. — Amsterdam à New-York et retour.

La même faveur sera accordée aux familles des membres du Congrès qui les accompagneront.

Les deux premières des lignes de navigation indiquées ci-dessus ont leur siège à Paris à l'adresse suivante : A. H. Graefe, 9, rue Scribe, — où l'on donnera tous les renseignements désirables.

Etiquette inter-confraternelle excessive. — Il s'agissait d'une opération de taille sur un enfant de deux ans et demi. La pierre étant très volumineuse et la vessie très contractée sur elle-même, l'opérateur, après plus de vingt minutes de tentatives, ne pouvant saisir la pierre, remit la tenette aux mains du docteur Keate, qui était présent. Celui-ci saisit parfaitement le corps étranger; mais alors, l'opérateur primitif réclama l'instrument, qui lui fut remis. Dans cette transmission, la pierre échappa, et il fallut recommencer toute la manœuvre, non sans aggraver les causes d'inflammation locale et sans mettre en danger la vie de l'enfant. On demanda au docteur Keate pourquoi il n'avait pas retiré la pierre pendant qu'il l'a tenait. Il répondit « que la dignité de l'opérateur eût été blessée s'il ne lui eût pas laissé achever l'opération qu'il avait commencée. » (*Boston med. and Surg. Journ.*, mars 1887.)

Nouvelles données par le *Medical Record de New-York*, 5 mars 1887. — Un chirurgien de Philadelphie a enlevé la *totalité* du larynx. Le malade a succombé. La même opération a été faite avec le même résultat à Baltimore et à Londres.

BIU Santé

Tout récemment un cas de mort sous l'influence du chloroforme est arrivé dans la pratique du docteur William H. Pancoast. L'anesthésie n'était pas encore complètement produite quand la mort a eu lieu. Le malade avait un cœur gras.

Le professeur Mariani Semmola se propose de faire une conférence générale sur la *Bactériologie* et sa *Thérapeutique clinique*, au neuvième Congrès médical international.

Un audacieux charlatan femelle. — Le *Pacific Record* raconte qu'un docteur femelle, à San Diago, Cal., ayant *découvert* une épidémie de cancers, voyait son cabinet de consultation se remplir de malades, à chacun desquels elle extirpait un cancer, *sans les faire souffrir*, et qu'elle marchait rapidement à la fortune, lorsque quelqu'un s'aperçut que les cancers extirpés n'étaient pas autre chose que des reins de porc! — R.

COURRIER

La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale le mercredi 13, le jeudi 14 et le vendredi 15 avril prochain, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois. A la fin de la séance d'ouverture, l'Assemblée fixera l'heure de la réunion suivante.

Ordre du jour : — 1° Correspondance ; — 2° Présentation de membres nouveaux ; 3° Résumé des travaux de l'année, par M. le secrétaire ; — 4° Observation de laryngite hémorrhagique, par M. le docteur Garel (de Lyon) ; — 5° Traitement du catarrhe du sinus maxillaire, par M. le docteur Schiffers (de Liège) ; — 6° Considérations cliniques sur l'obstruction de la trompe d'Eustache, par M. le docteur Miot (de Paris) ; — 7° Traitement chirurgical de la phthisie laryngée, par M. le docteur Héring (de Varsovie) ; — 8° Quelques considérations cliniques sur la rhinite atrophique, par M. le docteur Noquet (de Lille) ; — 9° Observation d'otite moyenne sub-aigüe. — Granulie aigüe ; mort, par M. le docteur Ménière (de Paris) ; — 10° Glottes supplémentaires, par M. le docteur Gouguenheim (de Paris) ; — 11° Otorrhée compliquée, par M. le docteur Delie (d'Ypres) ; — 12° Classification des muscles du larynx, par M. le docteur Moura (de Paris) ; — 13° Observation de chancre induré de la fosse nasale droite, par M. le docteur Moure (de Bordeaux) ; — 14° Rougeole ; otite moyenne purulente, abcès mastoïdien, par M. le docteur Baratoux (de Paris) ; — 15° Des pressions exercées sur le tympan, au point de vue du diagnostic, par M. le docteur Miot (de Paris) ; — 16° Kystes du larynx, par M. le docteur Garel (de Lyon) ; — 17° Tumeur du thyroïde, par M. le docteur Aigre (de Boulogne-sur-Mer) ; — 18° De la vue rhinoscopique antérieure, par M. le docteur Cresswell Baber (de Brigton) ; — 19° Lympathiques du larynx, par M. le docteur Poirier (de Paris) ; — 20° Présentations de malade et d'instruments, par MM. les docteurs Miot, Garel.

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 16 avril, à sept heures et quart, dans les salons du Grand-Hôtel ; sous la présidence du professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien remis à l'un des commissaires du Banquet. MM. Bottentuit, 13, rue de Castellane ; Piogey, 13, rue Saint-Georges ; Tillot (Emile), 42, rue Fontaine.

L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris tiendra sa séance annuelle sous la présidence de M. le professeur Hardy, le Samedi 16 avril à trois heures ot demie dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— Mme Noémie Carles, garde-malade, soigne les dames en couches. — 44, rue du Rocher.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Note sur l'hystérectomie vaginale. — II. Bibliothèque : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — III. Revue des Journaux : Trépanation sous l'influence de la cocaïne. — Température dans les fractures sous-cutanées. — IV. Thérapeutique : De l'Eucalyptine dans le traitement des maladies de Poitrine. — V. Hydrologie médicale : Saint-Honoré-les-Bains et ses Eaux. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier.

Note sur l'hystérectomie vaginale

QUESTION DE LA RÉCIDIVE

Par L.-G. Richelot (1)

Messieurs,

Après les observations publiées à Paris depuis deux ans, il est bien difficile de ne pas considérer l'hystérectomie vaginale comme légitime et entrée désormais dans la pratique ; il faut même ajouter qu'elle est *bénigne*, quand on l'entreprend dans les conditions où elle est franchement indiquée. Mais la question de la récidive est autrement délicate, et c'est maintenant de ce côté que nous devons diriger nos efforts ; c'est de la solution qui lui sera donnée que dépend l'avenir de l'opération.

A ce point de vue, je ne crois pas nécessaire d'attendre longtemps encore pour vous communiquer des résultats certains. Il y a, dans les statistiques rudimentaires que nous possédons actuellement, des éléments utiles pour étudier les conditions de la récidive, et par suite les moyens de la prévenir. Si je vous apporte, sans plus tarder, mes documents incomplets, c'est qu'ils contiennent, selon moi, la preuve que nous devons nous hâter de modifier sur un point la technique opératoire ; vous y verrez une première tentative que j'ai faite récemment dans cet ordre d'idées, et dont j'avais donné la formule dans une de mes dernières communications.

Sur quinze hystérectomies vaginales, j'en ai fait quatre pour des affections non cancéreuses ; trois guérisons, une mort. J'estime que les faits de ce genre, encore trop négligés, ne sont pas les moins intéressants pour établir les indications de l'hystérectomie vaginale. Mais ils n'ont rien à faire ici, et je les laisse de côté.

Sur les onze opérations pratiquées chez des cancéreuses, j'ai eu quatre morts. L'analyse de ces faits, dont les sept premiers sont relatés dans la thèse de M. de Madec (2), établit nettement les causes de chaque insuccès : *a*) Herminie R..., opérée le 8 août 1885 par l'ancien procédé des ligatures en fils de soie, est morte d'hémorrhagie parce que les fils ont lâché prise, et c'est alors que j'ai adopté les pinces à demeure ; *b*) Hyacinthe F..., opérée le 9 octobre 1886, est morte le troisième jour de néphrite double et d'urémie, le péritoine fermé, sans trace d'accidents abdominaux ; *c*) Mme C... (de Nevers), opérée le 5 octobre 1886, avait une tumeur rétro-utérine diffuse avec des ganglions engorgés, et l'ablation de l'utérus a été faite pour dégager le champ opératoire et tenter une opération palliative qui resta forcément incomplète ; mort de collapsus en vingt-quatre heures ; *d*) Elise L..., opérée à la Pitié le 20 novembre 1886, avec l'assistance de mon excellent

(1) Société de chirurgie, séance du 9 mars 1887.

(2) R. de Madec, *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, thèse pour le doctorat en chirurgie, Paris 1887.

BIU Santé

maître, M. Verneuil, et dans de bonnes conditions, a été la victime d'une faute opératoire dont je m'accuse : j'ai laissé sans pince, comme l'autopsie l'a démontré, une des artères utérines qui ne donnait pas de sang parce qu'elle était rétractée, mais qui en donna quand j'eus le dos tourné et produisit dans la journée une hémorrhagie mortelle. J'ai à peine besoin de dire que la faute n'est pas à la pince, mais à moi qui ne l'ai pas mise en place, et que cet échec n'appartient ni à l'opération, ni au procédé, mais à l'opérateur.

Je tiens beaucoup, messieurs, à vous montrer que, sur ces quatre faits, nous devons accuser : une fois le procédé des ligatures, une fois l'erreur du chirurgien, et deux fois les conditions locales ou viscérales qui rendaient l'opération trop dangereuse et mal indiquée. Si vous cherchiez, dans ma statistique minuscule de quinze faits avec cinq morts, l'expression de la gravité réelle de l'hystérectomie vaginale, vous vous tromperiez ; ce serait oublier la bénignité habituelle de ses suites, la tolérance du péritoine pelvien, la facilité et la promptitude de la guérison. Aussi bien, que valent nos statistiques ? Chercher sommairement une proportion arithmétique est, dans notre art, un véritable non-sens. Et d'abord, n'est-il pas irrationnel de prendre un tant pour cent comme une réalité, quand la somme totale des faits n'arrive pas à la centaine, et quand, par suite, un seul fait nouveau qui vient s'ajouter à la série suffit pour faire varier de plusieurs unités le chiffre des morts ou celui des succès ? Les faits dont s'occupe le médecin sont trop délicats et composés d'éléments trop divers pour que des moyennes fictives deviennent jamais des vérités cliniques ; et toujours l'analyse doit corriger la brutalité des chiffres.

Continuons cette analyse. Augustine F... a été opérée le 26 mai 1886 ; elle a guéri facilement de l'opération et s'est crue sauvée ; mais elle avait une propagation cancéreuse au ligament large, qui m'aurait empêché d'intervenir si je l'avais reconnue ; la mort est survenue au bout de cinq mois. Voilà un fait qui n'a pas d'intérêt pour nous en ce moment, car il ne s'agit pas d'une récidive.

Restent donc six cancéreuses, qui sont aujourd'hui bien portantes. Les voici par ordre de date :

1. Louise C..., 11 juin 1886, cicatrice parfaite et santé florissante depuis *neuf mois*.

2. Stéphanie P..., 31 août 1886, est guérie depuis *six mois*. En quittant l'hôpital le 6 octobre, elle avait au beau milieu de la cicatrice un bourgeon épithélial gros comme une petite noisette, que je me hâtai d'extraire ; les tissus étaient parfaitement souples autour de lui. Je la revis le 24 novembre : la plaie n'était pas encore fermée et suppurait un peu ; ses bords légèrement indurés m'inspiraient une certaine inquiétude ; elle avait bon appétit, mais souffrait habituellement du ventre et des reins, et s'alarmait beaucoup. Nouvelle visite le 25 février 1887 : la situation a complètement changé ; tout est cicatrisé, souple, aucune induration suspecte ; à part quelques douleurs irradiées, les forces et la santé sont franchement rétablies.

3. Mme M..., de Nevers (docteur H. Martin), 13 octobre 1886, allait de mieux en mieux et sentait ses forces revenir à la date du 5 décembre. J'attends des nouvelles plus fraîches.

4. Mme B..., de Lorient (docteur Le Diberder), 14 novembre 1886, est bien portante et sans récidive au bout de *quatre mois*.

5. Victoire P..., 25 novembre 1886, eut aussi un commencement de récidive au bout d'un mois. Je lui fis, quinze jours après sa sortie de l'hôpital Necker, l'ablation d'une petite masse végétante qui s'était développée en pleine cicatrice et qui déjà produisait un suintement fétide ; un grattage soigné laissa une plaie transversale, excavée, peu étendue. Le 25 février 1887, *trois mois* après l'hystérectomie, la cicatrice était parfaite, sans douleur, ni induration, l'état général excellent.

6. Mme B..., 27 février 1887 (docteur Louis Bouyer), est déjà guérie de l'opération ; mais on ne peut rien dire de plus.

Après l'extirpation totale, la récidive ne peut avoir pour siège que les annexes ou la paroi vaginale. Or, je ne puis affirmer quelle ne survient jamais dans les ligaments larges ; mais le fait est bien rare, car depuis deux ans nous ne l'avons vue que dans la paroi. Témoin deux des malades précédentes (2 et 5), chez qui elle s'est montrée au bout d'un mois, superficielle, sans racines, juste au point où avait porté le bistouri. Le bourgeon supprimé, tout est demeuré souple et le péril semble conjuré ; l'avenir nous dira s'il reste encore d'autres germes de cancer au voisinage de la cicatrice.

Voilà bien la preuve que, malgré l'ablation totale, nous laissons des éléments de récidive, non dans les annexes que nos pinces mordent largement, mais à la porte même du foyer opératoire, parce que notre incision à la base du col est trop voisine de la tumeur. Surtout quand il s'agit d'un cancer végétant sur la face externe du museau de tanche, il peut se faire que des culs-de-sac vaginaux sains d'apparence contiennent déjà des traînées de cellules cancéreuses. Or, il est impossible de faire l'incision plus haut, de peur de blesser la vessie ; mais quand elle est faite, quand le segment inférieur de l'utérus est dégagé, la vessie soulevée avec l'uretère et tous deux placés hors d'atteinte, on peut toujours saisir le bord de la plaie vaginale et réséquer avec des ciseaux courbes une bande circulaire de la paroi.

Il est bien entendu, Messieurs, qu'il ne s'agit pas de la résection d'une paroi vaginale envahie par le cancer, dans des cas où l'intervention est plus ou moins justifiée. Je conseille la *résection préventive* d'une paroi qui paraît saine, parce qu'il me semble que c'est une duperie de parler d'extirpation complète et d'opération large, radicale, quand on agit, sur un point du champ opératoire, avec une parcimonie qui passerait pour un témoignage d'ignorance dans une amputation du sein. Tel est le point nouveau sur lequel j'attire votre attention, auquel les auteurs n'ont pas encore pris garde, et dont j'ai tenu compte pour la première fois le 27 février dernier. Permettez-moi donc de vous raconter ce que j'ai fait chez ma dernière opérée pour la mettre à l'abri d'une récidive ; nous verrons plus tard si j'ai réussi.

Mme B..., 52 ans, consultait il y a un mois mon ami le docteur L. Bouyer pour quelques malaises de peu d'importance. Les règles sont finies depuis longtemps ; il y a quelques semaines est survenue une perte légère, et depuis ce moment lá malade se plaint de pertes rousses peu abondantes, non fétides. M. Bouyer l'examine, et trouve un épithélioma du col déjà menaçant, malgré l'absence de douleurs et de grands symptômes. Les lèvres du museau de tanche sont entamées circulairement, un gros bourgeon fon

©BIU Santé

gueux fait saillie à travers l'orifice; le col a une certaine hauteur, les culs-de-sac sont libres, l'utérus mobile. De plus, deux petits lobules cancéreux gros comme des noyaux de cerise, parfaitement circonscrits, saillants sous la muqueuse, occupent la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane. Aucune traînée visible, aucune induration entre ces lobules et le cul-de-sac postérieur, mais je ne doute pas que la muqueuse puisse recéler des cellules épithéliales. Il faudra donc ajouter à l'hystérectomie la résection d'une large bande de la paroi postérieure, comprenant les tumeurs secondaires.

D'autre part, j'ai le projet d'appliquer pour la première fois le précepte que j'ai déjà formulé dans ma communication au Congrès de chirurgie et reproduit à la Société de chirurgie le 29 décembre 1886 : réséquer, à titre préventif, une bande circulaire de la paroi vaginale saine d'apparence, mais pouvant contenir histologiquement des germes de récidive.

Il y a là, vous le voyez, deux questions distinctes : résection préventive et résection de nécessité. Je regrette que la seconde me soit imposée par une circonstance qui peut modifier dans l'avenir les résultats que me donnera la première.

Opération le 27 février 1887, avec l'aide de MM. Bouyer et de Madec. — Je passe sur les précautions préliminaires. — L'utérus descend mal, ce qui prolonge les premiers temps et rend très utiles les bistouris à lame courbe que j'ai fait construire pour l'incision circulaire à la base du col. Le décollement de la vessie n'offre aucune difficulté; j'y procède avec soin, parce que la vessie séparée de l'utérus entraîne avec elle les uretères à distance de l'incision.

Le col dégagé, je procède à la résection vaginale (après l'ablation de l'utérus, il serait trop difficile de manœuvrer au milieu des pinces). Je saisis la paroi antérieure au niveau de la plaie, et je la décolle avec le doigt, pour être bien sûr de ne pas toucher à l'uretère; puis je retranche avec des ciseaux courbes 1 centimètre de tissu en avant, à droite et à gauche. Rien de plus facile que cette opération; l'uretère n'est pas à craindre, il suffit d'y penser; j'aurais pu faire sans danger une résection plus large, et sans doute je serai moins réservé à l'avenir. En arrière, je taille hardiment pour enlever les deux lobules avec leur territoire; la manœuvre est encore plus simple que devant, car la paroi postérieure se détache d'elle-même.

Après avoir placé quelques pinces sur de petits vaisseaux, j'ouvre le péritoine en avant et en arrière. L'abaissement incomplet de l'utérus rend difficile l'attaque du premier ligament large; trois pinces sont placées en étage, l'utérus extrait, le second ligament pris avec deux pinces et l'ablation terminée. Mais il faut encore saisir une grosse branche de l'utérine gauche qui donne un jet de sang, et plusieurs petits vaisseaux dans le tissu cellulaire prérectal. Je fais la toilette du péritoine avec des éponges montées, je retire deux ou trois petits caillots du cul-de-sac de Douglas, et je laisse une quinzaine de pinces. Tampons iodoformés. — L'opération a duré une heure un quart (longueur des premiers temps, résection de la paroi, hémostase).

La malade, pendant deux jours, se plaint de quelques douleurs, et se tire d'affaire avec trois piqûres de morphine, sans vomissements, sans fièvre. La plus haute température est 37°8; cathétérisme le premier jour; ablation des pinces après trente-six heures, soulagement immédiat et sommeil calme. Le 4 mars, les tampons profonds sont enlevés; commencement des injections de sublimé; alimentation. Le 7, toutes les fonctions s'accom-

plissent à souhait; je n'ai pas besoin d'ajouter que nous n'avons plus d'accidents à craindre et que Mme B... sera complètement rétablie dans les délais ordinaires.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. — Directeurs : A. DECHAMBRE, puis L. LEREBOULLET; — directeur-adjoint : L. HAHN. — Collaborateurs : un grand nombre des plus recommandables savants de l'époque. — Figures dans le texte.

Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* fondé par Dechambre est un immense et élégant édifice, qui s'élève progressivement, sans précipitation, mais sans lenteur, et qui touche à son couronnement. Le créateur et les éditeurs, pour rendre aussi contemporaines que possible les diverses portions de cette vaste publication, ont eu l'idée heureuse de la diviser en plusieurs séries qu'ils ont fait marcher parallèlement. La première série, A E, est arrivée au mot ÉPIGRANIENNE (*aponévrose*). La deuxième, L P, s'arrête à PHALLUS (*phallus* L.); mais entre ces deux séries s'intercale la quatrième, F K, qui atteint HÉMATOCÈLE. Puis, vient la troisième série, Q T, qui va jusqu'au mot THROMBOSE; et enfin, la cinquième, U Z, où l'on trouve le commencement de l'important article UTÉRUS. On voit que ces cinq séries deviennent de plus en plus voisines, et qu'elles ne tarderont pas à se souder pour former la grande série définitive, c'est-à-dire le Dictionnaire complet, qui sera le résumé fidèle, la représentation exacte des sciences médicales de la seconde moitié du XIXe siècle.

Lorsqu'on jette un coup d'œil rétrospectif sur ce travail considérable, on ne peut s'empêcher de déplorer la mort regrettable de celui qui en avait conçu l'idée et qui l'avait si bien mené pendant la plus grande partie de sa durée. Certes, l'œuvre ne peut péricliter entre les mains de notre sympathique et savant confrère, Lereboullet, qui a succédé à Dechambre; mais tous ceux qui ont connu ce dernier, qui l'ont vu pendant l'action, se sentent dominés par cette pensée, qu'il méritait de poursuivre sa création jusqu'au bout, de la clore lui-même, et de jouir, à la vue de cette belle encyclopédie terminée, d'un triomphe, que la mort lui a enlevé! A un autre point de vue, Dechambre me disait un jour que l'incendie par la Commune de l'appartement qu'il habitait avait détruit un poème considérable dont l'exécution avait occupé une grande partie de sa vie. Pour quiconque connaît les sentiments personnels des poètes, il ne peut être douteux que cette perte ne lui ait été très douloureuse.

Depuis nos derniers comptes rendus, le *Dictionnaire encyclopédique* a produit des articles extrêmement variés et très nombreux. Les fascicules les plus récemment publiés en renferment beaucoup qui appartiennent aux sciences dites accessoires ou mieux préparatoires, à la physique, à la chimie, à leurs nombreuses divisions, à la chimie végétale, à la botanique, à l'étude des principes intimes des tissus végétaux, à l'histoire naturelle, à la zoologie, etc., etc.

Ces fascicules ont été également enrichis par les matériaux qui constituent le fond de la médecine proprement dite : Des notions d'anatomie et de physiologie normale, générale, microscopique, pathologique, chirurgicale; de pathologie interne, externe, spéciale, générale, expérimentale, comparée; de thérapeutique médicale, chirurgicale, pharmacologie, médecine opératoire, etc., etc.

Les sciences que j'appellerais volontiers *complémentaires* ont fourni des résumés d'un immense intérêt. Nous leur devons : l'article remarquable EMBRYOLOGIE par Tourneux et Hermann; l'article TÉRATOLOGIE par Dechambre; toutes les HYGIÈNES, professionnelles (entre autres, des peintres par Hahn), des écoles par Layet, etc.; les articles EMBAUMEMENT, EFFLUVES, MIASMES, INDUSTRIE, LÉGISLATION MÉDICALE, etc.; la GÉOGRAPHIE MÉDICALE, avec tous ses développements démographiques et autres. Sous cette rubrique, M. Maurel a donné un article GUYANE, article d'actualité, aussi bien écrit que bien pensé; et M. J. Mahel, au mot PESTE, a rassemblé des renseignements historiques d'une grande valeur. SYSTÈME PÉNITENTIAIRE est encore un article d'une utilité actuelle et très sérieux.

©BIU Santé

M. Mahé a écrit un article TERRE, qui sort des banalités et où l'auteur n'a introduit que les considérations qui peuvent être utiles au médecin. Les excellents articles HALLUCINATION par Christian et PATERNITÉ par Tourdes sont encore des articles du jour. Il faut signaler aussi des articles de PHILOSOPHIE intéressant plus ou moins la médecine, et desquels on peut rapprocher les suivants : PASSIONS, AFFECTIONS MORALES, ÉMOTIVITÉ, IMPRESSIONNABILITÉ, SYSTÈME, DOCTRINE, etc. La BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE, l'HYDROLOGIE MÉDICALE eaux minérales et leur législation, stations hivernales), la BIOLOGIE MÉDICALE ont reçu un développement excessif.

Il est impossible même d'indiquer seulement tous les travaux que le praticien peut avoir à rechercher dans le *Dictionnaire encyclopédique ;* il en est encore, toutefois, dans les derniers fascicules, quelques-uns qui méritent d'être mis en vedette : l'article très remarquable et très utile, ÉGOUTS, du professeur Arnoult; l'article très agréable à lire, comme tous ceux du même auteur, ÉLECTRICITÉ, par le professeur Gariel; l'article complet et instructif signé Morat, ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE; l'article émanant d'un médecin aussi savant que praticien consommé, ÉLECTROTHÉRAPIE, par Onimus ; l'article de F. Raymond, EMBOLIE, qui jette une vive lumière sur les phénomènes morbides qu'il importe aux praticiens de savoir interpréter; l'article EMPOISONNEMENT dû à la plume savante, élégante et consciencieuse de G. Pouchet; l'article GOUTTE de Rendu, où l'auteur a tenu compte des travaux de Charcot, de Ranvier, d'Ollivier, de Lancereaux, etc.; l'article classique GROSSESSE de Pinard; l'article tout pratique GYMNASTIQUE de Dally. Il y en a certainement bien d'autres, mais je suis obligé de me limiter.

Les considérations écourtées qui précèdent suffisent cependant pour démontrer que le *Dictionnaire encyclopédique* offre au médecin tout ce qui peut l'intéresser, de près ou de loin, en tant que médecin. La conception de Dechambre était immense; on peut s'étonner qu'un homme ait eu l'audace de s'y attacher, qu'il ait eu l'incontestable mérite de la mener à réalisation complète; et l'on est émerveillé du résultat.

G. RICHELOT père.

REVUE DES JOURNAUX

Trépanation sous l'influence de la cocaïne, par DANA et SYMONDS. — Il s'agit d'un briquetier de 38 ans, Irlandais d'origine, qui paraît avoir eu autrefois une attaque d'épilepsie, mais en était demeuré exempt pendant de longues années, jusqu'à ce qu'il eût reçu, il y a huit mois, un coup de barre des plus violents sur la tête, à la suite duquel il était resté quelque temps sans connaissance. Peu après, il commençait à éprouver de la difficulté à parler, et ses bras et ses jambes refusaient le service.

La trépanation fut décidée; mais Dana ayant vu dans de semblables circonstances le patient, — assez faible dans le cas particulier, — prendre de véritables attaques sous l'influence de l'éther, on résolut d'essayer la cocaïne. La tête rasée, on injectait profondément sous la peau, aux environs de la cicatrice, de façon à atteindre le périoste, une certaine quantité d'une solution de cocaïne à 4 p. 100, et on y revenait à plusieurs reprises jusqu'au moment où l'on incisait le périoste. L'opération dura près d'une heure un quart, sans que le malade ait fait entendre une plainte, assis sur un chaise, la tête sur son bras reposant sur une table. L'incision portait sur l'occipital, tout près de la suture temporale à gauche, et à 3 pouces de la protubérance occipitale. On trouvait une fracture linéaire avec enfoncement et perte, en avant, de substance osseuse remplacée par du tissu fibreux. La table interne était elle-même déprimée. Une large rondelle osseuse avait été enlevée.

Le malade eut encore un accès le lendemain matin et deux autres le mois suivant. Il n'en a pas eu d'autres; il continue toutefois à prendre du bromure de potassium. Le langage a beaucoup gagné; l'intelligence, qui avait baissé, est plus vive; le malade peut se promener seul, alors qu'il ne pouvait plus le faire sans le secours d'un aide. (*Medical Record*, 1886, 26 juin.)

Température dans les fractures sous-cutanées, par E. MÜLLER. — L'auteur a pris

la température rectale dans 36 cas de fracture simple, et, en contradiction avec les observations de Maas, il a constaté une augmentation de la température 35 fois. Le maximum est généralement constaté le premier ou le second jour, et se maintient tel de un à treize jours. L'âge du blessé, le degré de l'extravasation sanguine, l'étendue de la fracture ne paraissent pas exercer d'influence manifeste sur l'élévation de la température. Müller s'est livré, en outre, à des recherches bibliographiques dans la littérature anglaise, allemande et américaine, et a trouvé que, 308 fois sur 359 cas, c'est-à-dire dans 85 p. 100, le même phénomène avait été noté. (*Centralbl. f. Chirurg.*, 1886, 12 juin.) — R. L.

THÉRAPEUTIQUE

De l'Eucalyptine dans le traitement des maladies de Poitrine.

Obs. Ire. — *Phthisie aiguë; hémoptysie; guérison.* — Pol..., ouvrier en cheveux, rue Rolie, 28 ans, n'a pas abusé de l'alcool, n'a pas eu de syphilis, grand et robuste jadis. Il vit et travaille dans une atmosphère chargée des débris de poussière. Il y a trois ans, il a eu une toux sèche, quinteuse; l'hiver de 1885-86, bronchite aiguë dont il s'est remis; le 9 mai dernier, hémoptysie abondante avec fièvre, expectoration épaisse pour laquelle il a gardé le lit pendant 4 mois. Depuis, il a été soigné par plusieurs médecins en ville et dans les hôpitaux, mais sans succès.

Etat au 3 novembre 1886 : Emacié, peau sèche, brûlante; pouls à 120; temp. axillaire, 38; hémoptysie continuelle, se renouvelant aussitôt qu'il fait dix pas, monte un escalier ou qu'il parle longtemps; crachats purulents presque toujours teintés de sang; sueurs la nuit, sommeil entrecoupé; le matin, les premières quintes de toux amènent un flot de sang; anorexie, pas de diarrhée, tristesse; douleurs mobiles dans les côtés, surtout à gauche; essoufflement constant, matité absolue dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche, bornée à la fosse sus-épineuse et sus-claviculaire à droite. En ces derniers points, respiration rude, expiration prolongée; à gauche, craquements humides dans tout le sommet, râles muqueux plus bas et, plus bas encore, respiration soufflante, sèche dans tout le reste de l'organe malade. Le cœur a son volume normal. Plaie douloureuse dans les sinus frontaux, que divers spécialistes considèrent, malgré les énergiques dénégations du malade, qui a de beaux enfants, comme d'origine spécifique.

Traitement. — Injection d'ergotine à la région deltoïdienne d'un côté; à l'autre épaule, injection d'Eucalyptine Le Brun (une seringue de Pravaz entière) trois fois par semaine. Boissons adoucissantes, ni café, ni liqueurs, ni vin pur. Lait; marcher lentement, parler peu. Pour son ozène, le malade ira à la clinique du docteur Désarènes.

Après la première semaine, le sommeil est meilleur, la peau moins brûlante, les sueurs diminuent, pouls 108, temp. 37°; l'hémoptysie est moins facile, moins abondante.

Le 13 novembre. — Amélioration plus marquée; lemalade tousse et transpire moins, l'appétit renaît, mais les crachats sont toujours sanguinolents. Temp. 36. Pouls à 84.

Le 18 novembre. — Le malade marche mieux, a moins d'essoufflement, l'hémoptysie ne se reproduit plus; le malade se croit sauvé. Mais, lui ayant prescrit des pilules de sulfure de calcium et d'extrait d'Eucalyptus et, le malade, ayant travaillé quelques heures par jour, l'hémoptysie reparaît avec fièvre, sueurs et les symptômes des premiers temps. On se borne aux seules injections d'ergotine et d'Eucalyptine, en y joignant l'antipyrine à la dose de 0,50 centigr. trois fois par jour. Bientôt les crachats hémoptoïques diminuent, les signes stéthoscopiques s'amendent, le pouls descend à 76; le malade engraisse. Le 16 décembre, il a gagné 7 livres en 21 jours.

Il a encore une rechute en janvier 1887, s'étant exposé à un froid intense, mais elle ne dure que quelques jours; aujourd'hui, Pol... est guéri, il marche, court et travaille constamment, grâce aux injections d'Eucalyptine Le Brun, qu'il continue. Le poumon gauche et le sommet du poumon droit ont repris leur sonorité et leur jeu normal, et il n'y reste aucune trace de leurs anciennes lésions. Il a engraissé de plus de 40 livres. Son ozène a complètement disparu avec les soins éclairés du docteur Desarènes.

©BIU Santé

Obs. II. — *Catarrhe pulmonaire et fièvre.* — Lucie D..., rue Fessard, à Boulogne-sur-Seine, 14 ans, née de père et mère vigoureux, fille unique, a contracté à l'âge de 5 ans une bronchite, ou pneumonie avec fièvre violente, pour laquelle elle a gardé le lit un an, et est devenue maigre comme un squelette. Depuis lors, elle a constamment toussé et craché. Les crachats sont énormes, en plaques larges, et constituent un véritable flux bronchique et purulent qu'elle expectore à pleine gorge; en un mot, elle vomit plus qu'elle ne crache. L'expectoration est encore plus abondante les jours de pluie ou de brouillard. Elle ne peut, aujourd'hui, ni jouer, ni parler, ni rire, ni marcher vite sans s'arrêter essoufflée et pâmée. Quelquefois, les crachats sont mêlés de sang. Elle n'a eu ses règles qu'une seule fois encore.

Matité au sommet gauche, où on entend des râles muqueux et à grosses bulles. A droite, gargouillement caverneux en haut, en avant et en arrière; à la partie moyenne de la poitrine, râles muqueux tapageurs très bruyants; dilatation bronchique et emphysème en bas et en arrière. La malade ne transpire pas la nuit, mange beaucoup et résiste ainsi à une fièvre oscillant de 100 à 120°; rien d'anormal pour la température.

Le traitement commencé le 9 novembre 1886, et consistant en une injection entière d'Eucalyptine Le Brun trois fois la semaine, amène des changements très heureux et fort sensibles; la malade, traitée de cette façon pendant trois mois, engraisse rapidement, le pouls s'abaisse à 76; les crachats ont diminué des trois quarts, les époques se sont régularisées; elle peut aujourd'hui rire, marcher, courir en classe sans étouffer; elle n'expectore plus que le matin, et sans effort; les crachats purulents sont remplacés par des crachats muqueux et aérés, et cependant le traitement a été suivi d'une manière irrégulière. Depuis deux mois, la malade est perdue de vue.

Obs. III. — *Phthisie au second degré. Guérison.* — M. Brand..., 20 ans, rue de la Plaine, à Boulogne-sur-Seine, né d'un père très fort et d'une mère morte phthisique, a commencé à souffrir de la toux, de la fièvre et de l'oppression il y a près de trois ans, à la suite d'un arrêt brusque de transpiration; l'été, il souffrait un peu moins que l'hiver; depuis quelques mois, il a des crachats épais, opaques, puriformes, mais pas d'hémoptysie. Jusqu'à ces derniers temps, il mangeait bien et ne transpirait pas la nuit; mais, depuis deux semaines, il vomit tout ce qu'il mange et est dégoûté profondément; son pouls est à 104. Temp. 38°4; sa peau est chaude, sèche, il est amaigri; ses forces diminuent; il a de temps à autre des douleurs du côté gauche de la poitrine, et il est forcé de s'arrêter toutes les deux minutes quand il marche. L'auscultation ne révèle rien à droite, sauf au tiers supérieur du poumon, où l'expiration est nettement prolongée, ce qui indiquerait des tubercules à l'état de crudité. Bruits de souffle rude dans toute la partie supérieure du poumon gauche, qui présente de la matité; mais cette dernière est très accentuée dans les deux tiers supérieurs, au-dessus et au-dessous de la clavicule, dans les fosses sus et sous-épineuses, et la moitié supérieure de l'aisselle. En tous ces endroits, on observe : ici des craquements humides, là des gargouillements limités, décelant la présence de petites cavernes; la toux s'y renforce; elle est creuse, profonde et résonnante; soif vive; mouvements du cœur très accentués et fréquents.

Traitement. — Trois fois par semaine, injection d'Eucalyptine Le Brun; deux pilules par jour d'arséniate de soude, codéine et aconitine.

Huit jours après, le malade dormait bien, toussait moins, mangeait avec appétit, ne transpirait ni ne vomissait plus. Le pouls étant à 84 et la température à 37°, les pilules sont suspendues, les injections d'Eucalyptine Le Brun sont seules maintenues.

Au bout d'un mois, l'amélioration est telle que deux injections seulement par semaine lui sont faites. Aujourd'hui, après quatre mois de traitement, le malade est aussi bien que possible. Pesant au début 56 kilogr., il en a gagné plus de 12; il marche au pas accéléré, gravit lestement et sans essoufflement un escalier; enfin, il peut être considéré comme guéri et ne reçoit plus qu'une fois par semaine une injection préventive d'Eucalyptine.

Obs. IV. — *Broncho-pneumonie grave; expectoration purulente; fièvre; amaigrissement. Guérison.* — M. C..., 52 ans, employé d'une grande Compagnie parisienne, est atteint en janvier 1887 d'une broncho-pneumonie très grave, envahissant tour à tour les deux poumons à leur partie postérieure; malgré les soins les plus éclairés, et la médication

classique énergiquement employée, le mal résiste avec ténacité, et le malade, miné par une fièvre constante et par une expectoration purulente et très abondante, verdâtre, s'affaiblit, s'émacie, transpire abondamment la nuit, refuse de manger et a la fière hectique.

Traitement par les injections sous-cutanées d'Eucalyptine Le Brun. Tous les jours une injection au bras. A la cinquième injection, le mieux se dessinait nettement, moins de fièvre, de toux et de crachats. Les râles qui remplissaient la partie postérieure des poumons, devinrent plus fins, moins bulleux, la sueur disparut. La pâleur fit place à un air de bonne santé, le malade se mit à manger et après trente injections d'Eucalyptine cet homme est guéri.

De ces diverses observations, il résulte que dans la phthisie au premier et au deuxième degré, dans le catarrhe pulmonaire et dans la broncho-pneumonie, l'emploi de l'Eucalyptine Le Brun a procuré de véritables résurrections. Le mieux, du reste, ne se dessine nettement que lorsque le malade exhale l'odeur éthérée et camphrée particulière de l'Eucalyptine, bien que la sédation soit immédiate dans le plus grand nombre des cas.

D'après quelques essais faits depuis, il est probable que cette médication donnera d'aussi bons résultats dans la bronchite aiguë et la bronchite capillaire. — Dr Lefaivre.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Saint-Honoré-les-Bains et ses Eaux.

Parmi les établissements thermaux, dont la notoriété s'est considérablement accrue dans ces dernières années, il faut citer en première ligne celui de *Saint-Honoré-les-Bains*, dans la Nièvre.

Sa topographie, la composition de ses eaux, son installation, les résultats thérapeutiques que l'on obtient, telles sont d'un pareil succès les causes que nous allons brièvement passer en revue.

Historique et topographie. — Si l'on en croit la tradition, Saint-Honoré était autrefois une ville gauloise, célèbre par ses sources thermales qui jaillissent à quelques centaines de mètres du bourg actuel, aux limites mêmes du granit et des formations calcaires.

Quelques médailles trouvées depuis peu pourraient confirmer jusqu'à un certain point cette opinon; mais, ce dont il est impossible de douter, c'est que les Romains y construisirent un établissement immense, dont une partie fut découverte quand M. le marquis Antoine d'Espeuilles fit faire, en 1820, les premières fouilles.

M. le général marquis d'Espeuilles et M. le comte d'Espeuilles, ancien député de la Nièvre, propriétaires des sources, ont voulu, cette année, en présence du nombre toujours croissant des malades, faire bâtir une annexe à l'établissement construit par leur père.

Les premiers coups de pioche ont mis à découvert une nouvelle partie de l'établissement romain. Des murs avec leur petit appareil, des peintures à la fresque, dont les couleurs sont parfaitement conservées, des scaioles, des colonnes en pierre, des morceaux de très belle et très fine poterie, du marbre, des médailles, dont une de Claude Ier, voilà ce que l'on a trouvé jusqu'à ce jour, et tout fait espérer de nouveaux trésors archéologiques, si, comme il est désirable, ces fouilles intéressantes sont continuées.

C'est dans la Nièvre, arrondissement de Château-Chinon, à la base des premiers contreforts du Morvan, que se trouve l'établissement dont l'altitude est de 272 mètres; il est heureusement placé entre deux lignes de chemin de fer.

Les voyageurs, partant de Paris, s'y rendent par Nevers, Cercey-Latour et Vandenesse-Saint-Honoré; ils peuvent encore y venir en passant par Clamecy (ligne de Bourgogne) et en s'arrêtant toujours à Vandenesse-Saint-Honoré.

Ceux venant de Dijon ou de Lyon prennent à Chagny la ligne de Nevers et s'arrêtent à Remilly.

De Vandenesse, comme de Remilly, plusieurs omnibus conduisent en une heure à l'établissement.

Certains malades, avant de se rendre à une station thermale, s'informent beaucoup

©BIU Santé

moins de sa valeur thérapeutique que des distractions que l'on peut y trouver. Qu'ils sachent que le Saint-Honoré d'aujourd'hui n'est plus celui d'autrefois, qu'il possède un très grand parc, dans lequel un orchestre se fait entendre tous les soirs, un casino où se donnent des bals et des matinées d'enfants, un théâtre avec des artistes pour l'opérette et le vaudeville. Les joueurs y trouvent le jeu des petits chevaux; les excursionnistes, des voitures et des chevaux de selle, etc. Voilà, en dehors du traitement, bien des occupations pour la journée et pour le soir.

Le géologue pourra faire aux portes de Saint-Honoré les plus belles études; le minéralogiste, de riches collections; le botaniste y rencontrera la flore de la plaine et celle de la montagne; l'archéologue, enfin, ne pourra faire un pas sans trouver de nombreuses traces de l'occupation romaine.

Placées au centre de la France, à huit heures de Paris, les eaux de Saint-Honoré pouvaient espérer de leur position seule une grande et légitime notoriété. Ne faut-il pas, en effet, pour trouver des similaires, entreprendre de longs et coûteux voyages; mais, au point de vue de leur succès, à cette position centrale vient se joindre une composition chimique sans égale en France et sur laquelle nous allons dire quelques mots.

Composition chimique. — Il existe à Saint-Honoré trois sources.

La Crevasse ou Acacia. Température.....	26°
Les Romains ou Marquise. Température.	31°
La Grotte. Température.	22°

Ces trois sources réunies donnent en vingt-quatre heures l'énorme quantité de 960 mètres cubes d'eau. D'une façon générale, les principes dominants sont : le soufre, l'acide carbonique, le chlorure de sodium et l'arsenic.

D'après Personne, c'est la source de la Crevasse qui contient la plus grande quantité de ce métalloïde, et il y serait contenu à l'état d'acide arsénique.

Que l'arsenic existe à cet état dans les eaux, qu'il y soit à l'état d'arséniate de fer ou d'arséniate de soude, ce que nous croyons, toujours est-il qu'il y existe à dose thérapeutique et que Saint-Honoré est la seule station hydro-minérale de France dont les eaux soient à la fois thermales, sulfurées, sodiques et arsénicales.

Installation. — L'établissement est situé sur l'emplacement des anciens puits romains et muni de tous les appareils usités en hydrologie : Douches de toute nature, cabinets de bains munis de douches locales mobiles, salles de pulvérisation, salles d'inhalations, vaste piscine dans laquelle les malades peuvent se livrer à l'exercice si salutaire de la natation dans une eau constamment renouvelée et à la température de 28°.

Effets thérapeutiques. — Il n'est pas possible de passer en revue dans un article aussi succinct que celui-ci toutes les affections dont on peut demander la guérison aux eaux de Saint-Honoré. Comme nous l'avons vu, leur composition chimique est un sûr garant de leur efficacité et une indication sérieuse pour le médecin.

On peut dire d'une façon générale qu'elles conviendront toujours chez les malades dont les forces ont besoin d'être relevées ; aussi tous les médecins de la station s'accordent-ils à reconnaître les excellents effets que l'on obtient chez les enfants lymphatiques.

Les affections des organes de la respiration seront heureusement influencées dans la grande majorité des cas. On pourrait presque dire que leur traitement est la spécialité de ces eaux.

Que de bronchites ont été guéries ! Que de laryngites sérieuses ont cédé au traitement thermal, et nous connaissons quelques cantatrices célèbres qui, sans Saint-Honoré, ne seraient peut-être pas devenues les étoiles que nous applaudissons.

Dans la phthisie pulmonaire elle-même, Saint-Honoré compte de nombreux succès alors surtout que les malades ont été traités au début.

Les affections de la peau, celles surtout qui sont suintantes; certaines affections utérines, causes fréquentes de stérilité et que l'on voit souvent alterner avec des laryngites ou des bronchites de même nature, sont victorieusement combattues par ces eaux.

Bien des rhumatisants affaiblis viennent depuis quelques années y demander soulagement ou guérison, soit que le rhumatisme ait envahi les muscles ou les articulations, soit, chose plus grave, qu'il se soit fixé sur des organes internes et en particulier sur le poumon.

Les affections syphilitiques anciennes sont encore tributaires de Saint-Honoré et tous les ans on peut y observer de magnifiques cures.

Les eaux agissent alors comme *diagnostic* et comme *adjuvant*.

Disons enfin que les résultats les plus brillants sont obtenus chez les enfants ; chez ces enfants lymphatiques dont les parents admirent à tort les apparences trompeuses de la santé, chez lesquels le lymphatisme exagéré permet au médecin de prévoir pour la jeunesse ou l'âge mûr des affections que l'on peut prévenir en reconstituant les sujets.

Dans la piscine les enfants se livrent à des exercices qui développent leurs muscles, dilatent leur poitrine, activent la circulation et permettent à la sortie du bain une réaction bienfaisante.

C'est surtout à cette époque de la vie que l'on doit demander aux eaux minérales de Saint-Honoré une prophylaxie active et les bains de piscine devront souvent être préférés dans ces cas, à moins de contre-indications formelles.

Eaux transportées — Aux malades qui ne peuvent pas se rendre à Saint-Honoré, nous donnons le conseil de faire une cure par ses eaux transportées.

Soumises à un embouteillage qui ne laisse rien à désirer, elles sont admises depuis longtemps dans les établissements de l'Assistance publique, et chaque année voit augmenter leur vente.

Un des premiers effets de cette eau est d'activer la digestion, d'augmenter l'appétit, résultat précieux quand il s'agit de combattre une affection chronique. Indépendamment de son action élective sur les organes respiratoires, elle active la circulation, augmente les sécrétions, les menstrues se régularisent, etc., etc. Enfin, sans prétendre à des résultats aussi complets que ceux que l'on obtient à la source, les malades trouveront dans ces eaux transportées un adoucissement sérieux à leurs maux et souvent même une guérison complète.

FORMULAIRE

PATE CONTRE L'IMPÉTIGO. — Liebreich.

Acide salicylique		1 gramme.
Oxyde de zinc pulv.	àà	12 grammes.
Amidon pulv.		
Lanoline		25 —

F. s. a. — Cette pâte a réussi à guérir, dans l'espace de dix jours, une jeune fille atteinte d'impétigo contagieux étendu, avec croûtes épaisses et melliformes, sur une surface papillaire hémorrhagique et en suppuration. — Elle s'est montrée également très efficace, contre un eczéma enflammé et humide de la jambe. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le docteur Aronsohn, qui s'est fait connaître par ses intéressants travaux de physiologie, est nommé assistant du professeur Jacobson (de Berlin).

— Le Privatdocent A. Huber est nommé professeur à l'Institut pathologique.

— La Société anatomique tiendra sa première séance les 14 et 15 avril à Leipsick. Principales communications : Structure et développement des conduits spermatiques, par le docteur Waldeyer. — Méthode de reconstruction plastique, par les docteurs His et Strasser.

©BIU Santé

— Les 3 et 4 avril, aura lieu un Congrès des médecins grecs, à l'occasion du cinquantenaire de la fondation de la Société de médecine d'Athènes.

FRANCFORT-SUR-LE-MEIN. — La Société des naturalistes (Senkenbergische naturforschende Gesellschaft) a, dans sa séance du 10 mars dernier, décerné le prix Tiedemann au professeur Ehrlich (de Berlin). Ce prix est donné tous les quatre ans au meilleur travail d'anatomie et de physiologie. — Dr Ch. SCHMIT.

COURRIER

Par décret, en date du 22 mars 1887, M. le docteur Perroud, chargé du cours complémentaire des maladies des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 22 mars 1887, M. le docteur Laroyenne, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des femmes à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par arrêtés ministériels en date du 4 mars, M. le docteur Moutard-Martin, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. le docteur Hardy, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 19 avril 1887, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis et jeudis, à une heure et demie de l'après-midi. Les élèves de deuxième et de troisième années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Nul élève de l'une ou de l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont seize inscriptions ; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Voici les conditions d'admission : 1° Les élèves de deuxième et troisième années (doctorat et officiat) sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires correspondant à l'inscription de janvier 1887 ;

2° Les élèves justifiant de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, avant le 2 avril, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 francs) ;

3° Les élèves indiqués dans les paragraphes 1 et 2 devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin) jusqu'au 2 avril inclusivement, de midi à quatre heures.

— Le docteur A. Ruault commencera, le 18 avril, à trois heures, à l'École pratique de la Faculté, un cours libre sur la *pathologie du nez et du pharynx nasal*, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Dyspepsies.—Anorexie.— Traitement physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

PROPRIÉTÉ A VENDRE à Bois-Colombes, près Paris, pouvant convenir à une nombreuse famille ; prix : 35,000 fr. — S'adresser aux Bureaux du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Henri Richardière : L'eau et la fièvre typhoïde. — II. Ernest Desnos : Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques. — III. Bibliothèque : Traité pratique et théorique de la lèpre. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

L'eau et la fièvre typhoïde (1),

Par le docteur Henri Richardière, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux.

L'étiologie de la fièvre typhoïde a fait, dans ces derniers temps, d'incontestables progrès. Le rôle joué par les eaux potables dans la genèse de cette maladie a été définitivement mis en lumière par l'étude de quelques épidémies récentes.

L'épidémie de Pierrefonds a permis à notre maître, M. le professeur Brouardel, de mettre en relief, et d'une manière saisissante, l'importance de l'eau souillée par les déjections typhiques, et tout récemment, à l'occasion de cette épidémie et de quelques autres faits, MM. Chantemesse et Widal ont pu faire la démonstration bactériologique de la nocuité de l'eau incriminée (2). La découverte du bacille pathogène de la fièvre typhoïde dans les eaux est un fait capital qui pourra contribuer dans une large mesure à la prophylaxie de la dothiénentérie.

M. Brouardel, dans une conférence faite à la Sorbonne en février dernier, a montré quel fléau était cette maladie, par le nombre et la qualité des hommes qu'elle enlevait chaque année. Les travaux récents permettent d'espérer que le temps n'est pas éloigné où une hygiène publique sagement comprise et rigoureusement appliquée pourra lui arracher quelques-unes de ses victimes.

Les travaux que nous mentionnons couronnent dignement une longue série d'observations médicales judicieusement faites, qui, rapprochées les unes des autres, constituent déjà des documents d'une haute valeur.

Budd, qui a été un des initiateurs dans ce genre d'études, avait montré, dans son livre si remarquable sur la fièvre typhoïde, que l'eau potable est le véhicule ordinaire du contage typhique. L'histoire partout citée des épidémies de la colline de Kingswood était des plus démonstratives. La sanction expérimentale manquait; aujourd'hui, elle ne fait plus défaut.

Presque tous les faits observés depuis l'apparition du livre de Budd avaient confirmé ses idées.

Nous pourrions rappeler les épidémies de Chaumont et d'Auxerre observées avec tant de sagacité par Michel et par Dionys des Carrières. Mais leur histoire est connue de tout le monde. D'autres, moins célèbres, sont également bien démonstratives. Telle est l'épidémie observée à Plymouth de Pensylvanie par Lewis Taylor et Shakespeare.

Plymouth reçoit son eau d'une source venant de la montagne et de la Susquehamah. Malgré les conditions défavorables de cette rivière qui reçoit les égouts d'une ville de 30,000 habitants, les individus qui burent de son eau furent tous indemnes, tandis que

(1) P. Brouardel : Communication à l'Académie des sciences (1886). Enquête sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Pierrefonds (*Annales d'hygiène et de médecine légale*. Février 1887).

(2) Chantemesse et Widal : Communication à la Société anatomique et à la Société médicale des hôpitaux.

©BIU Santé

ceux qui burent l'eau de la source de la montagne furent à peu près tous malades. Or, dans une maison située tout près de cette source, un cas de fièvre typhoïde s'était déclaré en février et en mars. La garde qui soignait le malade jetait ses déjections sur le sol alors gelé. Il s'ensuivit une accumulation de déjections typhiques qui, non altérées par le froid, furent diluées et entraînées dans l'eau de la source par les premières pluies. Il s'ensuivit une épidémie qui, sur 8,000 personnes, en frappa 1,200 et en tua 100.

Dans une autre épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en décembre aux forges de Liverdun, Paul Lebon (thèse de Nancy, 1884) rapporte que les cités ouvrières alimentées par l'eau d'une des galeries de mine furent seules victimes de la maladie. Sur 94 malades, 83 en avaient bu exclusivement. Deux cas de fièvre typhoïde s'étaient manifestés deux mois avant l'éclosion de l'épidémie. Les selles des malades avaient été répandues sur le sol sans désinfection préalable, et l'eau avait été contaminée par les infiltrations de ces matières au sortir de la galerie incriminée.

Il serait facile de multiplier ces citations, de rappeler les épidémies observées par Baraduc aux villages de la Côte et des Monts (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, janvier 81), l'épidémie de Croydon, prévue et décrite par Carpentier, l'épidémie de Breslau, où sur 667 personnes composant 57 familles qui habitaient la même rue, 202 qui buvaient une eau infectée furent atteintes de la fièvre typhoïde ; les épidémies de la Suisse romande, observées par Nicolas et par de Cérenville. Nous pourrions surtout citer l'épidémie de Pierrefonds, qui seule suffirait à entraîner la conviction.

Toutes ces observations démontrent l'importance du rôle joué par l'eau, dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Ce rôle est indéniable. Il reste à chercher si l'eau est le seul élément qu'on doive incriminer d'une manière certaine? Il semble probable que l'air, les excrétions, les matières fécales, le contact du malade lui-même doivent aussi être mis en suspicion.

L'air, en particulier, paraît avoir servi plusieurs fois de véhicule indiscutable au germe morbide. Sur ce point, nos connaissances sont encore peu précises ; la question reste ouverte, moins importante toutefois au point de vue prophylactique. Nos mesures d'hygiène ne peuvent, avec nos ressources actuelles, s'attaquer que difficilement aux contages contenus dans l'atmosphère. Nous pouvons, par contre, empêcher dans une large mesure, la propagation par les eaux; et comme, sur ce point, nos connaissances sont maintenant précises, nous devons y porter tous nos efforts.

La nécessité de livrer à la consommation des eaux potables de bonne qualité, indemnes de tout germe typhique, s'impose aux administrations municipales. M. Brouardel a montré que la chose était possible, n'exigeait pas de grandes dépenses dans un certain nombre de villes comme Pierrefonds, ravagées tous les ans par la fièvre typhoïde.

A Paris où les conditions sont plus difficiles, mais réalisables cependant, il faut, comme le demandait M. Léon Collin dans son rapport au conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, lu dans la séance du 28 janvier 1887, que certaines eaux ne soient plus livrées à la consommation publique. Les eaux de la Seine et de l'Ourcq ne doivent plus être données pour l'alimentation. Les eaux que les nécessités du service font distribuer de temps en temps aux habitants de la ville, sont une cause de recrudescence de l'endémie typhoïde. Les relevés d'entrées pour fièvre typhoïde dans les hôpitaux, les statistiques hebdomadaires de la santé publique, le montrent d'une manière très nette (1).

(1) Depuis l'impression du présent travail, M. Cornil a lu à l'Académie, au nom de

Un progrès a déjà été réalisé. Actuellement l'eau de Seine prise à Ivry est la seule qui soit admise pour remplacer l'eau de source. La quantité de l'eau de l'Ourcq distribuée au service public et privé diminue chaque année (Dumesnil, *Revue d'hygiène*, 1887). Ce n'est pas assez. La Seine prise à Ivry est déjà souillée par les villages et les villes populeuses (Troyes, Montereau, Corbeil, Melun, etc...) qu'elle a traversés. Son eau est suspecte. Paris ne doit plus boire que de l'eau de source.

On ne peut donc que s'associer aux vœux formulés par M. Collin et dire avec lui qu'il faut :

1° Hâter les travaux d'adduction des nouvelles sources acquises par la ville de Paris ;

2° Dès que ces travaux auront été accomplis, imposer aux propriétaires le principe de l'abonnement obligatoire aux eaux de source ;

3° Hâter la construction des égouts latéraux destinés à préserver la Seine de tout pollution par les eaux industrielles, ménagères et autres.

C'est à ces mesures prophylactiques que conduisent impérieusement les observations d'épidémies de fièvre typhoïde, les récentes acquisitions de la science médicale contemporaine. Il est du devoir du corps médical, à qui revient l'honneur de ces travaux, de poursuivre énergiquement la réalisation des mesures propres à combattre le mal.

Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques

Lues à la Société de médecine de Paris dans la séance du 12 février 1887

Par M. le docteur Ernest Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Observation Ire. — M. M... rentier, nous fait appeler le 16 novembre 1886 ; il est en proie depuis quelques heures à des douleurs abdominales intenses. C'est un homme de 57 ans qui, d'une bonne santé habituelle, eut à l'âge de 35 ans une attaque bien caractérisée de goutte et l'année suivante une colique néphrétique suivie de l'expulsion non pas de graviers, mais de sable rouge en grande abondance. Depuis lors, il a présenté tous les ans des manifestations de la diathèse urique, sous la forme tantôt d'accès de goutte, tantôt de douleurs néphrétiques ; mais jamais ces diverses symptômes n'ont atteint un degré extrême d'intensité : à deux ou trois reprises seulement les accidents rénaux ont été assez violents pour s'accompagner de vomissements, de douleurs irradiées ; pour mériter en un mot le nom de coliques néphrétiques. Cependant les sédiments de l'urine ne permettent pas de douter de l'origine rénale des douleurs ressenties à diverses reprises.

Il y a onze ans environ, en 1875, des douleurs néphrétiques se montraient plus violentes que d'habitude, et suivies de vomissements ; mais ceux-ci, au bout de quelques heures, au lieu de cesser devinrent verdâtres, puis analogues à des matières stercorales dès la fin de la première journée. Le lendemain et les deux jours suivants les vomissements persistaient et il n'y eut par l'anus émission ni de gaz, ni de matières ; l'état fut alors tel que M. Péan, appelé par le docteur Lebreton, proposa la gastrotomie. L'opération fut d'ailleurs refusée et les phénomènes d'étranglement cédèrent à l'emploi de quelques lavements d'eau de Seltz.

Depuis lors la santé de M. M... n'offrit aucun phénomène digne d'être noté. Malgré un régime sévère et des saisons annuelles à Contrexéville, toujours du sable rouge est expulsé par intervalles.

MM. Chantemesse et Widal, une nouvelle communication qui met en évidence le parallélisme entre les épidémies de fièvre typhoïde et la distribution d'eau de rivière aux habitants de Paris.

©BIU Santé

Le 16 novembre 1886, à la suite d'une légère attaque de goutte, M. M... fut pris de douleurs violentes dans les régions lombaire et inguinale du côté droit, douleurs presque continues avec des exacerbations de dix en dix minutes, irradiant vers le pli de l'aine et dans la région scrotale; le testicule est fortement rétracté vers l'anneau inguinal, des vomissements commencèrent au bout de quelques heures, alimentaires d'abord, puis bilieux. Une injection sous-cutanée de morphine calma un peu ces symptômes que nous retrouvons le soir sensiblement modifiés ; la douleur n'est plus localisée à droite, mais diffuse dans tout l'intestin ; la palpation dans la région rénale est moins douloureuse que le matin ; le ventre est dur, ballonné ; il y a eu le matin une selle peu copieuse; depuis, aucune émission ni de gaz, ni de matières, les vomissements persistent avec le même caractère.

Le lendemain l'état général est assez alarmant ; les vomissements n'ont pas cessé ; le dernier est nettement fécaloïde ; l'intestin, très ballonné, dessine ses circonvolutions à travers la paroi; aucun gaz ne s'est échappé par l'anus. L'urine est devenue plus abondante qu'hier et a entraîné l'expulsion d'une grande quantité d'acide urique sous forme de sable auquel sont mélangés 5 à 6 graviers gros à peine comme des grains de millet. La température n'a pas dépassé 37°5. Malgré l'administration d'une potion de Rivière, malgré une injection rectale avec un siphon d'eau de Seltz, l'état resta le même jusqu'au lendemain 18. M. Monod vit alors le malade avec nous et, en admettant la possibilité d'une laparotomie, fut d'avis d'essayer d'abord de l'électricité et d'administrer d'heure en heure de petites doses d'huile de ricin. Une première, puis une deuxième séance d'électrisation amenèrent une selle assez abondante, puis des gaz et enfin une débâcle de matières intestinales, vers la soirée du 19 novembre.

Le cours des matières eut lieu librement et le malade se rétablit rapidement. Quant aux urines, on y trouva des dépôts d'acide urique pendant deux à trois jours, puis elles redevinrent limpides.

Obs. II. — M. Cl..., âgé de 66 ans, architecte, ne présente d'autres antécédents morbides que des traumatismes parmi lesquels nous signalerons, à l'âge de 40 ans, une chute sur le côté droit ayant donné lieu à la fracture de plusieurs côtes, et suivie d'une hémorrhagie intestinale unique et peu abondante. Depuis une quinzaine d'années, il offre quelques manifestations légères de la goutte, et notamment de la dyspepsie. Il n'est pas habituellement constipé, mais a eu souvent des garde-robes difficiles; enfin, il y a trois ans, il rendit par l'anus une quantité assez considérable de sang, hémorrhagie qui ne se reproduisit plus, et que la présence d'hémorrhoïdes semble expliquer, mais dont il sera nécessaire de tenir compte dans le diagnostic.

Il y a deux ans, il a commencé à ressentir des douleurs dans les lombes, attribuées d'abord à du lumbago; elles se prolongèrent bientôt, s'irradiant vers la fosse iliaque, surtout à droite, présentant un caractère de tension, de gêne douloureuse que le malade, fort intelligent, différencia de suite des douleurs que la goutte avait déterminées chez lui dans la même région. Néanmoins, elles restèrent vagues et peu violentes pendant dix-huit mois, mais à ce moment leur violence s'accrut et elles devinrent lancinantes; puis apparut tout à coup un nouveau symptôme, une hématurie peu abondante, mais prolongée pendant près de six jours, qui survint et disparut sans cause appréciable. La dilatation gazeuse habituelle assez considérable de l'intestin rend difficile et infructueuse l'exploration par la paroi abdominale antérieure; mais, dans la région lombaire, on éprouve, par la palpation à droite, une sensation de rénitence très marquée et on détermine une douleur assez vive; enfin, les doigts portés entre la crête iliaque et la douzième côte rencontrent, à droite, un obstacle peu mobile, mais qui cependant semble s'enfoncer dans la cavité abdominale quand on examine le malade couché sur le ventre.

Deux mois se passent sans qu'on ait à noter autre chose qu'une recrudescence de la dyspepsie flatulente et deux hématuries légères, ayant teinté assez fortement l'urine pendant trois à quatre jours. Le 2 septembre apparaît une douleur violente, augmentant assez lentement et n'ayant acquis son maximum qu'au bout de trois heures environ, se prolonge jusqu'à la région inguinale, tensive et profonde. Quelques heures

après surviennent des vomissements faciles, presque sans nausées; la douleur se calme d'elle-même après une durée de sept à huit heures; le malade rend alors une grande quantité d'urine très rouge et trois petits caillots allongés, cylindriques; l'un d'eux ramifiés, et d'autres petites masses sanguines. Le soir même, les coliques reviennent avec un caractère différent, irradiées cette fois dans tout l'abdomen avec un maximum dans la fosse iliaque gauche; les vomissements recommencent aussi verdâtres et bilieux, et le météorisme se dessine de plus en plus; les choses restent ainsi, quinze heures environ, sans aucune émission de gaz ni de matières par l'anus; enfin, 40 grammes d'huile de ricin amenèrent une débâcle et la cessation de tous les phénomènes précédents.

Dès lors, la santé générale s'altère profondément, le teint devient jaune, l'amaigrissement se prononce de plus en plus; les urines sont restées limpides pendant longtemps, mais, de temps en temps, se teintent fortement. A deux reprises, l'expulsion de petits caillots a été précédée de douleurs lombaires violentes, toujours à droite; en dehors de ces crises, ces douleurs restent peu violentes. L'intestin est toujours paresseux, et un purgatif léger est administré tous les deux jours pendant trois mois de suite.

Le 16 décembre 1886 survint une crise violente, avec irradiation vers la région lombaire, analogue à celle du mois de septembre, mais d'ailleurs plus bruyante; dès le début, les selles se suppriment; pendant les douze premières heures, il n'existe qu'un état nauséeux, ensuite les vomissements apparaissent verdâtres et alimentaires d'abord, puis bilieux le lendemain 17. Les urines, rares d'abord, contiennent bientôt une forte proportion de sang, puis un caillot unique, un peu allongé, remarquable surtout par son diamètre considérable. M. Damaschino est appelé à examiner alors le malade avec nous; malgré des purgatifs, une potion de Rivière, des lavements de toutes sortes répétés, les symptômes s'aggravent et les vomissements deviennent fécaloïdes. Le 19, une séance d'électrisation pratiquée par M. le docteur Larat provoqua l'issue de quelques gaz. Une deuxième séance faite le lendemain amena l'issue d'une certaine quantité de matières; mais leur cours ne se rétablit pas; les vomissements, atrocement douloureux, continuent et le malade succombe le lendemain 21 décembre. La température des deux derniers jours s'était abaissée à 36°5; les urines, très rares vers la fin, étaient restées très rouges, laissant déposer une quantité de sang égale à la moitié du volume total, sans caillots.

De ces deux observations, la première permet, il nous semble, une facile interprétation des symptômes. Il s'agit bien nettement dans les deux crises survenues à onze années d'intervalle, d'une colique néphrétique franche, dont la cause a été démontrée par l'expulsion d'une quantité plus ou moins grande de sable et de graviers uriques. Les phénomènes du côté du tube digestif ne sont pas moins précis; la constipation opiniâtre, le météorisme, les vomissements fécaloïdes imposent le diagnostic d'étranglement intestinal. Enfin la succession des phénomènes ressort clairement de l'observation. Les coliques néphrétiques ont précédé la production de l'étranglement.

La deuxième observation est passible de plusieurs objections que l'autopsie seule aurait pu réfuter. Sans doute, les coliques néphrétiques trouvent leur explication dans les caillots allongés ; là aussi l'étranglement a été consécutif ; mais la tumeur qui occupait la région rénale droite, la nature des hématuries conduisent au diagnostic de néoplasme du rein et le retentissement sur l'état général permet d'en faire une tumeur maligne. Or, une production du même genre ne se serait-elle pas développée sur un point de l'intestin? On se rappelle que le malade avait eu autrefois du melœna; mais cette hémorrhagie est restée unique et pendant plus de deux ans ne s'est pas reproduite, elle peut être expliquée par la présence d'hé-

BIU Santé

morrhoïdes. De plus, la palpation de l'abdomen ne décelait ni tumeur, ni douleur en aucun point. Les troubles digestifs, la flatulence qui existaient depuis dix ans ont joué très vraisemblablement un rôle dans les accidents terminaux, mais c'est celui de cause prédisposante.

Devant l'enchaînement des faits que nous venons de rapporter, nous serions tenté d'établir une relation de cause à effet entre les douleurs rénales et l'occlusion intestinale, si nous avions rencontré dans les auteurs quelques faits analogues. Malheureusement les recherches ne nous ont rien fait découvrir. Dans les classiques, au chapitre de l'étiologie de l'occlusion intestinale, on signale bien des causes réflexes sous l'impression d'un froid subit, d'une douleur vive, mais rien ne se rapporte en particulier au sujet qui nous occupe, pas plus que dans l'exposé des complications des coliques néphrétiques. Dans les observations publiées rien de semblable ne s'est offert à nous ; dans une seule observation d'invagination intestinale dont la pièce a été présentée par M. Lhonneur à la Société anatomique en 1855, on trouve notés des accidents de dysurie et de douleurs rénales sans que l'auteur leur attribue toutefois un rôle pathogénique. Il en est de même dans deux ou trois observations des thèses de MM. J. Besnier et Rafinesque où quelques détails donnés comme au hasard sur l'état de l'appareil urinaire, permettraient peut-être d'expliquer la cause de l'étranglement, dans l'immense majorité des observations le silence est complet au sujet du rein aussi bien dans l'exposé clinique que dans les relations d'autopsie.

Cependant nous rappellerons le retentissement des coliques néphrétiques sur le système nerveux, sans parler des syncopes, des convulsions générales. On connaît les effets de la douleur sur le rein lui-même ; à une rareté de l'urine pendant les accès succède une production abondante ; on explique ces phénomènes par une excitation, puis par une paralysie vasomotrice d'origine réflexe ; le tube digestif est un des premiers impressionnés et les vomissements sont un des symptômes les plus communs des coliques néphrétiques. N'est-ce pas à un phénomène du même genre que peuvent être rattachés les accidents relatés dans nos observations et ne pourrait-on pas admettre que les contractions partielles d'une portion de l'intestin aient amené ou un volvulus ou plus probablement une invagination? Nous n'avançons cette hypothèse qu'avec les plus grandes réserves ; mais la succession des symptômes a été si nette dans les cas que nous avons observés, la marche si caractéristique, que nous nous résignerions difficilement à ne voir là qu'une simple coïncidence ; peut-être ces cas sont-ils plus fréquents qu'on ne le croirait en lisant ces observations. Il nous a été donné de pouvoir isoler ces deux phénomènes morbides, la colique néphrétique et l'étranglement intestinal ; il peut se faire que dans bien des cas l'une des deux affections ait acquis une telle prédominance que l'autre ait échappé à l'attention de l'observateur.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE ET THÉORIQUE DE LA LÈPRE, accompagné d'un atlas de 22 planches originales, par H. LELOIR. — Delahaye et Lecrosnier, 1886.

Ce livre est le résultat d'études personnelles que l'auteur a commencées en 1878 pendant son clinicat à l'hôpital Saint-Louis, développées en 1884 lors d'une mission en Norwège dont il eut la bonne fortune d'être chargé par le ministre de l'instruction publique,

et constamment poursuivies depuis lors, tant par de nouveaux voyages que par sa correspondance avec les médecins des pays dans lesquels règne la maladie et ses travaux de laboratoire. Il a pu voir ainsi plus de 900 lépreux des contrées les plus différentes, recueillir plus de 150 observations inédites et examiner un grand nombre de pièces anatomo-pathologiques provenant de malades atteints dans les divers foyers du globe. En utilisant ces matériaux et en s'attachant à décrire ce qu'il a observé par lui-même, il a fait une œuvre considérable qui est digne, à tous égards, d'attirer l'attention du public médical.

La lèpre n'a pas seulement, comme pourraient le croire les médecins des régions où elle ne sévit pas actuellement, un intérêt historique; elle est toujours à nos portes, menaçant de nous envahir; elle existe même en France, sur plusieurs points du littoral méditerranéen; si, comme les faits paraissent le démontrer, elle peut être importée, nos communications incessantes et de plus en plus nombreuses avec les pays qui en sont infectés, et particulièrement avec nos colonies, l'Espagne, l'Italie, la Norwège, la Turquie, ainsi qu'avec l'Indoustan et la Chine où les cas se chiffrent par centaines de mille, nous exposent constamment à de nouvelles invasions; en ce moment même, on compte dans Paris plus de 60 lépreux. M. Leloir a donc fait un travail éminemment utile en écrivant cette monographie et en mettant ainsi les médecins à même de bien connaître cette terrible maladie. Son livre n'est pas seulement l'exposé de l'état de la science, il est essentiellement personnel et original.

La lèpre est une maladie parasitaire chronique caractérisée par la production de néoplasies renfermant des bacilles. Ces néoplasies, que M. Leloir appelle *lépromes*, peuvent se systématiser. On distingue ainsi une lèpre *tuberculeuse* ou *noueuse* et une lèpre *anesthésique* ou *trophoneurotique:* dans la première, les lésions se localisent surtout dans les téguments, ainsi que dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants ; on peut l'appeler *lèpre systématisée tégumentaire;* dans la seconde, les lépromes se localisent surtout dans les nerfs, on peut l'appeler *lèpre systématisée nerveuse ;* le plus souvent ces localisations se combinent au bout d'un temps plus ou moins long: ainsi se trouve constituée la *forme mixte*. Les formes dites *maculeuse;* bulleuse, lazarine, ulcéreuse, psoriasique, atrophique et mutilante ne sont que des variétés éruptives ou des phases dans l'évolution des trois formes précédentes, qui méritent seules d'être considérées comme des types distincts.

La description symptomatique de M. Leloir, constamment basée sur ses observations personnelles, tire un éclat tout particulier des planches chromo-lithographiques qui représent, sous une forme souvent saisissante, les principaux types de la maladie.

Dans les pages consacrées à l'étude anatomique des lépromes, l'auteur indique leurs analogies et leurs différences avec les syphilomes, les tuberculomes et les lupomes; il insiste particulièrement sur le bacille découvert par Hansen. Il admet avec Unna que les masses, considérées par Virchow comme de grosses cellules, ne sont que des amas zoogléiques de bacilles et de spores réunis en boule et, en quelque sorte, englobés dans la substance mucilagineuse qui entoure le bacille isolé. Les expériences d'inoculation tentées sur les animaux n'ont donné aucun résultat.

Quelle est la cause de la lèpre? C'est, d'après M. Leloir, la *contagion* directe ou indirecte. Un grand nombre de cas ne peuvent s'expliquer autrement que par la contamination de sujets sains par le virus des lépreux; il se peut aussi que les lépreux, en disséminant leur virus dans le sol ou les eaux, infectent une région pour un temps plus ou moins long. On s'expliquerait ainsi les influences climatériques auxquelles différents pathologistes font jouer un grand rôle.

En parlant du traitement, l'auteur mentionne avec trop de réserves, à notre sens, les résultats favorables qu'a donnés à M. Vidal l'emploi à hautes doses de l'huile de chaulmoogras; il signale aussi le traitement d'Unna par l'acide chrysophanique, la résorcine et l'ichthyol. Relativement à la prophylaxie, il recommande l'isolement des malades, tout au moins dans les pays où la maladie est endémique : il faut empêcher les lépreux de répandre leur mal par la contagion.

En terminant la lecture de cet ouvrage, qui a coûté « tant de recherches, de travail et de peines », nous en emportons l'assurance que ces efforts n'auront pas été vains:

©BIU Santé

M. Leloir a bien mérité de la science et de l'humanité en donnant cette étude, si complète à tous les points de vue, d'une maladie qui est encore une plaie sociale pour beaucoup de pays, comme elle l'a été pour le nôtre pendant plusieurs siècles.

H. Hallopeau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Rapport sur quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation; discussion. — Lecture : Sur la pathogénie des cystites et des néphrites, et la relation des calculs vésicaux avec les microbes. — Présentation d'instrument : porte-aiguille.

M. Le Dentu fait un rapport sur quatre observations de M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer), relatives à des opérations de trachéotomie avec chloroformisation.

Après des considérations préliminaires dans lesquelles il s'attache à montrer que, depuis l'époque de la publication du remarquable Traité de MM. Maurice Perrin et Ludger-Lallemand sur l'anesthésie, le champ des contre-indications de la chloroformisation s'est singulièrement rétréci, le rapporteur donne l'analyse des quatre observations de M. Houzel. L'auteur y fait remarquer que le chloroforme, loin d'augmenter l'asphyxie, a régularisé et ralenti la respiration, que de faibles doses ont suffi pour anesthésier des malades dont la résistance vitale était amoindrie, que la période d'excitation a manqué, que le réveil n'a été suivi ni de nausées, ni de vomissements. Etant admis ces faits, M. Houzel pense que la chloroformisation n'offre pas plus de danger dans le cours d'une trachéotomie que dans toute autre circonstance, mais à la condition que l'asphyxie ne soit pas parvenue à son dernier terme. En pareil cas, si l'opération n'expose pas à un plus grand péril, du moins elle est inutile, puisque l'asphyxie atténue la sensibilité générale et peut même l'éteindre entièrement.

Dans la trachéotomie préliminaire ou préventive, M. Le Dentu ne voit aucun inconvénient à donner le chloroforme, puisque les voies aériennes sont libres et que le malade n'est pas en état d'asphyxie commençante.

Plus discutables sont les faits de trachéotomie ayant pour but de combattre l'asphyxie commençante ou confirmée.

Parmi ces faits, M. Le Dentu distingue les asphyxies purement mécaniques et les asphyxies spasmodiques. Dans le premier cas, le chloroforme ne peut guère qu'exagérer la stase sanguine dans les poumons; il augmente le danger. S'il s'agit, au contraire, d'une asphyxie purement spasmodique, l'anesthésie devient rationnelle. Elle peut par elle-même suspendre l'asphyxie commençante, l'opération ayant lieu sur un être déjà soulagé par la cessation du spasme des voies aériennes supérieures. Dans les cas où il y aurait doute sur la nature mécanique ou spasmodique du mal, ou participation de ces deux facteurs, le chloroforme reste le meilleur moyen de déterminer la part d'action de chacun d'eux.

Dans les cas de croup, les premières inhalations de chloroforme devraient servir de *criterium*. Si la respiration se régularise et se ralentit immédiatement, si la teinte cyanique des téguments de la face tend à s'atténuer, on est autorisé à continuer. Si ces changements favorables n'ont pas lieu tout de suite, la chloroformisation est contre-indiquée.

Avec M. Houzel, M. Le Dentu repousse la chloroformisation comme périlleuse dans tous les cas où l'asphyxie déjà très prononcée peut faire craindre la mort pendant l'opération; dans tous ceux où l'on ne serait pas sûr de ses aides ou de soi-même.

En résumé, il est bon de savoir, dit M. Le Dentu, que le péril de la chloroformisation, dans les circonstances déterminées plus haut, ne doit pas arrêter la main du chirurgien, et nous devons savoir gré à M. le docteur Houzel d'avoir contribué à le démontrer.

M. Championnière a eu l'occasion, étant à Cannes, d'opérer un enfant atteint de croup à la période d'asphyxie confirmée. L'opération avait pour témoin le docteur West (de Londres) qui exprima à M. Championnière son étonnement de voir qu'il n'avait pas employé le chloroforme, ajoutant que l'anesthésie était couramment mise en usage à Londres, dans des cas semblables.

Depuis cette époque, M. Championnière a pratiqué deux fois la trachéotomie avec chloroforme sur des adultes en état d'asphyxie produite par des tumeurs du larynx et, chaque fois, il a été frappé de la diminution de l'asphyxie dès les premières inhalations.

M. Terrier est étonné d'entendre dire que la trachéotomie avec anesthésie est une chose nouvelle. Depuis longtemps, en effet, la trachéotomie sous le chloroforme est pratiquée méthodiquement en Angleterre et en Amérique. A Paris, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Gouguenheim, toutes les opérations de trachéotomie sont faites après chloroformisation.

M. Richelot rappelle que, chez l'adulte (une des observations de M. Houzel a trait à une dame de 34 ans), il y a une opération qu'on devrait presque toujours substituer à la trachéotomie, qui est d'une extrême simplicité, qui dure une minute, et qui par conséquent supprime toute discussion sur l'opportunité de l'anesthésie : c'est la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Depuis que la valeur de cette opération a été reconnue par tous les chirurgiens qui l'ont mise à l'épreuve et signalée à la Société de chirurgie, il y a lieu de s'étonner qu'il n'en soit plus question et qu'on semble oublier qu'il y a mieux à faire, chez l'adulte, que la trachéotomie.

M. Verneuil a fait, en 1862, à l'hôpital de Lourcine, une thyroïdotomie sous le chloroforme, chez un malade qui avait un polype laryngien de mauvaise nature, dont l'ablation nécessitait une large ouverture du larynx. Dès les premières inhalations, la respiration, qui était haletante, se régularisa et l'opération s'acheva sans accident.

Depuis cette époque, M. Verneuil a très fréquemment employé l'anesthésie pour des opérations pratiquées sur le larynx toutes les fois qu'il existait de la douleur ; il s'abstient lorsque le malade est dans un état de somnolence, de torpeur qui rend la chloroformisation inutile.

On ne saurait trop répandre dans le monde médical ou non médical, l'idée de l'utilité qu'il y a de chloroformer les malades auxquels on pratique la trachéotomie. Trop souvent le chirurgien est arrêté par la vive répugnance des familles, encouragée par la répugnance non moins vive de leurs médecins. Il est bon qu'une parole autorisée apprenne aux médecins et aux familles que l'anesthésie, dans l'opération de la trachéotomie, est très nettement et formellement indiquée.

M. Léon Le Fort se rappelle qu'il y a trente-trois ans, alors qu'il était interne de Barthez, ses camarades et lui pratiquaient fréquemment la trachéotomie sous le chloroforme. Cette méthode était de pratique courante dans le service et on l'employait toujours, excepté dans les cas où l'enfant était en état de mort apparente. M. Le Fort ne croit pas que le chloroforme soit indiqué dans l'asphyxie de cause spasmodique, car il donne d'abord une période d'excitation qui augmente le spasme et pendant laquelle le malade peut succomber.

M. Berger ne pense pas que la chloroformisation, dans les états spasmodiques, soit aussi dangereuse que veut bien le dire M. Le Fort ; il est, au contraire, sur ce point, de l'avis de M. Le Dentu. Dans trois cas d'opérations sur des tétaniques, il a remarqué l'action favorable du chloroforme sur la régularisation des mouvements respiratoires. Il estime en outre que le même agent, au lieu de diminuer l'action cardiaque, comme on l'en accuse, la relève, au contraire, en supprimant la douleur qui est fréquemment la cause de la dépression cardiaque et de l'arrêt du cœur.

M. Le Dentu résume le débat. Il répond à M Terrier que, si la trachéotomie sous le chloroforme est pour lui une opération élémentaire et de pratique courante, elle ne l'est pas à coup sûr pour la généralité des médecins. Car, ainsi que le rappelait tout à l'heure M. Verneuil, les sept huitièmes des praticiens s'opposent à ce que l'opération

©BIU Santé

ait lieu sous le chloroforme. Dans les recherches qu'il a faites, M. Le Dentu n'a pas trouvé une seule observation de trachéotomie sous le chloroforme, ni dans la revue de M. Hayem, ni dans les Dictionnaires les plus récents. Il croit donc avoir fait une chose utile en soulevant ce débat au sein de la Société de chirurgie.

— M. le docteur Doyen (de Reims) lit un travail *sur la pathogénie des cystites et des néphrites, et sur la relation des calculs vésicaux avec les microbes.* (Comm. M. Schwartz).

— M. Pozzi présente un porte-aiguille. — A. T.

FORMULAIRE

Injection antiblennorrhéique. — Weiss.

Sulfate de quinine.....	1 gramme.
Eau distillée.....	75 grammes.
Glycérine.....	25 —
Eau de Rabel, quelques gouttes.	

F. s. a. une solution, avec laquelle on fera trois injections par jour, dans la blennorrhée. Ne pas interrompre le traitement dès que l'écoulement est arrêté, de crainte des récidives.

Dans la blennorrhée, le docteur Diday conseille de faire trois injections par jour. — Celle du matin, avec : eau distillée, 100 grammes; vin aromatique, 30 grammes. — Celle du milieu du jour, avec : eau distillée, 100 grammes; liqueur de Van Swieten, 10 grammes. — Celle du soir, avec un mélange d'une partie d'encre ordinaire sur cinq parties d'eau. — Si l'un de ces liquides cause une cuisson trop vive, on l'étend d'eau. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le gouvernement d'Autriche-Hongrie a, par un décret, fait défense aux dentistes de pratiquer des opérations sur la bouche. Ces opérations seront dorénavant du seul ressort des médecins-chirurgiens. Les dentistes ne sont autorisés qu'à vendre et à fabriquer des dents articielles. On a l'intention, dans les sphères gouvernementales, d'instituer à Vienne une Ecole spéciale de dentistes.

— Le XIIe congrès de l'Association médicale italienne se tiendra, à Pavie, dans le courant de l'automne prochain. La présidence du comité de Pavie a été donnée au docteur C. Colgi, professeur de pathologie générale et d'histologie. Ont été nommés vice-présidents, les docteurs A. Guelmi, directeur de l'hôpital de S. Matteo, et A. Guzzi, professeur d'obstétrique et de gynécologie.

— C'est le français qui a été choisi comme langue officielle pour le premier Congrès des délégués des Sociétés de crémation qui doit se tenir, à Milan, en septembre prochain. Toute autre langue pourra être employée, mais, dans ce cas, la communication orale ou écrite sera toujours résumée en français par un membre du Congrès.

Italie. — Il y a, au commencement de cette année, en Italie, 1,184 hôpitaux, répartis en 1,099 communes. Ces hôpitaux disposent de 57,765 lits, dont la moitié en moyenne est occupée. Ainsi, au 1er janvier 1886, 28,403 lits étaient vacants.

16,629 femmes ont été admises pendant cette année dans les hôpitaux spéciaux (syphilis). On comptait 14,489 femmes inscrites sur les registres et 2,140 se livrant à la prostitution clandestine. Elles ont fourni en tout 550,913 journées de traitement.

91 communes italiennes ont déclaré, en 1886, posséder un dispensaire pour le traitement gratuit des maladies syphilitiques et vénériennes.

C'est dans les hôpitaux de Naples que se trouvent le plus grand nombre de syphilitiques.

Ce sont les hôpitaux du Piémont et de la Lombardie qui en comptent le moins en Italie.

8,585 médecins (c'est-à-dire la moitié des médecins italiens) font le service médical des condotte (service cantonal). Pour la visite médicale des pauvres à la charge des communes, ils sont appointés par ces communes ou par des institutions de charité. En 1886, 421 communes n'ont pas pourvu à cette assistance des pauvres prévue et rendue obligatoire par la loi de 1865.

Ajoutons enfin qu'en 1886, 22 communes italiennes ont constitué un comité de vaccination animale pour répandre dans la population l'usage du virus animal et fournir aux vaccinateurs qui en font la demande la lymphe et les matières d'inoculation.

Dr Ch. Schmit.

COURRIER

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire de la saison d'été de l'année 1887, commenceront le lundi 25 avril 1887, à quatre heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'administration de l'Assistance publique.

Des conférences, sur l'histologie normale et pathologique, continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 20 avril.

— M. le docteur A. Meynot a fait don à l'Académie de médecine d'un capital de 70,000 francs, destiné à la fondation de deux prix annuels : l'un pour les maladies des oreilles, l'autre pour les maladies des yeux.

— L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris tiendra sa séance annuelle, sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 16 avril, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Fournier (de Brest), Moyencourt (de Flixécourt), Neyret (de Lyon) et Ollivier (de Huelgoat).

École de médecine de Rouen. — M. le professeur Duménil est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Leudet, décédé,

M. Ollivier, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne de ladite École, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. Petel, suppléant, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Ollivier, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Toulouse. — M. Charpy, suppléant, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite École, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

— M. Costantin, agrégé des sciences naturelles, docteur ès sciences, aide naturaliste au Muséum, est chargé des fonctions de maître de conférences à l'École normale supérieure, en remplacement de M. G. Bonnier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Féré, médecin adjoint à l'hospice de la Salpétrière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Félix Barbrau (de Commentry) et Simon Pierre (d'Autun).

— La Société de biologie vient d'élire M. Brown Séquard comme président quinquennal pour remplacer P. Bert.

©BIU Santé

Transfert des Facultés de Douai, a Lille. — Dans le conseil des ministres qui s'est réuni, le 8 mars, sous la présidence de M. Grévy, M. Berthelot a fait savoir qu'après renseignements pris auprès des pouvoirs et corps électifs compétents, il s'était prononcé en principe pour le transfert à Lille des Facultés des lettres et de droit qui ont actuellement leur siège à Douai, ainsi que pour le transfert de l'Académie.

Mais avant de présenter un projet de loi pour le transfert de l'Académie, il a déclaré qu'il était nécessaire de consulter le Conseil supérieur de l'Instruction publique, réuni à cet effet en session extraordinaire. Le conseil des ministres s'est également montré favorable en principe à cette réunion des Facultés du Nord et a autorisé le ministre de l'Instruction publique à en poursuivre la réalisation.

Par suite de ce transfert, Lille ayant déjà une Faculté des science. et une Faculté de médecine se trouverait le siège des organes d'une Université complète.

Agrandissement du collège de France. — M. Berthelot a fait signer, le 8 mars courant, par M. le Président de la République un projet de loi relatif à l'agrandissement du Collège de France et au traité conclu à cet effet avec la Ville de Paris.

On sait que la loi de 1885, qui a substitué au régime de la caisse des écoles un nouveau système pour assurer la construction des bâtiments destinés aux trois ordres d'enseignement, a créé les ressources pour l'agrandissement du Collège de France.

Une partie des terrains nécessaires est cédée par la Ville de Paris ; une autre partie sera obtenue par voie d'expropriation après que la loi actuelle aura permis de déclarer les travaux d'utilité publique.

La reconstruction du Collège de France permettra de donner à ses laboratoires et à ses enseignements le développement indispensable pour que ce grand établissement puisse continuer à soutenir dignement sa mission historique.

Falsification des beurres. — Au *Journal officiel* du 14 mars est promulguée une loi concernant la répression des fraudes commises dans la vente des beurres. Aux termes de cette loi, il est interdit d'exposer, de mettre en vente ou de vendre, d'importer ou d'exporter, sous le nom de beurre, de la margarine, de l'oléomargarine, et, d'une manière générale, toute substance destinée à remplacer le beurre, ainsi que les mélanges de margarine, de graisse, d'huile et d'autres substances avec le beurre, quelle que soit la quantité qu'en renferment ces mélanges. Pour la vente en gros et en détail de margarine, d'oléo-margarine ou mélanges destinés à remplacer le beurre, les vendeurs devront ne livrer le produit que dans des récipients ou enveloppes portant en caractères apparents les mots : margarine, oléo-margarine ou graisse alimentaire.

Chemins de Fer de l'Ouest

FÊTES DE PAQUES

VOYAGES A PRIX RÉDUITS

A l'occasion des Fêtes de Pâques, la durée de validité des billets d'aller et retour sera prolongée comme suit :

1° Les billets dits de « Bains de mer » et les billets d'aller et retour ordinaires de Paris aux localités situées au-delà de Gisors, Nantes, Houdan et Rambouillet, délivrés du 6 au 17 avril, seront valables au retour jusqu'au 19 avril inclusivement, ce qui donne une durée de :

14 jours pour les billets délivrés le 6 avril ;
13 jours pour les billets délivrés le 7 avril ;
12 jours pour les billets délivrés le 8 avril, etc.

2° Les billets d'aller et retour délivrés, à partir du samedi 9 avril, pour les localité plus rapprochées de Paris, seront valables, au retour jusqu'au 12 avril inclusivement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Eugène Collin : Etudes sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses. — III. Thérapeutique : Médication pepto-phosphatée dans la tuberculose pulmonaire. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 5 avril. — La discussion s'éteint, peut-être pour se réveiller quand il s'agira de voter sur les conclusions du rapport. L'inspectorat tel qu'il est n'a été défendu aujourd'hui que par un orateur, et la séance a été courte. Il est vrai que la brièveté des discours n'est pas leur moindre mérite; il est vrai aussi que M. Tillot (de Luxeuil) a lu avec animation un plaidoyer fort bien écrit. Il semblait, néanmoins, que MM. Tillot et Constantin Paul avaient conscience de parler devant une assemblée dont l'opinion est faite.

L'Académie, prévoyant que mardi prochain elle ne sera pas en nombre, ne donnera que dans quinze jours le dernier coup de collier : amendements, discussion finale, conclusions et vote.

— Samedi dernier, les chirurgiens des hôpitaux ont élu un nouveau représentant au Conseil de surveillance de l'Assistance publique; élection motivée par la démission de M. Nicaise.

Nous avons tous vu avec un très vif regret notre collègue Nicaise, souffrant depuis quelques mois, nous rendre le mandat que nous lui avions confié. Le dévouement et la conscience absolue qu'il montrait dans un rôle souvent difficile à remplir lui avaient concilié la sympathie et la reconnaissance de tous. Nous comptons au moins que, bientôt rendu à la santé, il ne tardera plus à reprendre sa vie active et sa place au milieu de nous.

La tâche de son successeur ne sera pas moins ardue que la sienne. Ses rapports seront les mêmes avec l'administration que l'Europe nous envie; c'est-à-dire que, pour répondre à nos vœux, il lui faudra galvaniser cette masse inerte, et secouer ces bureaux qui ne peuvent jamais rien nous accorder sans attendre six mois, envoyer trois architectes et payer 25 fr. un robinet de 40 sous. Car, si nos administrateurs, pris individuellement, sont pavés de bonnes intentions (est-il un directeur plus aimable que M. Peyron?), c'est l'ensemble de la machine qui grouille sans avancer, comme si tous ces rouages compliqués se paralysaient entre eux.

Plusieurs questions déjà entamées sont encore en suspens. On se décide, paraît-il, à créer deux nouveaux services; on en a promis deux autres, mais personne n'en parle plus; on se repose d'un si grand effort.

Et les services déjà existants, où nous ne trouvons pas un coin pour mettre un opéré qui a besoin de dormir! Un peu d'organisation, d'outillage, de propreté, voilà ce que nous demandons. Car il y a vingt chirurgiens à Paris qui savent bien que toute la chirurgie n'est pas encore passée, avec armes et bagages, de l'autre côté du Rhin, mais qui enragent de voir que notre matériel est de vingt ans en arrière, entrave nos efforts et ternit notre vieille renommée.

M. Horteloup, choisi pour nous représenter au Conseil de surveillance, est un esprit ferme et conciliant; nous avons confiance dans son caractère

©BIU Santé

et dans sa droiture. Il ne tient qu'à lui d'être soutenu, encouragé par tous ceux d'entre nous qui sont encore vivants et n'aiment pas la poussière.

L.-G. R.

Etudes sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses

Par le docteur Eugène Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré.

On a divisé les congestions du poumon en deux grandes classes :

Les congestions actives provoquées par un afflux sanguin ;

Les congestions passives, qui sont le résultat d'un embarras de la circulation, d'une stase sanguine.

Woillez est, comme on le sait, le premier qui ait fait une entité morbide de l'hyperémie simple du poumon, une maladie aiguë ayant ses signes et ses lésions propres la distinguant des autres maladies avec lesquelles elle était confondue.

En 1863, M. Bouchut décrivait une maladie spéciale sous le nom de congestion pulmonaire chronique et, à l'appui de son opinion, il apportait deux sortes de preuves, les unes analogiques et les autres directes.

En 1874, je communiquais à la Société d'hydrologie un travail intitulé : *De la congestion pulmonaire arthritique,* et je décrivais un signe perçu par l'auscultation et à l'aide duquel on pouvait la reconnaître.

Les congestions simples du poumon étant connues, mon but, en écrivant cet article, est de faciliter le diagnostic de celles qui dépendent d'une des diathèses suivantes : arthritisme, herpétisme ou scrofule.

Congestion pulmonaire arthritique. — Il est peu de médecins qui n'admettent pas aujourd'hui le rhumatisme viscéral ; la jeune génération médicale semble emportée vers les études diathésiques à la suite des grands maîtres dont ils écoutaient ou écoutent encore les leçons.

Or, croire au rhumatisme du poumon, n'est-ce pas admettre fatalement la possibilité de la congestion?

Cette congestion étant admise, la question suivante se présente :

Est-elle antérieure à la congestion de la plèvre ou, au contraire, n'est-elle que sa conséquence?

Nous croyons à la seconde hypothèse et nous allons chercher à prouver notre opinion par des travaux antérieurs que nous demandons la permission de rappeler.

Après mes études publiées, comme je l'ai dit, en 1874, un nouveau travail fut présenté à la Société d'hydrologie en 1876, et enfin Woillez fit, en 1881, un rapport à l'Académie de médecine sur une lecture que j'avais eu l'honneur de faire devant cette Société savante.

Dans ces différents travaux, je soutenais que, dans la congestion pulmonaire de nature arthritique, il existait dans un lieu d'élection un bruit que je n'avais pas d'abord caractérisé, mais que je disais ressembler au râle crépitant fin du premier degré de la pneumonie, que plus tard je dis se passer dans la plèvre et auquel je donnai le nom de *froissement arthritique.*

En effet, si l'on ausculte un arthritique atteint de simple congestion pulmonaire, on trouvera à la partie antérieure de la ligne axillaire, vers le tiers inférieur, ou à sa rencontre avec le tiers moyen, un froissement que

je crois se passer dans la plèvre, simulant parfaitement le crépitant fin du premier degré de la pneumonie et ne s'entendant qu'à la fin de l'inspiration. Ce bruit peut exister des deux côtés à la fois, ce qui est rare, mais c'est habituellement à droite qu'on le rencontre.

Un de ses caractères est d'être parfois très fugitif, ce qui seul peut expliquer pourquoi il a été nié par certains auteurs, et regardé par d'autres comme un signe de curiosité simple.

A ceux qui douteraient encore, nous pourrions opposer l'opinion d'un grand nombre de médecins des plus autorisés. Je me contenterai de citer quelques passages du rapport de Woillez : « Plusieurs praticiens distingués, dit-il, ont vérifié l'exactitude du fait séméiologique décrit par notre confrère ; je puis citer parmi eux notre nouveau collègue M. Ernest Besnier, le docteur H. Huchard, et M. Vidal (d'Aix), sous les yeux duquel passent chaque année un si grand nombre de rhumatisants et qui a pu examiner, l'an dernier, deux de mes clients m'ayant présenté le signe en question avant leur départ de Paris pour les eaux d'Aix. » Plus loin : « Le fait capital, qui me paraît établi, c'est que le nouveau signe dépend du rhumatisme, au moins dans la plupart des faits où il est observé..... » et enfin : « Il ressort de la découverte importante de M. Collin un fait capital qu'il a entrevu, mais sur lequel il aurait dû insister comme sur la conclusion fondamentale de ses recherches; je veux parler du pronostic favorable des hémoptysies chez les rhumatisants. »

Je reviendrai, dans le courant de cet article, sur cette dernière phrase.

J'ai dit que je pensais que la congestion de la plèvre précédait, en général, celle du poumon, et voici sur quels faits je base cette opinion :

Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir à soigner des rhumatisants pour une affection autre que la congestion pulmonaire; j'auscultais néanmoins ces malades et je trouvais *mon froissement-type*. Interrogés, ils ne se souvenaient pas d'avoir éprouvé le moindre point de côté, n'étaient pas sujets aux rhumes et, je dois le dire, il était très facile de voir que ces malades paraissaient douter complètement de l'existence du bruit morbide que je disais avoir trouvé dans leur poitrine; *le froissement existait cependant*.

Il s'était donc formé là une petite pleurésie sèche qui ne s'était manifestée pour le sujet par aucune souffrance, et dont l'intensité n'avait pas été assez sérieuse pour amener après elle la congestion du poumon.

Quelques années plus tard, j'ai revu quelques-uns de ces malades pour ce qu'ils appelaient une bronchite que j'avais prévue, me disaient-ils, et je trouvais alors avec mon bruit tous les signes d'une véritable congestion pulmonaire.

Le traitement venait-il à faire disparaître complètement la congestion, le *froissement arthritique* persistait dans la majorité des cas, comme cause médiate probable de nouvelle hyperémie pulmonaire.

Il suffit, en effet, que le rhumatisme se soit emparé une première fois de la plèvre pour qu'il ait la plus grande tendance à y revenir. « Il faut, a dit Gueneau de Mussy, faire une part à l'habitude qui ramène le processus morbide dans les voies déjà parcourues, et l'organisme est plus disposé à subir certaines actions pathogéniques par cela même qu'il les a déjà subies. »

C'est donc par la plèvre que commence la congestion pulmonaire, et je suis heureux de pouvoir citer, pour la défense de mon opinion, les lignes suivantes écrites par un des savants les plus autorisés en pareille matière,

©BIU Santé

et qui a bien voulu consacrer à mes études un paragraphe dans ses recherches sur la congestion arthritique (Ernest Besnier : *Dictionnaire de Dechambre,* article RHUMATISME, page 761) :

« Parmi les nombreuses pleurésies qui se développent en dehors du rhumatisme actuel ou antécédent, ou qui n'alternent pas immédiatement avec une autre localisation rhumatismale, n'en existe-t-il pas un bon nombre, parmi les plus simples, les plus éphémères, les plus rapides dans leur évolution ; parmi celles qui s'accompagnent de râles sous-crépitants fins et secs, si longtemps persistants, même après la guérison, qui sont, en réalité, des pleurésies rhumatismales, bien qu'il n'y ait aucune autre localisation actuelle? On n'en saurait douter. » (Besnier, *id.*, page 763.)

Causes. — De tous les viscères de l'organisme, le poumon est certainement celui qui est le plus souvent atteint de congestions rhumatismales, et si elles n'ont pas été fréquemment constatées, c'est que nous manquions d'un moyen sérieux de diagnostic. Tout, en effet, l'y prédispose : sa structure d'une délicatesse extrême, son contact direct et permanent avec l'air atmosphérique, dont les variations de température et d'hygrométrie sont si fréquentes ; enfin, cette espèce de bascule qui existe entre les sécrétions de la peau et celle de la muqueuse qui le tapisse.

Un rhumatisant étant donné, à quelle cause attribuer la congestion de la plèvre et, comme conséquence fréquente, l'hypérémie du poumon?

En première ligne, nous plaçons l'usage des boissons glacées, le corps étant en sueur, le froid humide agissant surtout sur les pieds, sur les épaules et les membres supérieurs, mais en faisant cette réserve que nous ne voyons pas alors dans la congestion pulmonaire une affection *a frigore*. Le froid, dans ces cas, agit simplement comme cause déterminante sur un sujet à diathèse arthritique manifeste ou latente.

Comme pour le rhumatisme lui-même, mais surtout au point de vue des récidives, il faut tenir compte des variations brusques de température et de pression barométrique.

A l'action incontestable du froid humide, il faut ajouter le séjour plus ou moins prolongé au milieu d'une température élevée.

Qui ne sait, par exemple, qu'il est des rhumatisants qui ne peuvent séjourner dans un appartement trop chauffé, dans une salle de spectacle, par exemple, sans être pris d'oppression, de toux sèche d'abord, suivie bientôt d'expectoration abondante. Il suffit souvent à ces personnes d'aller respirer pendant quelques instants un air moins chaud pour voir diminuer, disparaître même l'hypérémie qui débute.

Je dois dire cependant que cette dernière cause m'a paru agir surtout chez les sujets précédemment atteints de congestion pulmonaire et, par conséquent, rendus plus susceptibles.

Diagnostic. — Une congestion pulmonaire étant donnée, il ne suffit pas de la diagnostiquer, il faut encore savoir quelle est sa nature.

Or, si l'on consulte les auteurs, ils répondent tous qu'il n'existe aucun moyen particulier de différencier ces affections.

« Dans l'état actuel de nos connaissances, tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'on ne peut assigner aucun caractère *pathognomonique* aux bronchites observées dans les maladies constitutionnelles (Dr Schlemmer). »

« Semblables aux affections du cœur, dit dans sa thèse d'agrégation M. le professeur Ball, les manifestations pulmonaires du rhumatisme ne

présentent aucun signe caractéristique qui permette de les distinguer des autres phlegmasies de l'appareil respiratoire; et c'est surtout par l'ensemble de leur physionomie, de leur marche et de leurs transformations, qu'elles acquièrent un certain cachet d'individualité. »

Allard, mon prédécesseur à Saint-Honoré comme médecin-inspecteur, et dont les travaux sur les maladies constitutionnelles sont appréciés à juste titre, a écrit les lignes suivantes dans le tome VII des *Annales de la Société d'hydrologie* : « C'est l'ensemble des phénomènes morbides observés qui *seul* permettra d'établir une relation intime entre l'affection des bronches et la maladie constitutionnelle; c'est à l'ensemble des phénomènes objectifs, à la connaissance des accidents héréditaires, à la vie entière du malade qu'on doit demander les éléments d'un diagnostic complet et d'un pronostic rationnel. »

Ces citations que je pourrais multiplier suffiront, je l'espère, pour être convaincu, qu'avant la connaissance du signe que j'ai décrit, il était impossible de diagnostiquer d'une façon certaine la nature rhumatismale d'une hyperémie pulmonaire.

J'ai dit que le froissement arthritique était dans certains cas essentiellement fugitif, et je me permets d'appeler toute l'attention de mes confrères sur les précautions à prendre pour que l'oreille puisse le constater. Il faut commencer son auscultation par les deux régions axillaires et par la droite d'abord. Le froissement arthritique disparaissant quelquefois après une série de fortes inspirations, il est tout naturel qu'il ne soit point entendu quand on le recherche à la fin seulement de l'exploration de la poitrine.

Si le médecin n'a pas pris la précaution que j'indique, il devra laisser reposer le malade pendant quelques minutes et ausculter de nouveau en mettant immédiatement l'oreille sur le lieu d'élection. Pour mon compte, il m'est arrivé quelquefois de ne trouver ce signe qu'après plusieurs séances. Un médecin des hôpitaux des plus distingués, M. le docteur Huchard, cité déjà par Woillez dans son rapport, est venu affirmer le moyen de diagnostic dont je viens de parler, avec cette différence toutefois qu'il dit que mon froissement ne s'entend pas seulement dans les lieux d'élection que j'ai cités et qu'on peut le rencontrer dans toutes les régions de la poitrine (*Union médicale*, année 1883).

Je me hâte de reconnaître la justesse des observations de mon savant confrère. J'ai, en effet, rencontré moi-même quelquefois le froissement arthritique ailleurs que dans ses lieux d'élection, mais je soutiens que c'est là une exception et que, dans l'immense majorité des cas, il est entendu dans la région axillaire, dans cette région que malheureusement bien des médecins n'auscultent que rarement.

Enfin, dans une excellente thèse inaugurale, M. le docteur Lebreton a confirmé les résultats de mes recherches sur le froissement arthritique.

Outre ce signe, dont la fréquence est telle que je le regarde comme un signe presque pathognomonique, il faut certainement tenir compte de l'âge, de la constitution, des antécédents, des affections concomitantes, de la marche et du degré de l'hyperémie, des crises qui surviennent, de leur brusque venue au milieu d'un état de santé en apparence parfait et de la façon aussi brusque avec laquelle elles disparaissent souvent.

Rare chez les enfants, la congestion pulmonaire arthritique survient quelquefois chez eux et sous la forme d'un asthme que l'auscultation pourrait faire confondre avec une inflammation pulmonaire. Cet asthme peut dispa-

©BIU Santé

paraître brusquement après avoir résisté plusieurs jours à tous les moyens employés pour le combattre. C'est, en général, à partir de trente à quarante ans que l'on observe l'affection qui nous occupe. Ce sont habituellement les sujets forts et sanguins qui y sont le plus prédisposés.

Enfants, ils ont eu des coryzas fréquents, des laryngites striduleuses; plus tard, des épistaxis, quelques douleurs erratiques, mais légères et fugaces.

Devenus hommes, les congestions commencent et il semble que ce soit pour elles que le savant professeur Peter ait écrit : *La congestion, voilà l'ennemi.*

C'est alors que paraissent des troubles de la vue, des transpirations abondantes; les cheveux tombent pour ne pas repousser, une ostéo-périostite alvéolaire amène la chute des dents, il y a des bourdonnements dans les oreilles, des vertiges et trop souvent de la surdité. Enfin, paraît la congestion pulmonaire souvent accompagnée d'hémotypsie. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Médication pepto-phosphatée dans la tuberculose pulmonaire

Par le docteur A. Judet, ancien interne des hôpitaux.

On sait la part si grande que prend au développement de la tuberculose la « misère physiologique ». Le tubercule, a dit le professeur Peter dans ses intéressantes cliniques, est le produit et le témoignage de la déchéance de l'organisme. Quand cette déchéance a préparé le terrain, toute inflammation des organes respiratoires peut devenir le germe de l'éclosion tuberculeuse.

Si, contre le côté parasitaire de l'affection, la thérapeutique est encore désarmée, du moins peut-on chercher à lutter contre l'épuisement de vitalité qui en a préparé l'éclosion et qui vient en accélérer l'évolution. Il faut s'appliquer à aider la restauration de la nutrition et des forces afin que l'accroissement de la résistance organique puisse enrayer le processus de la diathèse, il faut enfin, « permettre au tuberculeux de survivre à ses tubercules » (Peter).

C'est là une indication capitale qu'il n'est pas toujours facile de remplir avec succès et on y éprouve trop de mécomptes pour qu'il ne nous paraisse pas superflu de faire connaître les heureux résultats que nous avons obtenus par la médication pepto-phosphatée, dans des cas où *l'inanitiation* par les voies digestives était particulièrement accentuée. Nous nous bornerons à rappeler l'une de ces observations :

Observation. — M. Henri S..., 32 ans, attaché à un bureau de ministère. Pas d'antécédents du côté des père et mère. Une sœur bien portante.

M. S... n'a eu aucune maladie sérieuse, il habitait la campagne quand à la suite de son mariage il vint s'établir à Paris en 1884. Il eut une bronchite en janvier 1885 pour laquelle il ne suivit aucun traitement, depuis ce temps il tousse fréquemment sans crachats caractéristiques. Il a maigri considérablement. Le teint est pâle et l'essoufflement se produit facilement. Transpirations fréquentes la nuit. Pas d'appétit.

A la percussion on constate une légère matité du sommet droit en arrière. A l'auscultation respiration exagérée à gauche, quelques craquements humides à droite au sommet.

M. S... avait déjà consulté, l'huile de foie de morue, le vin de quinquina, les granules de Dioscoride et les badigeonnages de teinture d'iode lui avaient été prescrits. Sous l'influence de ce traitement l'état s'était un instant amélioré, mais l'huile de foie de morue ne fut tolérée que peu de temps ; la forme capsulaire fut essayée par le malade, mais le nombre de capsules qu'il lui fallut ingérer ne réussit qu'à augmenter la fréquence des vomissements. Le malade dut suspendre toute médication.

La percussion et l'auscultation nous permirent un diagnostic facile, mais ce qui nous frappa particulièrement lorsque M. S... vint nous consulter, ce fut son état d'affaiblissement. Ce *tuberculeux* avait toutes les conditions requises pour devenir *phthisique*. Il importait de réagir avec vigueur contre cette déchéance physiologique; tâche délicate en présence de cet organisme épuisé, de cet estomac dont les fonctions étaient si profondément troublées.

L'arsenic n'était pas mieux toléré que ne l'avait été l'huile de foie de morue et la saison (juillet) était peu engageante pour faire une nouvelle tentative avec celle-ci.

La répugnance acquise nous fit écarter l'idée d'une médication trop complexe. Notre malade fut envoyé à la campagne et après suspension de tout traitement et repos pendant une semaine nous lui prescrivîmes l'usage de la peptone phosphatée (*vin de Bayard*) réunissant sous une formule concise l'alcool, le phosphate de chaux et la viande *assimilable*. Nous prescrivîmes en outre l'usage des lotions vinaigrées et des frictions avec le baume de Fioraventi.

Le vin de peptone phosphatée fut pris à la dose de deux cuillerées par jour pendant quinze jours et au bout de ce temps la dose fut portée à quatre cuillerées.

Dès les quinze premiers jours nous avions la surprise et la satisfaction de constater les résultats obtenus. Si nous trouvions à l'auscultation des troubles encore très nets, nous voyions un changement sensible dans l'état général. L'appétit revenait, les sueurs nocturnes presques disparues, plus d'essoufflement. Après quelques semaines l'état était encore amélioré et l'on ne percevait plus que quelques craquements secs. Le poids du corps avait augmenté d'une façon notable.

Il nous a été donné de revoir M. S... à diverses reprises et, si nous ne pouvons affirmer que notre malade soit *radicalement* guéri, nous pouvons dire que l'état général est excellent.

Et maintenant il nous paraît utile d'appeler l'attention sur les propriétés de la peptone phosphatée, on peut dire qu'elle convient à toutes les formes et à toutes les périodes de la tuberculose. Son phosphate de chaux fixe l'albumine à l'état de cellule et de fibre. Le vin de Bayard à la peptone phosphatée agit donc comme reconstituant général par excellence et, de plus, il a dans la phthisie cette propriété très précieuse de fournir à l'organisme l'élément le plus propre à favoriser la transformation des tubercules.

En dehors de l'observation que nous venons de rapporter, nous avons souvent eu l'occasion d'avoir recours à cette préparation, dans des cas de cachexie de nature diverse, dans des états pathologiques à tendance dénutritive, et toujours nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Louis Thomas (de Tours) récemment élu correspondant national.

2° Une lettre de M. Vigier qui demande à être inscrit au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

M. Bergeron, secrétaire perpétuel, dépose, au nom de M. le docteur Bassompière, un un travail manuscrit sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Troyes sur la garnison de cette ville.

M. Marjolin présente le 13e volume de l'*Annuaire-Bulletin* de la Société protectrice de l'enfance.

M. Riche présente, de la part de M. Jolly, pharmacien de 1re classe, un volume intitulé : *Les phosphates, leurs fonctions chez les êtres vivants.*

©BIU Santé

M. Bourdon présente un volume intitulé : *Leçons de pathologie interne et de thérapeutique* (maladies infectieuses), par le professeur C. Liebermeister, traduites et annotées par le docteur Guiraud (de Nice).

M. Javal dépose sur le bureau le rapport sur la consommation de l'alcool en France, par M. Claude (des Vosges), sénateur.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Esmaren, un ouvrage en deux volumes, intitulé : *Manuel technique de la chirurgie de guerre.*

— M. le docteur Lefour lit un travail intitulé : *De la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre :*

Le tronc d'un fœtus à terme se présentant par le sommet ne peut être expulsé. Après avoir reconnu la nature de l'obstacle, M. Lefour ouvre la poitrine du fœtus mort depuis quelques heures et ponctionne la vessie à travers le diaphragme : il s'écoule 1,600 gr. de liquide environ.

L'un des uretères étant lié, l'air qu'on insuffle et l'eau qu'on injecte par l'uretère du côté opposé s'échappent par le méat urinaire. Par le cathétérisme, on pénètre aisément dans la vessie. Le canal de l'urèthre est donc perméable.

En outre, du côté de la vessie, la distension est plus grande, la couche musculaire moins épaisse, la circulation artérielle bien moins riche que du côté gauche. Aussi l'auteur pense-t-il que ces anomalies, en altérant l'intégrité fonctionnelle de l'organe, ne sont pas étrangères à la distension.

Les bassinets et les uretères n'étant nullement distendus, il serait permis de supposer que le fœtus urinait par regorgement.

La possibilité d'une rétention d'urine avec perméabilité du canal de l'urèthre étant ainsi établie, l'accoucheur doit, quand l'enfant est vivant, essayer de ponctionner la vessie avec le trocart capillaire.

— M. le docteur Thoinot lit une *note sur la présence du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau de Seine à Ivry :*

« En résumé, dit l'auteur, dans de l'eau de Seine recueillie à Ivry, presqu'au point même où la machine élévatrice puise pour le service de Paris, nous avons rencontré le bacille de la fièvre typhoïde. Nous nous proposons de faire de nouvelles recherches sur d'autres échantillons de cette eau, de procéder à de nouvelles cultures, de ne pas nous en tenir enfin à un seul résultat positif. Mais dès à présent nous nous croyons bien fondé à dire que l'eau d'Ivry n'a pas les qualités d'une eau potable. A une époque antérieure on pouvait croire que, puisée en amont de Paris, elle présentait quelques garanties, et pouvait au besoin, constituer un élément d'échange avec l'eau de la Vanne. On voit qu'il est bien loin d'en être ainsi. »

— M. le docteur Laborde lit un travail intitulé : *Recherches et expériences sur deux suppliciés* (Frey et Rivière, dit Pas-de-Chance). Ces recherches et expériences ont porté : 1° sur la température centrale qui, sur le cadavre de Frey a été de 37,2-37,4 ; sur celui de Rivière 36,1. — 2° sur le cœur qui a été trouvé globuleux, dur et fortement contracté, mais du côté des ventricules *gauches* seulement, les ventricules droits étant restés *flasques*, contrairement à ce qui a été observé sur la plupart des précédents suppliciés, dont les deux cœurs étaient énergiquement contractés, avec effacement complet des cavités. En outre les courants électriques ont ranimé les contractions des oreillettes droites. — 3° sur les mouvements de l'estomac, les contractions provoquées et leurs formes dans les diverses régions de l'organe : les recherches et observations de M. Laborde montrent qu'il y aurait, en somme, un péristaltisme et un antipéristaltisme successif et généralisé, avec des localisations contractiles déterminées dans leur forme et dans leur énergie par la disposition structurale des fibres musculaires, dans le but de maintenir, tout en le multipliant, le contact des substances alimentaires avec la muqueuse sécrétante, selon le besoin de leur préparation et de leur tranformation digestives.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Luys et Mathias Duval.

— M. le docteur Ad. Nicolas lit un travail intitulé: *L'eau potable sur les chantiers de Panama.*

L'auteur expose la série des tâtonnements par lesquels il a passé pour obtenir de l'eau potable dans les chantiers de Panama ; il indique le filtre Chamberland comme le moyen qui lui a donné les meilleurs résultats. (Comm. : MM. Cornil, Brouardel, L. Colin).

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

M. Constantin Paul croit devoir ajouter, au sujet des inspecteurs, quelques observations à celles qu'a présentées avec tant d'autorité son maître, M. Hardy. Comme membre de la commission des eaux minérales, comme vice-président et président de la Société d'hydrologie, il a pu voir à l'œuvre ces inspecteurs contre lesquels des accusations imméritées ont été portées ; il éprouve une véritable satisfaction à venir les défendre à la tribune de l'Académie et à adresser de justes éloges aux travaux dont ils ne cessent d'enrichir la science hydrologique. Quant à l'organisation de l'inspectorat, M. Constantin Paul est d'avis qu'il faut maintenir les inspecteurs résidents ; s'ils n'ont pas les pouvoirs suffisants, il faut les leur donner et ensuite les soutenir et les contrôler. Si la gratuité est un défaut, il convient de les payer, et la chose est possible puisqu'on a trouvé le moyen de donner des traitements suffisants aux inspecteurs régionaux.

M. Constantin Paul conclut, comme l'a fait M. Vidal dans son rapport, qu'il faut maintenir l'inspectorat et le soutenir contre les intérêts commerciaux. Le seul point sur lequel il diffère avec le rapporteur de la commission, consiste en ceci : que les inspecteurs-adjoints ne doivent pas être nommés à l'élection, mais bien par le ministre, « C'est à cette condition que nous pourrons voir nos sources minérales respectées, nos médecins considérés, et que nos stations pourront soutenir avec honneur la concurrence avec les stations étrangères. »

M. Tillot donne lecture d'un discours qu'il résume en disant que l'inspectorat local et permanent est le seul qui puisse exercer une surveillance médicale et administrative efficace et continue ; sa suppression, fâcheuse pour les grandes stations, serait, d'après lui, un malheur pour les petits établissements.

Les inspecteurs se montrent quelquefois au-dessous de leur tâche, parce que, n'étant pas assez soutenus, ils manquent d'une autorité suffisante. Que l'Académie veuille bien les prendre sous son puissant patronage et se charger de leur recrutement, comme l'a proposé M. Vidal, au nom de la commission. Si elle voulait faire de l'inspectorat une carrière basée sur une hiérarchie et des tableaux d'avancement, elle défendrait les intérêts du malade, en lui assurant des médecins capables ; de l'inspecteur, en augmentant son autorité ; de l'hydrologie, en favorisant ses progrès qui intéressent à juste titre votre illustre Compagnie. »

M. Planchon, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Parmi les communications faites dans les dernières séances, nous relèverons les suivantes :

— Inversion utérine consécutive à la délivrance, par M. Rœser. L'inversion s'est produite après un accouchement relativement facile chez une primipare de 26 ans. La réduction faite sur le moment ne s'est pas maintenue, et la malade s'est trouvée en danger pendant plusieurs jours par suite de l'hémorrhagie et des syncopes. Deux tentatives de réduction sous le chloroforme essayées par M. Monod ne donnèrent pas de résultat, et la femme est toujours dans le même état. Elle ne souffre d'ailleurs qu'au moment de ses époques où les hémorrhagies sont considérables.

La cause de cette inversion n'est pas, à proprement parler, la traction exercée sur le cordon pendant la délivrance. Les auteurs ont signalé une sorte de paralysie utérine

©BIU Santé

correspondante à la surface d'insertion du placenta, et qui rend aussi bien compte de l'inversion utérine que de l'enchatonnement placentaire. C'est à cette théorie qu'il faut se rattacher.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Bar, Marciguey et Maygrier. Il en résulte que le meilleur traitement est l'emploi du ballon à pression continue analogue au pessaire Gariel.

— M. Schwartz lit une observation de plaie de poitrine du côté gauche sans lésion du péricarde par balle de revolver. La blessure détermina un hémo-thorax qui fut ponctionné quelques jours après l'accident dans le cinquième espace intercostal. On retira 1,500 grammes de sang fluide, et la guérison fut complète en huit jours. M. Schwartz admet que, dans les cas semblables à celui qu'il vient de citer, quand l'épanchement reste limité, il faut se borner aux moyens médicaux. S'il augmente et s'accompagne de dyspnée, fièvre, etc., il faut faire la thoracentèse et ne pas hésiter à recourir à l'empyème s'il y a suppuration.

— M. Luc communique un cas d'abcès fétide du sinus maxillaire gauche chez un homme de 74 ans, guéri par la trépanation, le drainage et le lavage avec l'eau boriquée.

Les symptômes consistaient en une odeur fétide ressentie de temps en temps par le malade dans la fosse nasale gauche, dans l'écoulement d'un liquide fétide par la narine gauche, quand le malade se penchait et inclinait la tête en avant, et dans des douleurs sus-orbitaires.

L'ouverture fut faite au moyen d'un foret au niveau de l'alvéole de la canine, et on injecta par le trajet artificiel une solution tiède boriquée qui sortit par le nez en entraînant un pus fétide. La fistule fut maintenue ouverte au moyen d'un drain de plomb laissé à demeure, et les lavages furent répétés chaque jour. Au cours de l'opération, la pointe d'un premier foret se cassa et resta implantée dans la profondeur de l'os.

Cela n'empêcha pas la fistule de se cicatriser quand on enleva le drain.

M. Luc termine par quelques remarques générales sur le diagnostic différentiel des ozènes et des empyèmes fétides des sinus.

— M. Barette rapporte une observation de périnéorraphie primitive. Il s'agissait d'une rupture médiane d'une profondeur totale de 5 centimètres et s'arrêtant en arrière à 2 ou 3 millimètres du rectum. L'enfant pesait 3,700 grammes et la mère était primipare.

Après lavage avec une solution de sublimé au 2/1,000e, M. Barette fait au catgut une suture à jet continu. Il établit deux plans de suture : l'un profond, l'autre superficiel, et fait son pansement avec la gaze iodoformée et un coussin de charpie de bois au sublimé. Réunion complète au huitième jour.

M. Richelot emploie les sutures à points séparés faites avec le crin de Florence. M. Bar trouve aussi que le crin de Florence est ce qu'il y a de meilleur, et conseille d'appliquer aussi des points de suture sur la muqueuse du vagin, points d'autant plus nombreux que la rupture peut remontrer très haut de ce côté.

— M. Tripet présente deux pièces pathologiques provenant d'une femme atteinte de dysménorrhée membraneuse. C'est une membrane organisée, rougeâtre, tomenteuse, divisée en deux morceaux et ayant exactement la forme de la muqueuse utérine. M. Bar se charge de l'examen histologique de la pièce.

— M. Ory lit une note sur un cas d'intoxication chez un buveur d'éther; 15 grammes d'éther, mis dans un verre d'eau, sont absorbés d'un seul coup. Coma profond, syncope, suspension de la respiration; le lendemain, vomissements, selles sanglantes, ictère. Aujourd'hui le malade, après avoir traversé une période d'anémie profonde, est presque entièrement guéri. — P. C.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le 13 mars dernier a été inauguré avec une grande solennité à l'hôpital de la Paix, à Naples, le nouveau cours de clinique thérapeutique confié au professeur Semmola.

Au même hôpital a été créée une chaire de *traumatologie*, c'est le professeur Petronio qui est chargé de ce nouvel enseignement.

— Le docteur Wolffhuyel, regierungsrath, membre ordinaire du Comité d'hygiène de Berlin, vient d'être nommé professeur et directeur de l'Institut de chimie médicale et d'hygiène de Göttingen.

— On a commencé la construction de l'Institut pathologique de Königsberg.

— La Société italienne d'obstétrique et de gynécologie a choisi Genève pour siège de sa troisième assemblée générale, qui a eu lieu le 3 avril en même temps que le Congrès de la Société de chirurgie.

— Les médecins des épidémies à l'étranger ne s'exposent pas seulement aux risques de la contagion, ils ont encore à lutter contre la sottise des populations ignorantes et terrifiées, sottise plus cruelle souvent que la maladie.

Dernièrement on annonçait que dans la République argentine les paysans de certains villages décimés par le choléra avaient fait un très mauvais parti aux médecins envoyés pour les secourir, sous prétexte que le laudanum que les praticiens donnaient aux malades faisait périr les animaux. L'un de ces médecins fut massacré parce qu'il refusait de boire une bouteille d'acide phénique destinée à la désinfection.

En Sicile, tout récemment, des faits de ce genre viennent encore de se produire. Des médecins chargés de la désinfection des maisons où étaient morts des cholériques furent hués, sifflés et n'échappèrent aux mauvais traitements que grâce à la force armée qui réussit à dissiper la foule des assaillants.

Russie. — Le professeur Rauchfuss, inspecteur médical des établissements hospitaliers du ressort de l'impératrice Marie, prend sa retraite. C'est le docteur Nik. Bubnow qui lui succédera dans cette fonction. — Dr Ch. Schmit.

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.

Les « lecteurs » de français dans les Universités allemandes. — M. Eug. Ritter, de Genève, nous communique les renseignements suivants sur l'institution des « lecteurs » dans les Universités allemandes.

Les Allemands attachent une grande importance à l'étude de la langue française. Chaque Université a un ou deux professeurs ou privatdocents pour les langues romanes; Leipzig en a trois; la plupart de leurs cours se rapportent à la langue française. Ils l'étudient dans son histoire, dans son passé. Beaucoup plus qu'on ne le fait en France, ils s'appliquent à interpréter les anciens textes et les auteurs du moyen âge. La philologie française se maintient ainsi en Allemagne à un niveau très élevé. Tout l'enseignement universitaire de notre langue est entre les mains de savants très distingués. Presque chacun d'eux, dans les vingt Universités allemandes, a un nom dans la science, où il s'est fait connaître par des éditions d'anciens auteurs, par des recherches d'histoire littéraire, de grammaire ou de lexicographie. Pour la langue et la littérature françaises du moyen âge, les savants allemands tiennent tête aux savants français eux-mêmes, mais ils se cantonnent un peu trop sur ce terrain et n'en sortent pas assez.

Dans la lecture de ces vieux textes qui paraissent si rébarbatifs au grand public de nos jours, la science universitaire oublie quelquefois le but pratique de l'enseignement

©BIU Santé

de la langue française : elle est chargée de préparer des recrues pour les places de maîtres de français dans les gymnases, les écoles réales et les écoles supérieures de jeunes demoiselles. Ces places sont en Allemagne au nombre d'un millier environ, comme on le voit par la liste qui en a été dressée, à la suite du compte rendu du congrès philologique tenu à Hanovre au mois d'octobre dernier. Aussi a-t-on senti généralement le besoin de faire quelque chose, afin d'améliorer la connaissance pratique et l'usage journalier de la langue française, chez les étudiants qui sont appelés à la connaître à fond, pour être en état de l'enseigner avec fruit. On a institué des places de *Lecteurs*. Dans la hiérarchie universitaire, viennent en premier lieu les professeurs ordinaires, puis les professeurs dits extraordinaires, enfin les privat-docents ; après eux, les *Lecteurs*, qui ne sont pas tenus de posséder le grade de docteur. Un traitement de mille à deux mille francs (non compris le casuel) est donné à des jeunes gens, qui viennent de la France ou de la Suisse romande, et qui sont chargés d'enseigner le français familièrement, par la conversation, la lecture des auteurs modernes, la correction de versions, de thèmes et de compositions.

Déjà dix Universités allemandes ont des lecteurs pour la langue française. En voici la liste, avec la date de l'entrée en fonctions des derniers venus : *Berlin*, M. Muret (octobre 1886). — *Bonn*, M. Delhorbe (Pâques 1886). — *Breslau*, M. Freymond. — *Fribourg-en-Brisgau*, M. Rolex. — *Gœttingue*, M. Kœune (octobre 1883). — *Kiel*, M. Sterroz. — *Kœnigsberg*, M. J. Favre. — *Munich*, M. Géhant. — *Strasbourg*, M. A. Rœhrig (Pâques 1884). — *Tubingue*, M. Pfau.

On remarque que ce personnel se recrute pour une grande part dans la Suisse romande.

(*Revue internationale de l'enseignement*).

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 avril 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Delefosse : Rapport sur la candidature de M. de Pezzer. — 2. M. Larroque : Rapport sur la candidature de M. Dumas. — 3. M. Le Blond : Traitement de diabète par l'emploi de l'eau oxygénée. — 4. M. Dehenne : Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée. — 5. M. Doléris : Mémoire sur l'opération d'Alexander. — 6. Vote sur les candidatures de MM. Auvard et Ruault, au titre de membre titulaire.

Chemins de fer de Paris à Orléans, du Midi, du Nord de l'Espagne et de Madrid à Saragosse et à Alicante

SEMAINE SAINTE A SÉVILLE

Du 4 au 9 Avril. — *Cérémonies religieuses et Processions*

FOIRE DE SÉVILLE

Du 18 au 22 Avril. — *Courses de Taureaux, de Chevaux, Fêtes Populaires*

BILLETS D'ALLER ET RETOUR

DE PARIS A SÉVILLE

avec faculté d'arrêt à **Bordeaux, Bayonne, Burgos, l'Escurial, Madrid, Aranjuez Castillejo** (Embranchement de Tolède) et **Cordoue.**

AU PRIX DE **230** FRANCS (*En voiture de 1re classe*) Billets valables jusqu'au 30 avril.

Les billets seront délivrés du 25 au 15 avril :

A la gare du chemin du fer d'Orléans, quai d'Asterlitz.

Et aux bureaux succursales : rue de Londres, 8. — Rue Paul-Lelong, 7. — Rue Le Peletier, 5. — Rue Notre-Dame de Nazareth, 30. — Rue Dupin, 5 et rue de Sèvres, 47. — Place Saint-Sulpice, 6. — Place de la Madeleine, 7. — Rue Française, 6. — Rue Paradis, 21 bis. — Boulevard de Sébastopol, 34. — Rue des Archives, 19, et rue Jean-Jacques-Rousseau, 18.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Eugène Collin : Etudes sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — III. Formulaire. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Etudes sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses (1)

Par le docteur Eugène Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré.

Je viens de dire que l'hémoptysie était fréquente dans la congestion pulmonaire arthritique. Le moment est venu d'aborder cette question si importante de l'innocuité de ces hémorrhagies; innocuité sur laquelle, d'après Woillez, je ne m'étais pas suffisamment étendu, ce qu'il regardait comme une lacune dans mes recherches.

J'avoue que j'aurais pu fouiller davantage un sujet aussi intéressant, mais je tiens à rappeler que, dès 1874, j'écrivais dans mon premier travail : » Les hémoptysies sont souvent la conséquence de la congestion arthritique; je suis loin de les regarder comme un symptôme alarmant; je dirai même que j'ai vu plusieurs fois une amélioration sensible coïncider avec une expectoration sanguine abondante. »

Depuis cette époque, j'ai donné mes soins à un grand nombre de malades atteints d'hyperémie pulmonaire arthritique, j'ai cité de nombreuses observations, et si je suis toujours convaincu de l'innocuité relative des hémoptysies, je n'en cherche pas moins dans la pratique à les arrêter le plus tôt possible. Ces pertes de sang peuvent en effet par leur fréquence, et surtout par leur abondance, anémier le malade, et, par contre, rendre ces hémorrhagies plus fréquentes encore.

Il faut donc se garder de tomber dans ce cercle vicieux dont il est quelquefois difficile de sortir.

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 avril 1887.

FEUILLETON

CAUSERIE

Une nouvelle secte médicale en Amérique : la « Science chrétienne de guérir ».

Il y a quelques mois, j'émettais en plaisantant l'idée qu'en appelant à leur aide la mystérieuse puissance de l'auto-suggestion, les malades pourraient arriver à se débarrasser des maladies les plus rebelles à notre thérapeutique encore si empirique. Je ne me doutais guère, faute de recherches suffisantes, que ce nouveau mode de thérapeutique était déjà érigé en méthode dans ce pays si plein de merveilles et de merveilleux qu'on appelle l'Amérique. Que dis-je, une méthode! c'est déjà presque une religion, avec ses adeptes et ses fanatiques, et l'idée de religion vient d'autant mieux sous ma plume, que son instigateur l'a appelée « *Christian Science of healing* ». Ce n'est peut-être pas très clair comme définition, mais, pour ajouter à l'obscurité de ce titre, on a cru bon de lui en adjoindre un autre, et le tout se nomme : *Metaphysics, of the Christian Science of healing* ».

Je tiens ces renseignements d'une jeune et intelligente doctoresse américaine qui, prenant en pitié la détresse de causerie dans laquelle je me trouve, m'a donné par écrit de longs détails sur cette nouvelle religion thérapeutique, ou thérapeutique chrétienne, si vous voulez, thérapeutique étant un de ces mots heureux, tels que politique

©BIU Santé

Chez les individus prédisposés à l'affection qui fait le sujet de cette étude, on voit encore fréquemment les accidents se passer du côté de l'estomac; les digestions deviennent difficiles et accompagnées de pyrosis, on observe de la constipation, du prurit anal, et j'ai même plusieurs fois constaté des fissures à l'anus.

Je renvoie du reste à mes travaux sur l'arthritisme la série complète des antécédents chez les personnes atteintes de congestion pulmonaire rhumatismale.

Sous l'influence d'une cause quelconque, la congestion paraît, et voilà, au point de vue du diagnostic, ce que j'ai observé dans un très grand nombre de cas.

L'arthritique est pris un jour d'une toux qui est mise sur le compte d'un rhume, mais qui s'éternise et qui est le résultat de la congestion du poumon. Cette toux prend souvent un caractère franchement intermittent.

C'est en général pendant la nuit que paraît la crise. Après s'être mis au lit avec un état de santé qui semble ne laisser rien à désirer, le rhumatisant s'endort, mais est bientôt éveillé par un chatouillement à la gorge qui provoque une toux faible d'abord, plus forte ensuite, habituellement sèche et on ne peut plus fatigante. Il semble que la poitrine ne pourra pas résister aux efforts qu'elle supporte. Quelques douleurs vives se font sentir sur le trajet des bronches ou sur les parois thoraciques. C'est à ce moment que l'on remarque souvent des stries sanguinolentes dans les crachats bientôt suivies, dans d'autres cas, de véritables hémoptysies.

Après un temps plus ou moins long, la toux devient un peu moins sèche, moins fatigante; une légère moiteur s'empare du malade, puis une abondante expectoration commence en même temps que se fait par les narines un écoulement considérable de sérosité.

Les crachats, au début, sont filants, spumeux, semblables à du blanc d'œuf, et ce n'est qu'alors que leur quantité diminue, qu'ils deviennent plus épais; c'est en général le signal de la rémission. Brisé de fatigue, le

---

et autres, qui peuvent s'employer indifféremment comme substantif ou comme adjectif. Ces notes étant en anglais, je n'aurai donc que le mérite, si mérite il y a, de les traduire dans mon meilleur français, après avoir adressé mes plus sincères remerciements à Miss X...

« Il y a cinq ou six ans, dans la ville de Lynn (Massachusetts), près de Boston, une nouvelle méthode de traitement prit naissance, d'une certaine Mme Eddy, femme de condition moyenne et d'éducation médiocre. Cette dame était infirme depuis plusieurs années, passant la plus grande partie de son temps au lit, sans que les médecins aient pu apporter quelque amélioration à son état. Un jour qu'elle était seule, lisant le Nouveau Testament, elle vint à avoir cette pensée : « Pourquoi suis-je couchée, malade, dans ce lit? La maladie est un péché, une erreur; je ne veux pas la prolonger plus longtemps. Ce corps, cette partie matérielle, ne me tiendra pas plus longtemps sous sa domination; car je suis une âme, un esprit divin, et je n'ai souffert que parce que j'ai cru à tort qu'une certaine sensation douloureuse résidait dans ce corps. » Ce disant, elle se lève pour la première fois depuis de longs jours, et, après s'être habillée elle-même, elle se rendit au milieu de sa famille étonnée.

« Très satisfaite de cette cure miraculeuse de ses maux, elle se met aussitôt à enseigner les nouvelles idées qui lui étaient venues à ce sujet. Bientôt après, elle les développa dans un gros livre d'arguments et de raisonnements, auquel elle donna le titre de « *Metaphysics Christian Science* », comme répondant le mieux à sa théorie de la thé-

rhumatisant peut prendre quelque repos. En général, ces accidents se passent sans fièvre bien marquée.

Pendant la journée, rien de particulier ; quelquefois un peu de toux suivie d'expectoration, mais rien qui rappelle les souffrances de la nuit. L'appétit est très bien conservé, et, quand vient le soir, le malade se met au lit avec l'espoir d'une bonne nuit, mais qui n'est pas moins mauvaise que la précédente.

Après un temps dont la durée est plus ou moins variable, les accidents disparaissent brusquement. Entre la crise qui vient de finir et la prochaine il pourra se passer des semaines et même des mois.

Le diagnostic de la congestion arthritique sera probable si la toux précédée d'oppression et d'éraillement de la voix est survenue brusquement et sans fièvre, si ses paroyxsmes ont lieu la nuit, si elle est sèche au début et accompagnée ensuite d'une abondante expectoration et de coryza ; enfin, si tous les symptômes dont je viens de parler cessent brusquement pour reparaître les nuits suivantes.

Ce diagnostic sera plus probable si le sujet est rhumatisant ou goutteux. Il sera certain toutes les fois que l'oreille pourra percevoir le bruit dont j'ai parlé.

Traitement. — Le traitement de la congestion pulmonaire arthritique indique suffisamment la différence qui existe entre cette affection et la maladie de Woillez. En effet, dans la congestion pulmonaire simple, le vomitif semble être en grand honneur, la médication préférée. « L'émétocathartique, dit le docteur Bourgeois, est le pivot de la médication. »

Dans la congestion arthritique, nous ne l'avons jamais employé, et nous ne sachons pas qu'il l'ait été par d'autres.

C'est à de légers purgatifs, souvent renouvelés et suivis de l'administration du sulfate de quinine, que nous avons recours dans la plupart des cas ; nous avons retiré aussi de bons résultats de l'arsenic et de l'iodure de potassium.

Rarement des révulsifs locaux ont été employés, mais nous avons fait

---

rapeutique. Autant qu'il me souvienne de la lecture de ce livre et de publications postérieures, voici en quoi consiste sa manière de voir.

« La matière est quelque chose de non réel, ou plutôt ce n'est rien, car elle n'existe pas. L'esprit est réel et existe. Il n'y a pas de sensation dans la matière puisqu'elle n'existe pas ; c'est l'esprit qui sent et qui pense. Dès lors, si une personne, c'est-à-dire un esprit, pense qu'elle souffre, qu'elle éprouve une douleur dans une partie du corps, elle se trompe en pensant ainsi. La maladie et la douleur sont tout simplement des erreurs de la pensée. La santé est une vérité, et la maladie une illusion, etc., etc.

« Telle est la Science qui fut présentée au public. Déjà, au moment de l'impression du livre, l'auteur put y ajouter un appendice contenant la relation de quelques cures merveilleuses qu'elle avait accomplies en convainquant les malades de leur erreur. Bientôt la novatrice eut des disciples dévoués, et plusieurs personnes, principalement des femmes, commencèrent à mettre en pratique la nouvelle méthode à Boston et dans d'autres villes. Les patients vinrent en grand nombre ; la plupart n'avaient pas la moindre idée de ce que pouvait être cette « *Science chrétienne* », mais ils venaient parce qu'ils avaient entendu parler des guérisons et parce qu'ils étaient attirés par ce quelque chose de nouveau et de mystérieux.

« Dans les premiers temps de leur pratique, il arriva qu'un jour je sortis du collège pour rentrer à la maison, très souffrante de migraines atroces. Ma mère était très désireuse de me voir consulter un médecin, mais j'étais certaine que le repos me guérirait sans autre traitement. Alors elle commença à parler d'une nouvelle espèce de docteur,

©BIU Santé

prendre quelquefois des bains alcalins ou sulfureux. Nous nous souvenons que, chez un malade qui depuis trois semaines passait d'horribles nuits avec un peu de fièvre, une toux incessante et suivie d'une expectoration très abondante, chez lequel tout avait été employé sans résultat, un bain révulsif fit cesser immédiatement la congestion à laquelle succéda le calme le plus complet.

Les eaux minérales sont d'un grand secours dans cette affection quand elle est devenue chronique ou qu'elle tend à le devenir; mais il faut se garder de les prescrire d'une façon inconsidérée. On devra tenir un grand compte de l'âge du rhumatisant, de sa constitution, de son état de force ou de faiblesse.

Le sujet est-il jeune, fort sanguin, on devra l'adresser à des eaux alcalines. Est-il, au contraire, affaibli par l'âge, les souffrances ou les excès, c'est aux eaux sulfureuses qu'il devra demander sa guérison.

C'est à la grande douche que je m'adresse souvent à Saint-Honoré, et, sous son influence, j'ai vu cesser des congestions accompagnées d'hémoptysies inquiétantes.

Je dois ajouter que, dans certains cas, je n'aurais jamais osé avoir recours à pareil traitement si je n'avais pas eu pour confirmer mon diagnostic la présence du froissement arthritique.

Congestion pulmonaire herpétique. — Avant d'aborder l'étude de la congestion herpétique, il faut d'abord prouver qu'il existe une diathèse de ce nom, parfaitement distincte de l'arthritisme, ce que nous allons tâcher de faire en nous mettant sous l'égide de Bazin et de notre excellent et savant maître, M. Hardy.

Qu'est-ce donc que l'herpétisme?

Voilà la définition que j'en ai donnée dans un travail lu à la Société d'hydrologie en 1885 :

L'herpétisme est une maladie constitutionnelle, héréditaire, ayant son existence indépendante, mais souvent liée à une autre diathèse, l'arthri-

---

une dame appelée « *Christian Scientist* », qui avait guéri plusieurs personnes dans la ville, et elle m'engagea à la voir. Je m'y refusai d'abord énergiquement, mais enfin je cédai à ses insistances, et m'y rendis. Lorsque j'arrivai, il y avait dans le salon au moins vingt personnes qui attendaient, et il en arriva encore d'autres après moi. Un domestique faisait entrer les patients un par un dans le cabinet de la *métaphysicienne*. Parmi les consultants, je reconnus deux personnes, un jeune homme paraissant être à la première période de la phthisie, et une dame âgée atteinte d'une affection chronique des organes digestifs (tous deux moururent une année environ après).

« Enfin mon tour arriva; j'entrai dans le sanctuaire et trouvai une dame robuste, encore jeune, d'apparence peu distinguée, qui me dit de prendre un siège; elle en prit un autre, s'assit en face de moi, et me demanda pourquoi j'étais venue. Je donnai brièvement mes raisons, et dis en terminant : « Je suppose que j'ai trop peu dormi le mois passé. » — « Oh! non, dit-elle; vous avez bien assez dormi. Débarrassez-vous de cette idée que vous êtes limitée pour une chose ou pour une autre. Vous n'êtes pas matérielle, mais spirituelle, et la douleur que vous croyez exister dans votre tête n'existe réellement pas du tout. »

« Je rapporte ses paroles aussi exactement que mes souvenirs me le permettent. Puis sa figure prit une expression particulière, comme si elle était tombée dans des pensées profondes, et elle resta ainsi pendant trois ou quatre minutes. Je l'examinai très attentivement et ne vis rien d'étrange ni de surnaturel dans son aspect, rien qui rappelât une crise (à la vérité, Mme Eddy et ses disciples déclarent qu'ils ne connaissent rien de

tisme surtout; caractérisée par un état variqueux plus ou moins généralisé, se manifestant très souvent par des affections à la peau, non contagieuses et ne laissant jamais de cicatrices après la guérison; pouvant rester à l'état latent quant à ses manifestations cutanées ou causer des affections multiples : muqueuses, viscérales ou névrosiques; maladie constitutionnelle dont il faut demander le traitement aux sulfureux et à l'arsenic...

Plusieurs auteurs n'ont fait qu'une seule diathèse de l'arthritisme et de l'herpétisme, et c'est sous cette dernière dénomination qu'ils l'ont décrite.

Pour nous, il existe entre l'arthritique et l'herpétique des différences aussi tranchées que celles que l'on remarque dans les maladies constitutionnelles dont ils sont atteints.

L'arthritique est, en général, fort et vigoureux; il est violent, de tempérament sanguin.

L'herpétique est plutôt faible que fort: il est susceptible, soupçonneux, porté à la mélancolie, de tempérament nerveux.

L'arthritique a le teint fortement coloré, mais d'une façon régulière et uniforme; il porte quelquefois la trace d'un acné rosacea au début.

L'herpétique présente une coloration rouge briqueté siégeant sur les pommettes et tranchant avec la pâleur habituelle du visage.

L'arthritique est fortement musclé; il a presque toujours de la tendance à l'obésité.

L'herpétique est nerveux, sec, et arrive à la vieillesse sans voir augmenter beaucoup son tissu adipeux.

L'arthritique transpire facilement; certaines régions de son corps sont surtout le siège de cette transpiration; la tête doit être placée au premier rang; aussi, chez lui, la calvitie est-elle précoce.

L'herpétique souffre, au contraire, du froid; c'est par les plus hautes températures qu'il semble se porter mieux, ses pieds et ses mains sont quelquefois mouillés par une sueur froide; mais il n'arrive que difficilement, par l'exercice, à la transpiration si facile chez l'arthritique; la peau est souvent le siège de démangeaisons plus ou moins vives.

---

l'hypnotisme et du mesmérisme, et qu'ils n'ont rien de commun avec eux). A ma grande surprise, elle se leva alors et me montra la porte, comme si la séance était terminée. Mais ma curiosité n'était pas satisfaite et je ne voulais pas partir sans avoir adressé quelques questions. Je demandai donc si réellement toute maladie n'existait que dans l'imagination. — « Non, dit-elle, je ne dis pas que vous vous imaginez être malade, mais que vous êtes sujette à des idées fausses, une erreur dans la pensée, une illusion, quand vous pensez qu'il y a une douleur dans ce qui n'a pas d'existence. Toute la race humaine a ces notions erronées. » — « Mais, lui dis-je, comment espérez-vous convaincre les gens de ces erreurs? » — « En raisonnant avec eux, dit-elle. » J'emploie une sorte de communion mentale, grâce à laquelle mon esprit entre en communication avec eux et s'efforce de chasser l'erreur de chez eux. »

« Je revins une seconde fois chez cette dame, à la prière de ma mère, et réussis enfin à retrouver le sommeil et le repos, qui me guérirent.

« Cette *science* (il est difficile de voir de quelle manière on peut lui appliquer l'épithète de « chrétienne ») a fondé une école spéciale dans une belle construction neuve et possède une publication hebdomadaire. Je connais une jeune dame qui a suivi les cours de cette école et qui, après avoir ôté ses lunettes, bien qu'elle soit très myope, regardant à travers ses paupières presque closes, s'imagine voir tout ce qu'on peut y voir, tant sa foi est grande.

« Ces étranges docteurs ont encore des clients et guérissent l'hypochondrie, l'hystérie et autres maladies semblables, je suppose. Je sais qu'ils ont obtenu des amélio-

©BIU Santé

L'arthritique est quelquefois variqueux.
L'herpétique l'est toujours.
L'arthritique est soumis aux variations atmosphériques.
L'herpétique ne l'est pas ou l'est beaucoup moins.

Si maintenant nous abordons la série des principales affections propres à ces deux diathèses, nous trouvons encore des différences bien tranchées que je crois avoir sérieusement étudiées dans mon travail sur cette question et auquel je renvoie le lecteur.

Je me contenterai de dire ici que, dans les deux diathèses dont nous parlons, les congestions en général sont fréquentes, mais que cependant on les observe bien moins souvent dans l'herpétisme que dans l'arthritisme.

Il existe donc une congestion pulmonaire de nature herpétique, mais que l'on observe plus rarement que celle qui se produit chez les arthritiques.

Quelle est la raison de cette différence qui m'étonne, d'autant plus que le poumon, le droit surtout, y semble tout préparé?

Observez un herpétique et interrogez-le alors qu'il se croit en santé parfaite. Vous le trouverez en général nerveux, difficile à vivre, acariâtre souvent, les pommettes d'un rouge briqueté; il vous dira qu'il est sujet à des migraines revenant à des époques plus ou moins éloignées. Chez lui, les fonctions de la peau, si actives chez le rhumatisant, s'accomplissent mal et l'enveloppe cutanée est habituellement sèche et rude. Cela est si vrai qu'il suffit souvent de toucher le main à un herpétique pour être édifié sur sa diathèse. Vous apprendrez qu'il est hémorrhoïdaire, que des varices plus ou moins développées sillonnent ses membres inférieurs Peut-être vous dira-t-il qu'il a éprouvé déjà différentes affections à la peau. Je dis peut-être, car les affections cutanées ne sont pas la caractéristique de la diathèse, mais une de ses manifestations fréquentes.

Dans tous les cas, il vous répondra que sa peau est le siège d'un prurit assez fréquent, ou qu'elle est d'une susceptibilité très grande, qu'il lui est impossible de manger certains aliments sans qu'il soit pris d'éruption

---

rations passagères dans des affections organiques graves, grâce à l'espoir qu'ils donnent aux patients découragés. Il se peut qu'ils se trompent entièrement dans beaucoup de cas. On m'en a cité un certain nombre. Une dame de lettres d'une grande notoriété était atteinte de la crampe des écrivains et de vertiges ; elle fut soignée par l'un d'entre eux pendant longtemps; une quarantaine de visites furent faites, je crois; à la fin, la patiente dit que sa tête allait plus mal et que sa main n'allait pas mieux. »

Le mode d'action de cette nouvelle méthode thérapeutique parait être évidemment la suggestion, consciente ou non de la part des nouveaux docteurs (sans diplômes) et de leurs malades. Quant à l'épithète de *chrétienne* donnée à la nouvelle science, elle lui est venue probablement de l'idée de la foi qui est aussi nécessaire au malade pour acquérir la guérison, qu'au chrétien pour croire aux mystères. D'ailleurs, les guérisons qui s'accomplissent à Lourdes et autres lieux de pèlerinage s'adressent aux mêmes maladies que celles que traitent les *métaphysiciens* de Boston : chorée, hypochondrie, hystérie, contractures musculaires produisant des coxalgies fausses, etc. On conçoit que l'imagination joue un grand rôle dans l'étiologie et dans la thérapeutique de ces maladies, comme le veut la nouvelle secte médicale.

SIMPLISSIME.

plus ou moins confluente, et que le révulsif le plus léger détermine sur la peau les mêmes accidents.

Si maintenant vous examinez la poitrine, vous trouverez dans l'immense majorité des cas une submatité légère, mais cependant très appréciable, dont le siège est à la partie postérieure et moyenne du poumon droit.

L'auscultation vous permettra de reconnaître, dans cette région, un peu de diminution du murmure vésiculaire. L'oreille, comme je l'ai écrit ailleurs, percevra très bien le bruit d'expansion pulmonaire, mais à un degré moindre qu'à gauche, comme si un léger voile venait s'interposer entre l'oreille et le poumon et sur une assez grande étendue de l'organe. J'ai donné à ce signe le nom de *diminution en nappe* de la respiration, nom qui rend assez compte du signe révélé par l'auscultation.

Comment expliquer ce phénomène, si ce n'est en disant qu'il existe chez les herpétiques un état de stase sanguine produite probablement par la dilatation des veines et des capillaires du côté droit, l'état variqueux étant habituel chez les herpétiques?

Augmentez par la pensée cette hyperémie légère, mais habituelle du poumon, vous arrivez à la congestion avec tous les râles qui la caractérisent.

Mais alors pourquoi donc les congestions herpétiques sont-elles plus rares que les congestions arthritiques? Cela tiendrait-il au tempérament sanguin des arthritiques?

Les herpétiques seraient-ils moins facilement influencés à cause de l'habitude où ils sont d'avoir un poumon constamment hyperémié, mais à un degré compatible avec une santé au moins apparente?

La facilité avec laquelle la plèvre se prend chez les arthritiques, expliquerait-elle chez eux cette fréquence des congestions?

Autant de questions auxquelles il m'est impossible de répondre actuellement, et je dois, à mon grand regret, me borner à constater le fait.

Causes. — L'extrême susceptibilité de la peau chez les herpétiques peut expliquer bien souvent la congestion pulmonaire qui survient.

Que le froid agisse pendant un temps plus ou moins long sur l'enveloppe cutanée saine ou déjà malade, le poumon se prendra en vertu de cette grande loi de bascule qui existe entre les affections de la peau et celle des muqueuses.

Cette bascule existe même entre certaines affections des muqueuses entre elles, et je citerai comme exemple l'alternance que l'on remarque souvent entre la congestion pulmonaire et certaines affections herpétiques de l'utérus dont le traitement exige une extrême prudence. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la prochaine séance n'aura lieu, à cause des fêtes de Pâques, que le mercredi 12.

M. Ch. ROUGET (du Muséum) adresse une note sur les dernières manifestations vitales dans les muscles. Reprenant les expériences de M. Brown-Séquard, il a constaté que, même après la rigidité cadavérique, certaines fibres musculaires donnent, sous le microscope, des signes de contractilité.

MM. FREIRE, Paul GIBIER et REBOURGEON complètent leur précédente communication

©BIU Santé

relative au virus de la fièvre jaune, en envoyant le tableau récapitulatif des inoculations faites pendant la dernière épidémie, à Rio-Janeiro. Des 6,524 personnes inoculées avec le virus atténué, il n'en est mort que 1 p. 1,000, tandis que, chez les non-inoculés, la proportion des décès a été de 1 p. 100.

Ces messieurs pensent qu'avec plus de hardiesse, en faisant, par exemple, deux inoculations au lieu d'une seule, ils n'auraient perdu aucun de leurs clients. Ils se proposent d'agir ainsi à Panama, où la fièvre jaune est endémique.

M. Brown-Séquard entretient l'Académie de quelques expériences concernant la sensibilité de la peau à la partie antérieure et médiane du cou; ainsi que la syncope résultant d'un choc ou d'une pression brusque sur le larynx, syncope pouvant entraîner la mort. Ce dernier fait pourrait expliquer la mort chez les pendus, dont les pieds touchent la terre, comme c'était le cas pour le prince de Condé.

Lorsque M. Brown-Séquard aura rédigé sa communication, nous pourrons y revenir.

— M. A. Poncet adresse une note intitulée : *Transplantation osseuse interhumaine (greffe massive) dans un cas de pseudarthrose du tibia gauche chez un jeune homme de de 19 ans :*

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie une observation de greffe osseuse *massive :* il s'agit de la transplantation d'une moitié de la première phalange du gros orteil d'un adulte, dans un foyer de pseudarthrose du tibia, les parties molles étant cicatricées depuis longtemps et l'intervalle qui séparait les deux extrémités tibiales mesurant 4 centimètres environ.

« Le malade qui reçut le transplant osseux est un jeune homme de 19 ans qui, le 25 novembre 1885, fut atteint, dans un éboulement, d'une fracture compliquée de la jambe, siégeant à la partie moyenne. Le fragment supérieur faisait hernie à travers la peau; des accidents phlegmoneux entraînèrent une nécrose étendue des extrémités fracturées, et, lorsque le malade entra à l'Hôtel-Dieu, au mois de décembre 1886, la plaie était complètement cicatrisée : il n'y avait aucune trace de consolidation. Les deux fragments osseux, plutôt atrophiés qu'hyperostosés, étaient séparés par un intervalle de 35 à 40 millimètres; ils n'étaient en continuité profondément que par un cordon de peu d'épaisseur, faisant corps avec la cicatrice cutanée déprimée entre les deux extrémités du tibia. Quant au péroné, qui ne paraissait pas avoir été fracturé et qui, dans tous les cas, s'était consolidé sans déformation, il mesurait la même longueur que le péroné opposé. Formant attelle, il s'était opposé au rapprochement des extrémités fracturées; ainsi s'expliquait la pseudarthrose. On devait songer, en pareil cas, comme traitement, soit à la greffe osseuse, soit à la résection du péroné, en enlevant au niveau de la pseudarthrose une longueur de cet os, égale à la solution de continuité du tibia, de façon à pouvoir mettre en contact les moignons osseux avivés. Je me décidai pour la première intervention chirurgicale, en tenant compte de sa simplicité, de son innocuité et du désir exprimé par le malade.

Le 19 janvier dernier, une amputation de la jambe droite au lieu d'élection, pratiquée chez un homme de 43 ans, qui avait eu, quelques heures auparavant, la jambe broyée par une roue de wagon, me fournit la matière ostéoplastique. Ce sujet était sain, vigoureux, sans aucune tare pathologique. Je choisis la première phalange du gros orteil en raison de son volume, de ses dimensions; elle paraissait devoir mieux combler l'intervalle entre les deux fragments; sa structure, en partie spongieuse, justifiait en outre ce choix. Les deux extrémités articulaires, recouvertes des cartilages diarthrodiaux, furent retranchées sur une hauteur de 3 à 4 millimètres, et la phalange partagée en deux suivant son grand axe, avec une scie fine d'horloger. Une des moitiés, longue de 26 millimètres, large de 10 millimètres environ, fut laissée pendant trois minutes dans une solution tiède de sublimé à 0,50 p. 1,000 pour la rendre aseptique. Le malade de la pseudarthrose anesthésié, on mit à découvert, par une incision cruciale, un cordon fibreux, blanchâtre, du volume d'une plume d'oie, ne renfermant aucun noyau osseux, et constituant un pont cicatriciel entre les deux extrémités fracturées. Ce tissu fut incisé avec soin suivant sa longueur, et les deux fragments du tibia, un peu raréfiés, furent aisément avivés avec de petites cisailles. Une moitié de la phalange fut placée entre les

extrémités osseuses; elle reposait, par sa portion spongieuse, au fond de la gouttière fibreuse dont on ramena les bords sur sa face périostique, à la partie moyenne par un point de suture avec un fil fin de catgut. Par son extrémité inférieure, elle était en contact avec l'extrémité tibiale correspondante, mais elle était distante du fragment supérieur de 5 à 6 millimètres.

« Les bords de la plaie cutanée ne furent pas réunis. Soins antiseptiques minutieux. Immobilisation du membre dans une attelle plâtrée.

« Huit jours après, lorsqu'on enleva le premier pansement, la greffe, de coloration blanchâtre, était dépouillée de son périoste sur la plus grande partie de son étendue; des bourgeons charnus de belle apparence l'entouraient.

« Lors du deuxième pansement, un mois après, elle était recouverte, dans ses deux tiers au moins, par des bourgeons qui l'encastraient et paraissaient la fixer solidement au fragment inférieur; en haut, elle était mobile, mais cependant en continuité avec l'extrémité tibiale, par une couche de granulations. On la trouvait dénudée sur une longueur de 4 à 5 millimètres.

« Le 21 mars, soixante-deux jours après la transplantation, la greffe est recouverte presque complètement par de beaux bourgeons nivelés. Sur un point répondant à sa partie moyenne, on l'aperçoit dénudée, d'une teinte blanc rosé, et le stylet perçoit une surface dénudée de 3 à 4 millimètres carrés.

« L'intervalle entre les deux extrémités de la pseudarthrose est en grande partie comblé, mais il reste de la mobilité. Ne sachant pas exactement à quoi m'en tenir sur la vitalité du tissu transplanté, voulant hâter la guérison du malade retenu au lit depuis dix-sept mois, je me décidai à pratiquer la seconde opération capable de donner une consolidation utile pouvant permettre l'usage du membre. Après avoir réséqué 0m. 06 du péroné au niveau de la pseudarthrose, j'enlevai la greffe et j'avivai les extrémités tibiales pour les mettre en contact. La moitié de phalange transplantée s'était bien réellement greffée, elle vivait dans toute sa masse. A peine fixée au fragment supérieur, dont elle était séparée par une couche de bourgeons épaisse de 5 à 6 millim., elle se continuait directement avec le fragment inférieur auquel elle adhérait intimement. En avant et en dehors, recouverte par des bourgeons de plus en plus feutrés et formant profondément une membrane d'enveloppe continue, elle ne pouvait être libérée qu'avec un détache-tendon ; par sa face spongieuse elle se confondait avec la gaine fibreuse sous-jacente.

« L'adhérence avec l'extrémité tibiale voisine était solide, résistante, non pas que les deux faces osseuses fussent cimentées ensemble : on pouvait, en tirant, les écarter l'une de l'autre de 1 à 2 millim. ; mais elles étaient unies par une gaine fibreuse, épaisse, nouveau périoste faisant corps, surtout avec le tissu spongieux de la face postérieure qu'il recouvrait dans les deux tiers de sa hauteur.

« La phalange transplantée a une teinte rosée, vasculaire ; sur une coupe antéro-postérieure suivant son grand axe, on croirait voir un os frais, récemment enlevé ; le tissu spongieux, non raréfié, dur à la coupe, paraît plus vasculaire qu'à l'état normal. Le segment osseux transplanté ne s'est ni accru, ni résorbé ; il a sensiblement la même longueur que lors de son insertion au centre de la pseudarthrose ; sur les bords seulement, en quelques points, la substance compacte, échancrée, paraît avoir été entamée par les bourgeons.

« Que fût-il advenu si la greffe eût été abandonnée à elle-même ? Je l'ignore, aucune observation de ce genre n'ayant été faite chez l'homme.

« Si l'on doit croire qu'en raison de la solidité nécessaire au tibia pour exercer sa fonction, qui est de supporter la moitié du poids du corps, elle ne fût pas parvenue à donner une consolidation fonctionnelle, il n'en reste pas moins établi qu'elle eût pu contribuer à l'édification d'une colonne osseuse résistante. Le fait important est la greffe d'un transplant osseux massif qu'on n'avait point eu encore l'occasion de constater chez l'homme ; mais on savait, par les belles expériences de M. Ollier, que l'on pouvait ainsi obtenir, chez les oiseaux, des greffes complètes et fécondes. Notre observation est d'autant plus instructive que les conditions de réussite laissaient à désirer ; le tissu osseux transplanté appartenait, en effet, à un homme de quarante-trois ans, relativement âgé, et le tissu cicatriciel, qui reçut la greffe, n'avait plus aucune propriété ostéogénique..... »

©BIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Le Blond, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

Lettre de remerciements de M. le docteur Trousseau, nommé membre titulaire;

Lettre de M. le docteur Doléris, chirurgien-accoucheur des hôpitaux, qui sollicite le titre de membre titulaire. (Parrains : MM. de Ranse et Dehenne.)

M. le Secrétaire général rend compte de la séance du conseil d'administration et du comité de publication. Les finances de la Société sont dans un état prospère et ses travaux paraissent très régulièrement dans l'*Union médicale.*

Sur la proposition du bureau, la Société vote à l'unanimité des remerciements à son dévoué trésorier, M. le docteur Perrin, ainsi qu'au rédacteur en chef de l'*Union médicale*, M. le docteur G. Richelot.

M. Dubuc demande s'il ne serait pas possible de publier une table générale des *Bulletins* de la Société, et il fait ressortir toute l'importance et toute l'utilité d'un pareil travail.

Après un échange d'observations entre plusieurs membres, la question est renvoyée à l'étude d'une commission composée de MM. Rougon et Pellier.

M. Deligny lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Ruault;

M. Polaillon lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Auvard;

Les conclusions favorables de ces deux rapports sont adoptées, et le vote renvoyé à la prochaine séance.

M. Dumas, candidat au titre de membre titulaire, lit une observation d'un cas d'aliénation mentale. (Commission : MM. Delasiauve, Christian et Larroque, rapporteur.)

M. Berne lit, à l'appui de sa candidature, un travail sur le traitement des péri-arthrites scapulo-humérales par le massage méthodique. (Commission : MM. Besnier, Gillebert d'Hercourt et Malibran, rapporteur.)

M. Christian lit une note *à propos du surmenage cérébral* :

Dans le travail que M. Lagneau a lu à l'Académie de médecine (séance du 8 mars 1887), et dans lequel il signale les fâcheux effets du surmenage intellectuel, il n'a pas manqué d'incriminer vivement les programmes de nos principales écoles, et notamment ceux de Saint-Cyr et de l'Ecole polytechnique. Suivant lui, un grand nombre d'élèves sortis de ces écoles, ont le cerveau fatigué, usé, et, arrivés à l'âge de 30 ou 40 ans, ils ne sont plus capables d'aucun effort intellectuel. C'est là une grave assertion, et qui mérite qu'on s'y arrête. Il est du devoir de chacun d'apporter dans le débat les documents qu'il possède, et de contribuer à rendre l'enquête aussi complète que possible.

Je puis garantir l'exactitude absolue des chiffres que je donne dans cette note : j'ajouterai que j'ai été absolument surpris des résultats qu'ils m'ont donnés.

J'ai fait le relevé de tous les officiers qui sont entrés dans mon service, à la maison nationale de Charenton, depuis le 1er janvier 1879 jusqu'au 15 mars 1887, et, pour que cette statistique ne comportât que des cas similaires, comparables entre eux, j'ai laissé de côté les officiers âgés, retraités, invalides, chez lesquels, à une époque avancée de la vie, était apparue une démence sénile ou apoplectique; les officiers dont je parle, sont tous devenus aliénés en activité de service, tous avaient de 30 à 50 ans. Enfin c'étaient tous des lieutenants ou des capitaines; 8 seulement étaient officiers supérieurs.

Dans la période que je viens d'indiquer, on a reçu à Charenton 61 officiers atteints de paralysie générale; sur ces 61 officiers il y avait 3 chefs de musique. Restent 58 officiers de l'armée active, dont 9 appartenaient à l'artillerie et au génie, 48 à l'infanterie et à la cavalerie, 1 à la marine.

Or, sur les 9 premiers, 2 seulement avaient passé par l'Ecole polytechnique; sur les 48 autres, il n'y en avait que 5 sortant de Saint-Cyr. Le marin avait été à l'Ecole navale.

Soit 1/5 environ pour les armes spéciales et 1/9 environ pour le reste de l'armée.

Dans la même période, j'ai eu dans mon service 29 officiers atteints de délires variables (manie, délire de persécutions, etc.). Sur ces 29, 20 sortaient des rangs; 5 avaient passé par Saint-Cyr, 3 par l'Ecole polytechnique, 1 par l'Ecole navale.

A ces chiffres, recueillis à Charenton, je puis joindre ceux que j'ai relevés à Maréville, où, de 1876 à 1879, j'ai vu 9 officiers atteints de paralysie générale: 1 seul avait été élève de Saint-Cyr.

En résumé, sur 99 officiers aliénés, traités dans l'espace de douze ans environ, il n'y en avait que 17 qui eussent été dans les écoles du gouvernement; tous les autres sortaient des rangs.

A ne prendre ces chiffres qu'en bloc, on voit que la folie n'atteint parmi les officiers qu'en très minime portion, 17 0/0, les anciens élèves des écoles spéciales. Encore faudrait-il démontrer que ces 17 malades sont réellement des victimes du surmenage cérébral. Cela est douteux dans mes observations, car, dans les 11 cas (sur 17) où j'ai pu avoir des renseignements précis, il y avait six fois de l'hérédité directe (père ou mère aliéné): 2 malades avaient fait de graves chutes sur la tête; 3 avaient eu de violents chagrins. Je ne veux pas dire qu'ils ne se fussent pas livrés à des travaux intellectuels, sinon excessifs, du moins trop fatigants pour eux.

Dussé-je être accusé de paradoxe, je conclurai volontiers que le surmenage cérébral est plus fréquent chez les officiers sortis des rangs que chez les anciens élèves des écoles.

Ceux-ci en effet se recrutent parmi les enfants, qui, au collège, ont été reconnus assez intelligents pour continuer leurs études, et qui, soumis à un entraînement progressif, sont arrivés, sans trop d'efforts, jusqu'à l'école à laquelle ils se destinaient. Que si parmi eux il s'en est rencontré qui fussent incapables de supporter ce labeur, l'effet du surmenage s'est produit avant même l'entrée à l'école, au plus tard pendant le séjour à l'école même. Ces *surmenés* sont frappés de très bonne heure; ils n'arrivent pas à l'âge de 30 ou 40 ans; ils forment ces déments précoces qui viennent achever leur triste existence dans nos maisons de santé.

Il en est tout autrement du jeune homme qui, arrivé au régiment, sachant à peine lire et écrire, a l'ambition de conquérir l'épaulette. Que d'efforts lui sont imposés pour compléter son instruction, pour s'élever à la hauteur de ses nouveaux devoirs! C'est chez lui une contention d'esprit incessante, à un âge où déjà le cerveau est devenu plus rebelle, et certes, si quelqu'un est victime du surmenage cérébral, c'est le sous-officier, qui, destiné d'abord à rester dans les grades inférieurs, se trouve porté, par des circonstances favorables, à une situation pour laquelle il ne semblait pas fait.

La question du surmenage cérébral est extrêmement complexe. Dans cette courte note, je n'ai pu avoir la prétention de la traiter à fond: j'ai voulu seulement apporter à l'enquête qui se poursuit, quelques documents intéressants.

Elections. — M. E. Desnos est élu membre titulaire, M. Cl. Ferreira, membre correspondant, à l'unanimité des suffrages.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Solution contre les taches de rousseur. — Monin.

Lait virginal	50	grammes.
Glycérine pure	30	—
Acide chlorhydrique médicinal	5	—
Chlorhydrate d'ammoniaque	4	—

Faites dissoudre. — Matin et soir, on touche les taches de rousseur rebelles avec un

©BIU Santé

pinceau imbibé de cette mixture. — On peut l'appliquer également aux pigmentations anomales des mains. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NAPLES. — *Incident Cantani-Tommasi.* — On a dit que le professeur Cantani avait donné sa démission de membre de l'Académie médico-chirurgicale de Naples, parce que le professeur Tommasi, président de cette Académie, avait envoyé à l'Académie de médecine de Paris les conclusions des recherches de son collègue sur la prophylaxie de la rage, avant que le procès-verbal de la séance, où cette communication a été faite, eût été adopté.

M. le professeur Tommasi, auquel nous avons demandé quelques renseignements sur ce regrettable incident, a eu l'obligeance de nous en expliquer l'origine réelle. Le compte rendu de la séance du mois de janvier dernier, où MM. de Renzi et Amoroso communiquèrent leurs recherches sur la rage et où M. Cantani prit la parole après eux, ayant été publié incomplètement et inexactement par un journal quotidien de Naples, le *Pungolo*, M. Tommasi crut devoir, en sa qualité de président de l'Académie, écrire une rectification qui fut insérée dans un autre journal de Naples. Lorsque survint à l'Académie de médecine de Paris la polémique entre MM. Peter et Vulpian, MM. de Renzi et Amoroso ripostèrent aux appréciations de M. Vulpian sur leur compte, par l'envoi à Paris d'une lettre émanée d'eux-mêmes et de la traduction littérale de la rectification précitée adressée par M. Tommasi à un journal de Naples.

C'est alors que M. Cantani donna sa démission, mais M. Tommasi ne crut pas devoir l'accepter, déclarant que la lettre envoyée à l'Académie de Paris n'émanait pas directement de lui, puisqu'elle n'était que la reproduction de la lettre de rectification adressée au journal de Naples. — Ch. SCH.

BOHÊME. — Dans l'assemblée des médecins allemands, le 11 avril, le professeur Gussenbauer traitera des « pansements antiseptiques ». — G. S.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des fêtes de PAQUES, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 12 avril.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL EN MÉDECINE. — Les juges sont : MM. Cuffer, Gérin-Roze, Grancher, Hardy, Lallier, C. Paul, Proust, A. Robin, Tillaux.

Les candidats, au nombre de soixante-deux, sont : MM. les docteurs Babinski, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourcy, Bruchet, Buzot, Capitan, Carron de la Carrière, Charrin, Chéron, Chouppe, Dalché, Decaisne, de Gennes, Delpeuch, Deschamps, Dreyfous, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Faucher, Galliard, Gallois, Gauchas, Gilbert, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Havage, Hirtz, Jean, Josias, Juhel-Renoy, Launois, Lebreton, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre (Henri), Le Gendre (Paul), Leroux (Charles), Leroux (Henri), Liandier, Lorey, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Morel-Lavallée, Netter, Œttinger, Petit, Poupon, Queyrat, Ribail, Richardière, Robert, Robin, Sapelier, Siredey, Stackler, Thibierge et Variot.

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.

Sommaire

I. Blache : Quelques observations à propos des résultats obtenus par l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — III. Formulaire. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Quelques observations à propos des résultats obtenus par l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine

Lecture faite à l'Académie de médecine à la séance du 12 avril 1887

Par le docteur Blache.

Je viens présenter, sous une forme aussi succincte et aussi substantielle que possible, une courte notice sur l'application dans le département de la Seine, pendant les dernières années, de la loi du 25 décembre 1874, relative à la protection des enfants du premier âge et spécialement des nourrissons.

Membre du Comité départemental institué pour assurer, suivre et étudier les effets de la loi Roussel, j'ai pu, en cette qualité, utiliser des documents qui lui sont communiqués par l'administration. D'autre part, j'ai recueilli des indications précieuses dans le *Bulletin-statistique*, rédigé avec un soin si consciencieux par M. Bertillon. De cet ensemble de renseignements, je me suis appliqué à dégager les résultats et les chiffres les plus saillants, pour en former une sorte de résumé, dans l'espoir que l'intérêt du corps médical pour les questions de la protection de l'enfance ne lui ferait pas défaut.

Le mouvement des enfants soumis à la surveillance donne lieu aux observations suivantes.

Comparativement à l'année 1882, l'année 1883 avait offert une augmentation de 100 enfants sur le nombre des nourrissons surveillés. L'année 1884, comparée à l'année 1883, avait amené une augmentation plus considérable s'élevant à 240 enfants. L'année 1885 présente une augmentation de 126 enfants sur le chiffre de 1884. Il y a là, on le voit, un progrès continu, puisque, en trois années, il y a eu 466 nourrissons surveillés en plus.

Notons, en passant, que l'industrie nourricière n'existe, pour ainsi dire, pas dans les arrondissements du centre de Paris, par suite de la cherté des loyers, des occupations spéciales et de l'aisance plus grande de la population. Quant aux communes de la Seine, c'est toujours à Saint-Ouen, Ivry, Saint-Maur-les-Fossés, Clichy-la-Garenne, Boulogne, Levallois-Perret, Puteaux, Montreuil-sous-Bois et Saint-Denis qu'on compte le plus grand nombre de nourrissons à surveiller.

En examinant les différents modes d'élevage employés pour les 4,817 enfants surveillés en 1885, on en trouve :

2,480 confiés à des nourrices au sein.
1,792 confiés à des nourrices au biberon.
545 confiés à des sevreuses ou à des gardeuses.

4,817

C'est l'élevage au biberon qui paraît avoir augmenté en 1885, tandis qu'en 1883 et 1884, c'était l'élevage au sein qui avait fait quelques progrès. Mais la différence, heureusement, est peu sensible. Somme toute, un peu plus de la moitié des enfants surveillés actuellement sont élevés au sein, et, un peu plus du tiers, au biberon. On ne saurait trop souhaiter de voir s'accen-

©BIU Santé

tuer encore davantage l'écart en faveur du premier des deux modes d'allaitement, dont, pour ma part, je m'attache, en toute occasion, à démontrer la supériorité. L'obstacle principal, c'est que le prix de l'élevage au sein est plus fort, et l'augmentation du nombre des enfants élevés au biberon, en 1885, s'explique par la crise commerciale et industrielle que traverse le pays et qui force certains parents à adopter le mode d'élevage le moins coûteux.

Au point de vue du *sexe,* sur 4,817 enfants surveillés, en 1885, il y avait : 2,541 garçons; 2,276 filles. Total, 4,817.

La proportion de ces deux nombres est de 52,75 p. 100 pour les garçons et de 47,25 p. 100 pour les filles. Les chiffres correspondants pour 1884 étaient de 50,47 p. 100 et de 49,53 p. 100, et l'écart était déjà plus sensible qu'en 1883 et 1882. Quoi qu'il en soit, le nombre des garçons continue à être un peu supérieur à celui des filles.

Au point de vue de l'état civil des 4,817 enfants surveillés en 1885, 3,416 étaient *légitimes*, soit une augmentation de 18 sur l'année 1884 (3,39 p. 100), de 117 sur l'année 1883, de 143 sur l'année 1882, de 165 sur l'année 1881; — 1,401 étaient naturels, soit 207 de plus qu'en 1884; 358 de plus qu'en 1883, et 422 de plus qu'en 1882. La diminution dans le nombre des enfants légitimes et l'augmentation correspondante dans le nombre des enfants naturels vont donc en progressant. Actuellement, les sept dixièmes des enfants surveillés sont légitimes et les trois dixièmes sont naturels.

La surveillance exercée sur les nourrissons a pour but, et je suis heureux d'ajouter, pour effet, de diminuer autant que possible les chances de mortalité chez les enfants du premier âge. Il est donc très intéressant d'en rechercher et d'en constater les principales causes, d'après la nature des maladies, les modes d'élevage, les quartiers, les saisons, le sexe, l'état civil, l'âge et la durée du séjour chez la nourrice.

Le nombre des enfants décédés, en 1885, a été de 403 sur 4,817. Le nombre correspondant, en 1884, avait été de 413. Il y a donc diminution de 0,44 p. 100 en faveur de l'année 1885, où la mortalité générale a été de 8,36 p. 100. Ce minimum n'avait pas encore été atteint. En effet, la mortalité générale avait été :

En 1880 de.....	9,99 p. 100.	En 1883 de.....	9,30 p. 100.
En 1881 de.....	9,25 —	En 1884 de.....	8,80 —
En 1882 de.....	9,72 —		

La proportion de 8,36 p. 100 obtenue en 1885 se serait encore abaissée, si certaines maladies épidémiques, notamment la rougeole, n'avaient sévi d'une façon exceptionnelle au cours de la susdite année, en même temps que les maladies de l'appareil respiratoire présentaient aussi une recrudescence due aux variations excessives de la température.

Quant à la nature des maladies, on peut dire, en résumé, d'après la moyenne des cas pour 1885, que, sur 100 enfants décédés :

21	ont succombé à	des maladies du système nerveux.
18	—	de l'appareil respiratoire.
45	—	de l'appareil digestif.
10	—	épidémiques ou contagieuses.
6	—	diverses.

Maintenant, si l'on examine, par rapport au mode d'élevage, le nombre moyen des maladies ayant occasionné le décès, on trouve que, sur une

quantité de 1,000 enfants surveillés, 74 étaient élevés au sein et 113 au biberon, et que les uns et les autres ont succombé aux diverses maladies dans les proportions ci-après :

Enfants élevés au sein.		*Enfants élevés au biberon.*		
18	maladies du système nerveux.	20	maladies du système nerveux.	
16	— de l'appareil respiratoire.	14	— de l'appareil respiratoire.	
25	— de l'appareil digestif.	68	— de l'appareil digestif.	
10	— épidémiques ou contagieuses.	7	— épidémiques ou contagieuses.	
5	— diverses.	4	— diverses.	
74		113		

On est frappé de l'écart énorme qui existe entre les deux modes d'élevage pour les décès amenés par les affections de l'appareil digestif : 25 et 68, voilà qui plaide avec une éloquence invincible les avantages de l'allaitement au sein!

La statistique de la mortalité par quartiers ne donne pas lieu à des observations bien concluantes. Sur les 18 circonscriptions du département de la Seine, c'est tantôt dans celles de Paris, comme en 1882 et 1883; tantôt dans celles de la banlieue, que le nombre des décès est le plus considérable. En somme, jusqu'à présent, les chiffres n'ont pas démontré que le séjour de la capitale doive être forcément pernicieux aux enfants qui y sont mis en nourrice. Paris paraîtrait même plutôt offrir une certaine supériorité sur la banlieue; cela pourrait s'expliquer par le fait que les enfants, se trouvant plus à proximité de leurs familles, sont mieux surveillés par celles-ci.

Il est permis de tirer des déductions plus formelles de la statistique de la mortalité par rapport aux saisons. Ainsi, les 403 décès survenus en 1885 se répartissent mensuellement de la façon suivante :

Hiver	Janvier	35	85, moyenne mensuelle 28	
	Février	26		
	Mars	24		
Printemps	Avril	43	107	— 36
	Mai	25		
	Juin	39		
Été	Juillet	36	131	— 44
	Août	59		
	Septembre	36		
Automne	Octobre	26	80,	— 27
	Novembre	32		
	Décembre	22		
	Total	403 décès.		

On le voit, c'est dans la saison d'hiver et dans la saison d'automne que la mortalité infantile atteint son minimum. Cela provient, en grande partie, de ce que le nourrisson, sortant moins souvent de la maison, est moins exposé à contracter une affection des voies respiratoires ou une des maladies épidémiques développées par les trop grandes agglomérations d'enfants, et aussi de ce que le lait se conserve mieux et n'est pas sujet à la fermentation rapide qu'amènent les chaleurs de l'été.

C'est effectivement en été, lorsque le thermomètre monte à 29 ou 30° et conserve cette moyenne, que la mortalité due aux maladies de l'appareil digestif acquiert sa plus grande intensité. Tant que la température maxi-

©BIU Santé

mum ne dépasse pas 25°, cette mortalité, tout en étant plus forte que celle due aux autres maladies, reste dans des limites normales et à peu près constantes. Entre 25 et 30°, elle progresse, et, si ce maximum est dépasse, elle prend subitement une extension considérable. Il faut donc redoubler de soins et de vigilance pour les nourrissons pendant les fortes chaleurs de juin, juillet, août, et souvent même septembre. A mon sens, pendant cette période, on devrait interdire de confier des enfants nouveau-nés à une nourrice au biberon. Je ne me dissimule pas que cette mesure rencontrerait de grandes difficultés dans la pratique. Et cependant il serait vivement à désirer que ce point pût être réglementé, car il est absolument certain que la plupart des tout jeunes enfants qui décèdent au moment des grandes chaleurs de l'été sont ceux qui, dès leur naissance, se trouvent soumis à une alimentation artificielle que les conditions atmosphériques rendent dangereuse, même en la supposant dirigée avec tout le soin possible.

Au point de vue du sexe, la mortalité qui, en 1882, 1883 et 1884, avait frappé en nombre à peu près égal les garçons et les filles, s'est, en 1885, élevée pour le sexe masculin, tandis qu'elle s'est abaissée pour le sexe féminin. En effet, les 403 enfants décédés au cours de ladite année comprennent 230 garçons, soit 57,08 p. 100 du total mortuaire et 173 filles, soit 42,92 p. 100.

Au point de vue de l'état civil, le chiffre des décès des enfants légitimes et des enfants naturels surveillés, survenus en 1885, comparé au nombre total de ces enfants dans chaque filiation, donne les proportions suivantes : 8,13 p. 100 pour les enfants légitimes et 8,92 p. 100 pour les enfants naturels. Ces deux moyennes sont inférieures à celles de 1884 qui étaient 8,24 p. 100 et 10,58 p. 100.

Au point de vue de l'âge des enfants décédés, on a constaté pour 1885 :

Dans le 1er	mois de l'année	39	décès.	Dans le 5e	mois de l'année	39	décès.
Dans le 2e	—	41	—	Dans le 6e	—	33	—
Dans le 3e	—	35	—	Dans le 7e	—	24	—
Dans le 4e	—	40	—	Dans le 8e	—	27	—

Ces chiffres sont généralement inférieurs à ceux des années précédentes. La mortalité atteint son maximum pendant les premier, deuxième, troisième et quatrième mois ; puis elle va en suivant une marche successivement décroissante. Ce sont les maladies des organes digestifs qui frappent le plus l'enfant pendant les premiers mois de la vie pour aller ensuite en diminuant. Celles de l'appareil respiratoire progressent jusqu'au quatrième mois et redescendent ensuite ; enfin les maladies du système nerveux, stationnaires pendant les cinq premiers mois de l'année, subissent une augmentation notable vers le sixième mois, époque de la dentition et des sevrages prématurés.

La statistique des enfants décédés au point de vue de la durée de leur séjour chez leur nourrice constate pour 1885 :

117	décès	dans le 1er	mois de séjour.	31	décès	dans le 5e	mois de séjour.
56	—	dans le 2e	—	25	—	dans le 6e	—
47	—	dans le 3e	—	17	—	dans le 7e	—
42	—	dans le 4e	—				

Ces chiffres sont inférieurs à ceux des années précédentes. Il est à remarquer surtout que la moyenne du premier mois, qui est de 29 p. 100, est inférieure de 4 p. 100 à celle de 1884, laquelle était elle-même inférieure de

4 p. 100 à celle de 1883. C'est donc en deux années une amélioration de 8 p. 100 sur le nombre des enfants qui viennent à mourir pendant le premier mois de nourrice.

On sait que la loi Roussel a institué des médecins inspecteurs chargés de surveiller les enfants assistés. Il est donc intéressant de relever le nombre des visites faites par ces médecins aux enfants décédés dont le nombre s'est élevé, en 1885, à 403.

92	avaient reçu.....	1	visite.	5	avaient reçu.....	11	visites.
54	—	2	visites.	2	—	12	—
50	—	3	—	4	—	13	—
33	—	4	—	6	—	14	—
37	—	5	—	2	—	15	—
19	—	6	—	2	—	16	—
14	—	7	—	2	—	17	—
12	—	8	—	1	—	19	—
14	—	9	—	2	—	20	—
12	—	10	—	40	—	0	—

Soit 1,591 visites, c'est-à-dire environ 4 visites par enfant sans compter celles qui ont pu être faites par les visiteuses de service et par les membres des commissions locales. Mais il est à remarquer que 40 enfants sont morts avant d'avoir reçu la première visite du médecin inspecteur et 92 après n'en avoir reçu qu'une seule. C'est donc le premier tiers des enfants décédés qui, ou n'a pas été vu, ou n'a reçu qu'une visite. Cela prouve la nécessité d'un redoublement de surveillance sur les éleveuses, qui font trop tardivement leur déclaration lorsque l'enfant, confié à leurs soins, tombe malade.

Cette observation m'amène naturellement à jeter un très rapide coup d'œil sur les résultats constatés pour l'application de la loi Roussel en 1885 dans les départements où s'exerce plus particulièrement ce que l'on appelle l'élevage des petits Parisiens.

Ces départements sont : Seine-et-Oise, Eure-et-Loir, la Sarthe, le Loiret, Seine-et-Marne, l'Orne, l'Yonne, Loir-et-Cher, l'Aisne, l'Oise, le Pas-de-Calais, la Somme, la Nièvre, le Cher, la Mayenne, le Nord, l'Eure, la Marne, la Manche et l'Aube. Je les classe dans l'ordre qui répond au nombre des nourrissons que chacun d'eux reçoit, sur un total de 17,085 enfants qui ont été placés dans les uns et les autres, en 1885, d'après les déclarations des parents. Ce chiffre représente environ le quart des enfants qui naissent dans le département de la Seine, et cette proportion n'a pas varié sensiblement depuis quatre ou cinq années. Il faut observer, toutefois, qu'elle est généralement dépassée à Paris même, surtout dans les arrondissements du centre.

Les commissions locales et les médecins-inspecteurs excercent sur les nourrissons placés dans les départements ci-dessus énumérés une surveillance analogue à celle qui se pratique dans le département de la Seine. C'est tout ce que je puis en dire aujourd'hui, n'ayant que pour celui-ci les éléments d'appréciation sur le fonctionnement du service. Je suis heureux de constater qu'à Paris et dans les autres communes le service de la protection des enfants du premier âge fonctionne d'une façon satisfaisante, grâce aux bons soins des municipalités et des commissions locales qui veillent de mieux en mieux, par exemple, à ce que les nourrices se fassent délivrer les certificats et carnets dont elles doivent être munies.

©BIU Santé

En 1885, 14,120 nourrices, sevreuses et gardeuses se sont présentées à la contre-visite médicale. Sur ce nombre :

10.094 ont été reconnues bonnes pour être nourrices au sein.
3.975 ont été reconnues bonnes pour être nourrices au biberon.
51 ont été refusées pour des motifs médicaux.

Mais il faut ajouter que 449 femmes, munies de certificats de nourrices au sein, ont été, à la contre-visite, reconnues insuffisantes et admises seulement comme nourrices au biberon. Il est à remarquer, au surplus, que le nombre des infirmations de certificats médicaux, à la contre-visite, va toujours croissant chaque année. Ce nombre, en effet, a été :

En 1882.....	308	En 1884.....	459
En 1883.....	388	En 1885.....	500

Pendant ces quatre années le nombre des nourrissons sur lieu a toujours été en augmentant, tandis que le nombre des nourrissons au sein externes suit une marche décroissante, de même que le nombre des nourrices au biberon.

Mais, tout en constatant avec satisfaction ces résultats, on ne doit rien négliger pour les améliorer. Bien des progrès sont encore à réaliser, notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel.

Dans une note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie, le 30 novembre 1880, je me suis efforcé d'en démontrer brièvement les avantages essentiels et incontestables au point de vue de la santé de l'enfant et de la mère, aussi bien qu'au point de vue social. Sans revenir sur les faits et les arguments que j'ai déjà invoqués, je me bornerai à citer quelques chiffres, qui prouvent la nécessité de pousser, plus vivement que jamais, la propagande en faveur de l'allaitement maternel.

D'après les tableaux mensuels de la statistique municipale de la ville de Paris, le nombre des naissances d'enfants y a été, en 1885, de 61,400. En réalité, d'après les nombres constatés pendant les quatre années précédentes, on peut évaluer à une moyenne approximative de 60,000 le nombre des enfants qui naissent chaque année dans la capitale. Or sur ces 60,000 enfants, si l'on calcule que 17,000 environ, d'après le chiffre des déclarations faites à l'administration par les familles, sont placés en nourrice dans les divers départements autres que celui de la Seine, et que, dans ce dernier, d'après la quantité d'enfants surveillés, et d'après les évaluations approximatives des médecins, des accoucheurs et des sage-femmes, on en connaît encore 10,000 nourris au sein par les nourrices inscrites à la préfecture et 3,000 confiés à des gardeuses pour être élevés au biberon, on arrive à un total de 30,000 sur le sort desquels on est fixé. Restent donc encore 30,000 enfants pour lesquels les renseignements font absolument défaut. C'est aux 30,000 mères de ces enfants qu'il faut répéter et répéter sans cesse : « Quand aucun obstacle insurmontable ne s'y oppose, allaitez vous-mêmes vos enfants. C'est leur donner la force, la santé ; c'est leur donner une seconde fois la vie ! »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance officielle comprend une lettre dans laquelle M. le ministre de l'instruction publique demande l'avis de l'Académie sur une proposition de M. le docteur Jaurès, de Bourgue (Tarn), relative à l'obligation de la revaccination pour les enfants des écoles.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Marty et Yvon, pour la section de pharmacie.

2° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Bouchard (de Bordeaux) et Leloir (de Lille) pour le titre de correspondant national.

3° Un mémoire de M. le docteur Cazeneuve, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, en collaboration avec M. Arloing, sur les effets physiologiques de deux colorants rouges azoïques, très employés pour colorer les substances alimentaires.

M. Guéniot présente : 1° au nom de M. le docteur Verrier, un exemplaire de la cinquième édition de son *Manuel pratique de l'art des accouchements;* — 2° de la part de M. le docteur Rousse, de Fontenay-le-Comte (Vendée), un mémoire sur le *galacti-densimètre*, avec nouvel instrument.

— M. le Président annonce que MM. Sirus-Pirondi (de Marseille) et Carlet (de Grenoble), correspondants, assistent à la séance.

— M. le docteur Blache lit un travail intitulé : *Quelques observations à propos des résultats obtenus par la loi Roussel dans le département de la Seine.* (Comm. d'hygiène de l'enfance.) (Voir plus haut).

— M. Vidal, rapporteur de la commission de l'inspectorat des eaux minérales, résume les opinions des orateurs qui ont pris part au débat et déclare que la commission a décidé à l'unanimité de s'en tenir aux premières conclusions du rapport présenté par elle. L'orateur donne lecture de ces conclusions que nous avons déjà reproduites à la suite de l'analyse du travail de M. Vidal. Elles viendront en discussion dans la prochaine séance.

— M. Gréhant lit un travail ayant pour titre : *Anesthésie des animaux par l'acide carbonique; influence de ce poison sur la calorification.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Leblanc et Colin (d'Alfort).

— M. Lagneau lit un rapport sur un travail de M. le docteur de Pietra Santa relatif à l'emprisonnement cellulaire.

— M. le docteur Motet donne lecture d'un travail intitulé : *Des faux témoignages des enfants devant la justice.*

L'auteur rapporte quatre observations dans lesquelles il a pu parvenir à se rendre compte de l'état psychologique des enfants accusateurs, et des conditions dans lesquelles leurs convictions, parfois sincères, avaient pu s'établir. Il a trouvé que l'état mental de ces enfants avait une ressemblance étonnante avec celui que l'on rencontre chez certaines hystériques dont les mensonges souvent très compliqués, constitués mi-partie de faux, mi-partie de vrai, sont souvent si difficiles à déjouer.

« Lorsqu'il s'agit de l'enfant, dit l'auteur, il ne faut jamais oublier que sa jeune intelligence est toujours prête à saisir le côté merveilleux des choses, que les fictions le charment et qu'il objective puissamment ses idées, qu'il arrive avec une étonnante facilité à donner un corps aux fictions écloses dans son imagination; que son instinctive curiosité, son besoin de connaître, d'une part, et, d'autre part, l'influence qu'exerce sur lui l'entourage le disposent à accepter sans contrôle possible tout ce qui lui vient de ces sources diverses. Bientôt il ne sait plus ce qui lui appartient en propre, ce qui lui a

©BIU Santé

été suggéré, il est affranchi de tout travail d'analyse, et sa mémoire, entrant seule en jeu, lui permet de reproduire sans variante un thème qu'il a retenu. Mais c'est précisément par cette répétition monotone que l'enfant se laisse juger. Quand le médecin-expert, après plusieurs visites, retrouve les mêmes termes, les mêmes détails, lorsqu'il suffit de la mise en train pour entendre se dérouler dans leur immuable succession les faits les plus graves, il peut être sûr que l'enfant ne dit pas la vérité, et qu'il substitue, à son insu, des données acquises à la manifestation sincère d'événements auxquels il aurait pu prendre part.

« En médecine légale, dit M. Motet en terminant, si l'étude de troubles en apparence aussi complexes dont je vous ai présenté le tableau, peut arrêter quelque temps ; si de sérieuses difficultés doivent être vaincues, le médecin habitué aux recherches de ce genre trouvera dans les enseignements de la clinique, dans une observation sévère et patiente, les éléments nécessaires pour remplir dignement son mandat et apporter à la justice la lumière qu'elle lui demande. » (Applaudissements.)

— La séance est levée à quatre heures trente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1887. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : De la trachéotomie sous le chloroforme. — Rapport sur une observation d'ankylose rectiligne du coude ; ankylo-ostéotomie trochléiforme, guérison. — Kyste hydatique de la face convexe du foie traité et guéri par l'ouverture large avec excision partielle de la paroi. — Observation d'ulcère étendu de la partie inférieure de la jambe traité et guéri par la greffe d'un lambeau cutané. — Election d'une commission pour l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

A l'occasion du procès-verbal, M. Terrier fait une communication dans laquelle il s'attache à démontrer que la question de l'anesthésie dans la trachéotomie est de date ancienne ; que non seulement cette anesthésie est applicable à l'adulte, mais encore que de nombreux chirurgiens l'ont utilisée avec succès chez les enfants et dans les cas de croup, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique.

— M. Terrier lit ensuite un rapport sur une observation de M. le docteur Defontaine, médecin en chef du Creusot, intitulée : *Ankylose osseuse rectiligne du coude ; ankylo-ostéotomie trochléiforme ; guérison parfaite ; solidité de l'articulation, le bras pouvant soulever 50 kilos.*

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui, à la suite d'une fracture du coude, était guéri avec une ankylose presque rectiligne de l'avant-bras sur le bras.

Pour remédier à l'impotance fonctionnelle, M. Defontaine pensa tout d'abord à la résection sous-périostée ; mais, craignant de sacrifier une trop grande étendue des os, et de n'obtenir qu'une articulation peu solide, il se décida pour l'ostéotomie. A cet effet, il pratiqua, avec une scie à champ tourné, une section osseuse courbe, rappelant l'échancrure sigmoïde par sa forme et sa situation, l'extrémité humérale conservant la forme d'un cylindre transversal qui s'emboîtait dans la gouttière cubito-radiale. C'était l'ostéotomie de l'ankylose, mais une ostéotomie trochléiforme. De plus, pour empêcher la soudure des os séparés par la section, M. Defontaine plaça le membre dans un appareil articulé permettant les pansements et des mouvements de flexion et d'extension.

L'opération faite par M. Defontaine paraît à M. Terrier nouvelle et intéressante. Le résultat est aussi bon que possible, comme il est facile de s'en assurer sur le malade lui-même, c'est-à-dire que ce mode d'intervention peut être préféré, dans les cas de ce genre, à la résection classique, lorsqu'on veut avoir une articulation solide, point d'une importance capitale chez un homme qui travaille.

M. Championnière pense que M. Defontaine eût pu obtenir, à moins de frais, par une simple résection, un résultat meilleur. Après une bonne résection, le pansement eût été plus simple et le chirurgien aurait pu se passer d'un appareil articulé pour les mouvements de flexion et d'extension. Il faut, dans ces résections, enlever beaucoup de subs-

tance osseuse afin de se mettre à l'aise pour le rétablissement de la totalité des fonctions. C'est une erreur de croire que moins on altère la forme de l'articulation, plus on a de chances de voir les fonctions articulaires se rétablir dans leur intégrité.

M. Terrier répond que les résultats obtenus par M. Defontaine sont aussi parfaits que possible; il lui paraît bien difficile d'obtenir mieux.

M. Segond communique une observation qui lui est commune avec M. le docteur Landouzy, et qui est relative à une opération de kyste de la face convexe du foie traité par l'incision large de la poche avec résection partielle de ses parois et de la couche de tissu hépatique dont elles étaient recouvertes. Pratiquée le 28 août 1885, cette opération est la première en date parmi celles dont les résultats ont été communiqués à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, entré le 28 juillet 1885 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Trélat, pour une tumeur de la région du foie. Depuis trois semaines, il avait à plusieurs reprises « craché de petites peaux qui ressemblaient à des grains de raisin sucés (hydatides) ».

Dans la nuit du 10 au 11 août, le malade fut pris d'un violent accès de suffocation bientôt suivi d'une éruption d'urticaire sur la poitrine et d'une vomique dans laquelle il rendit une grande quantité de ces « peaux semblables à des grains de raisin sucés », suivant l'expression qui lui était familière.

Le kyste se mit bientôt à suppurer, ce qu'annonçait l'élévation de la température axillaire (entre 38,5 et 39,5), ainsi que le mauvais état général. Devant l'urgence des indications, MM. Segond et Landouzy se décidèrent à intervenir.

Le 28 août, incision de 15 à 20 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes, à deux travers de doigt au-dessous de ce rebord; division des muscles de la paroi, section du péritoine pariétal dans toute l'étendue de la plaie; la face antérieure du foie ayant une rénitence spéciale, indice du voisinage de la poche kystique, est ponctionnée et donne issue à une palette environ de sérosité louche. Cette évacuation permet de plisser la face antérieure du foie et de la fixer avec une pince à kyste. Cette pince une fois placée, deux fils d'argent sont passés aux deux extrémités de la plaie, perpendiculairement à son grand axe. Ces deux fils immobilisent le foie contre la paroi abdominale. Les bords de la plaie étant garnis avec des éponges, pour éviter toute effusion de liquide dans l'intérieur de la cavité péritonéale, la poche est incisée. On arrive dans son intérieur après avoir sectionné une couche de tissu hépatique épaisse d'un centimètre et demi; on évacue en un instant une pleine cuvette de vésicules hydatiques baignant dans un liquide séro-purulent, puis bilieux. On attire au dehors la paroi kystique et le tissu hépatique qui la recouvre et on en résèque une quantité égale à l'étendue des deux mains, de manière à faire correspondre la plaie abdominale à la partie la plus déclive du kyste. Pour terminer l'opération, on fixe solidement à la paroi abdominale les lèvres de l'incision hépatique par une couronne de sutures. Chaque fil comprend successivement dans son anse la paroi abdominale, le feuillet pariétal du péritoine et la paroi kystique. Enfin, la cavité kystique est soigneusement lavée à l'eau phéniquée faible et quatre gros drains longs de 15 centimètres sont placés dans la plaie. De la gaze iodoformée, une épaisse couche de coton hydrophile et un bandage de corps forment le pansement.

Simples d'abord, les suites de l'opération ne furent remarquables que par un abondant écoulement de bile par la plaie, pendant six semaines, amenant un amaigrissement considérable. Le 28 septembre survint un érysipèle de la plaie causé par la présence, dans le service, de malades atteints de cette affection, puis une broncho-pneumonie qui persista jusqu'au 18 octobre, après quoi la cicatrisation suivit sa marche régulière, retardée seulement par la présence, au milieu de la cicatrice, d'un trajet fistuleux de 3 centimètres de profondeur qui a fini par se fermer sous l'influence d'une cautérisation au nitrate d'argent.

En terminant, M. Segond déclare que, selon lui, le traitement des kystes hydatiques du foie doit commencer par une ponction aspiratrice; puis, quand le liquide s'est repro-

©BIU Santé

duit, il faut recourir à la laparotomie. La tumeur mise à nu, le chirurgien règle sa conduite ultérieure d'après la variété du kyste et ses conditions anatomiques.

M. Reclus pense que la résection partielle de la paroi kystique n'abrège pas sensiblement la durée de la cicatrisation et ne favorise pas la déclivité qui se fait naturellement, a paroi postérieure étant soulevée et refoulée par les anses intestinales.

— M. le docteur Poncet (de Lyon) lit une observation d'ulcère étendu de la partie inférieure de la jambe traité et guéri par la greffe d'un lambeau cutané. (Commission : M. Berger.)

— Un scrutin pour l'élection d'une commission de trois membres chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire, s'est terminé par la nomination de MM. Tillaux, Kirmisson et Segond. — A. T.

FORMULAIRE

Injection antiblennorrhagique. — E. Barré.

Acide t nnique	1 gr. 50 centigr.
Sous-acétate de plomb liquide	3 grammes
Teinture de cachou	6 —
Laudanum de Sydenham	1 gr. 50 centigr.
Hydrolat de roses	50 grammes.
Eau distillée	150 —

F. s. a. — Matin et soir, pratiquer une injection avec cette solution, et la maintenir pendant 3 minutes dans le canal de l'urèthre.

Eau de Vichy mêlée au vin ou au cidre à tous les repas ; s'abstenir de bière et d'asperges. — Eviter le décubitus sur le dos pendant la nuit. — Ne point presser sur le gland pour s'assurer si l'écoulement persiste. — S'abstenir du coït pendant le traitement, et pendant un mois après la guérison. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Legs aux hôpitaux. — Un riche Américain a légué 4,000 dollars (20,000 fr.) au *Pennsylvania Hospital*, et 3,000 dollars (15,000 fr.) au *Woman's Hospital* de Philadelphie. (*The med. Rec. of New-York*, mars 1887.)

Yorkville medical Association. — Ont été élus : Président, le docteur C.-J. Mc Guire; vice-président, le docteur J.-F. Monell; secrétaire, le docteur J. Blake White. (*The med. Rec. of New-York*, mars 1887.)

Mortalité et natalité a Londres. — Le docteur Lewis Parkes a fait connaître ce fait remarquable que, dans la période des quarante dernières années, le taux de la mortalité, à Londres, a baissé d'une manière constante. De 1846 à 1850, la mortalité était de 25.4 pour mille vivants; de 1851 à 1855, elle n'était plus que de 24.7; de 1856 à 1860, de 22.5; de 1861 à 1865, de 24.5; de 1866 à 1870, de 24.3; de 1871 à 1875, de 22.9; de 1876 à 1880, de 22.2; et de 1881 à 1885, de 20.6. Mais en revanche, depuis 1876, la natalité est tombée de 36.5 pour mille, à 32.6 en 1885. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, février 1887.) — A ce sujet, le docteur Lewis Parkes insiste sur les *mérites sanitaires* de Londres, qu'il attribue, avec raison, croyons-nous, au moins en partie, à la vaste étendue relative de l'atmosphère dans laquelle respirent les habitants de cette ville, qui ne sont point, comme dans tant d'autres grandes cités, entassés dans plusieurs appartements superposés, où les familles, surtout dans les étages inférieurs, absorbent autant de miasmes humains que d'air.

Nécrologie. — Le docteur Lewis Fisher, de New-York, vient de mourir à Jacksonville, où il était allé pour sa santé; il n'avait que 47 ans. Peu de temps après le

commencement de la guerre de sécession dans les Etats-Unis d'Amérique, il était entré dans le corps médical de l'armée, et avait servi avec distinction. Après la guerre, il s'était établi à Morristown, N. J., et s'y était fait promptement une honorable réputation; mais il a continué sa carrière professionnelle à New-York. Il passait pour un homme très capable, et avait conquis l'estime de ses clients et de ses confrères. (*The New York med. Journ.*, mars 1887.) — R.

Nominations. — En remplacement du professeur Flügge, appelé à Breslau, le docteur Wolfhügel est nommé directeur de l'Institut de chimie médicale à Gœttingen.

— Le docteur Gebhardt est nommé médecin en chef des hôpitaux de Buda-Pesth.

— Le docteur Herrnheiser remplace le docteur Ahnelt comme assistant à la chaire d'ophthalmologie de Prague.

— Les professeurs Billroth, Weichselbaum, Soyka, Kowalsky et Kemmerer sont adjoints comme experts médicaux à la commission chargée d'étudier le projet d'organisation d'un office sanitaire à Vienne.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion des dernières fêtes impériales, l'Empereur d'Allemagne a fait à son médecin, le docteur Laner, une dotation de 300,000 marks.

Le docteur Lotzbeck, de Munich, a reçu l'ordre de l'Aigle rouge (2e classe).

Le docteur Reche, de Kosel, a reçu l'ordre de l'Aigle rouge (4e classe).

Le docteur Leuthold, de Berlin, est nommé commandeur de l'ordre d'Henri-le-Lion (de Brunswick)

— Le professeur Soyka est chargé de l'installation et de la direction d'un Institut hygiénique, à Prague, où l'on s'occupe aussi de la création d'un corps d'inspecteurs sanitaires.

Russie. — Un laboratoire et une clinique réservés à l'étude de la morve sont adjoints à l'Institut vétérinaire de Dorpat.

— A la suite d'expériences de culture qui ont donné d'excellents résultats à l'égard de la production du quinquina, on a entrepris, à Tiflis de vastes plantations de cet arbre.

Nécrologie. — Docteurs Sarrazin, ancien professeur à l'académie de Strasbourg; Prigge, de Kirchen; Schutte, de Gœttingen; J. Kohn, de Vienne; Saar, de Prague; Wolfner, de Marienbad; Kaplan, d'Ober-Jeleni; Rosenberg, de Chiesch. — G. S.

COURRIER

Asile public d'aliénés de Maréville. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé par M. le ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le 3 mai 1887, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination d'un interne à l'asile.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées pour leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique de salubrité pendant l'année 1883 :

Médailles d'or. — MM. Bœgner, préfet des Vosges, président du Conseil d'hygiène du département; docteur Lagneau, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine; Martin-Barbet, pharmacien, secrétaire général de Conseil d'hygiène du département de la Gironde.

Médailles d'argent. — MM. Barnsby, pharmacien, vice-président du Conseil d'hygiène du département d'Indre-et-Loire; docteur Lallement, membre du Conseil d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle; Lande, membre du Conseil d'hygiène du département de la Gironde; docteur Martellière, membre de la commission du IIe arrondisse-

©BIU Santé

ment de Paris ; Trasbot, vétérinaire, membre de la commission d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux.

Médailles de bronze. — MM. Bévière, vétérinaire, membre du Conseil d'hygiène du département de l'Isère ; Blarez, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène du département de la Gironde ; Brûlé, pharmacien, secrétaire du Conseil d'hygiène du département de la Sarthe ; docteur Deligny, vice-président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Toul ; docteur Dévé, membre du Conseil d'hygiène du département de l'Oise ; docteur Hecht, secrétaire du Conseil d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle ; docteur Laurent, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine-Inférieure ; Mialaret, ingénieur, secrétaire du Conseil d'hygiène du département des Ardennes ; Thibaut, pharmacien membre du Conseil d'hygiène du département du Nord ; docteur Vauthier, membre du Conseil d'hygiène du département de l'Aube.

Bureaux de bienfaisance. — *Règlement du concours.* — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu le décret du 12 août 1886, portant règlement d'administration publique sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris, disposant :

1° Article 21e, que les médecins des bureaux de bienfaisance seront nommés au concours ;

2° Article 24e, qu'un arrêté ministériel statuera sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques ;

Vu les propositions du préfet de la Seine en date du 15 février 1887 ; arrête :

Article premier. — Le concours pour les emplois de médecins des bureaux de bienfaisance est réglé ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance écrite en formule.

Les malades seront choisis par les juges avant la séance et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés à subir les épreuves.

Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen des malades ; cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic et dix minutes pour la rédaction de l'ordonnance, avec formules, laquelle rédaction sera lue à la fin de la séance. Vingt-cinq points seront donnés pour cette épreuve.

Les vingt-cinq points seront divisés en :

1° Quinze points pour le diagnostic ;

2° Dix points pour l'ordonnance.

2° Une consultation écrite sur la conduite à tenir, dans un cas de pratique obstétricale (question commune à tous les candidats).

Une demi-heure sera accordée au candidat pour la rédaction de cette consultation, dont la lecture sera donnée en public.

Il sera donné quinze points pour la consultation écrite.

3° Appréciation des titres antérieurs.

Dix points seront accordés à l'appréciation des titres antérieurs.

Les épreuves seront publiques.

Il y aura un concours tous les ans, à moins de vacances exceptionnelles dans les places de médecins des bureaux de bienfaisance.

Les candidats, en s'inscrivant, indiqueront, par ordre de préférence, les arrondissements pour lesquels ils concourent.

Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance ayant au moins dix années de fonctions et tirés au sort et d'un délégué de l'Administration centrale.

Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

Art. 2. — Le Préfet de la Seine est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 25 février 1887. René Goblet.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Eugène Collin : Etudes sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses. — II. Bibliothèque : La capitale de l'Equateur au point de vue médico-chirurgical. — III. Revue des Journaux : Bacilles de la tuberculose. — Pneumonie aiguë transmise de la mère au fœtus. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

Etudes sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses (1)

Par le docteur Eugène Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré.

Diagnostic. — L'état de stase sanguine du poumon droit étant habituel chez les herpétiques, il faudra donc en tenir grand compte en observant les symptômes tirés de la percussion et de l'auscultation de cet organe.

Dans la congestion véritable, on trouvera une matité plus sérieuse. Le murmure vésiculaire habituellement affaibli sera plus faible encore et à ces signes négatifs viendront se joindre quelques râles ronflants, quelques sous-crépitants plus ou moins humides suivant l'intensité de la congestion.

L'hérédité, la constitution du malade, son aspect herpétique, son état variqueux, la toux habituellement sèche, plus rarement humide, des accès d'asthme assez fréquents, la bascule entre d'autres affections herpétiques de la peau ou des muqueuses, voilà les moyens d'un diagnostic dont on ne devra plus douter si l'on rencontre en outre la *diminution en nappe.*

Dans cette affection le diagnostic est on ne peut plus sérieux; car il est facile de se laisser induire en erreur et de prendre cette hyperémie herpétique pour une affection tuberculeuse du poumon. J'ai publié une observation très curieuse de cette erreur de diagnostic chez un malade qui allait s'affaiblissant tous les jours et chez lequel on avait diagnostiqué la présence de cavernes.

L'aspect du sujet, l'extrême susceptibilité de sa peau et par dessus tout la submatité et la diminution du bruit vésiculaire à la partie postérieure du poumon droit me permirent de diagnostiquer une simple congestion herpétique et de ne voir dans les prétendues cavernes que de gros râles muqueux, conséquence probable d'une légère dilatation bronchique.

Le traitement anti-herpétique vint en peu de temps confirmer mon diagnostic.

Traitement. — Deux indications dominent le traitement de la congestion pulmonaire herpétique :

Combattre la congestion et agir contre la diathèse.

C'est par de légers révulsifs à la peau, quelquefois par le vésicatoire, mais le plus souvent par les sudorifiques : bains, salsepareille, gayac, que l'on pourra combattre la congestion ; il faut toujours avoir à la pensée que rien n'est plus fréquent que l'alternance entre les affections de la peau et les manifestations viscérales, et, quelle que soit la médication à laquelle on s'adresse, s'attendre à un insuccès ou à des rechutes rapides si l'on ne s'occupe pas très sérieusement de combattre la diathèse elle-même.

Le soufre et l'arsenic sont les deux médicaments auxquels on devra s'adresser et, si la chose est possible, le malade sera dirigé vers une station thermale. C'est à l'aide de l'eau en boisson, de bains, d'inhalations et quel-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 9 avril 1887.

©BIU Santé

quefois de douches que l'on arrive à débarrasser le poumon, mais je ne saurais assez prescrire la plus grande prudence dans l'emploi de ces différents moyens. Que de fois une amélioration trop rapide du côté de l'utérus n'a-t-elle pas été suivie d'une réaction fâcheuse vers les organes pulmonaires!

J'ai dit au début que l'arthritisme et l'herpétisme étaient souvent unis chez le même sujet.

On peut, en effet, trouver chez le même malade les signes réunis de ces deux diathèses : froissement arthritique et diminution en nappe. Habituellement l'une de ces deux maladies générales domine l'autre, et alors ses manifestations symptomatiques persistent souvent après que celles qui caractérisèrent la plus faible ont disparu à la suite d'un traitement approprié.

Congestion pulmonaire scrofuleuse. — Existe-t-il une congestion essentiellement scrofuleuse, ou l'hyperémie est-elle simplement produite par les mêmes causes qui peuvent l'amener chez des sujets non diathésiques, et ne prend-elle un certain aspect que parce qu'elle a lieu chez un strumeux? Ce sont là des questions qu'il est assez difficile de trancher, mais ne suffit-il pas au praticien de pouvoir la reconnaître? Là souvent est la difficulté.

A propos du diagnostic de la tuberculose au début de la scrofule, voilà ce que dit M. Quinquaud dans sa thèse d'agrégation : « Le diagnostic est alors « des plus difficiles; c'était un catarrheux dès son enfance, s'il survient une « période aiguë on croit qu'il s'agit d'une poussée de bronchite ou de « *congestion pulmonaire*, on porte un pronostic favorable et le malade succombe. »

Est-il possible d'établir une différence sensible entre le lymphatisme exagéré et la scrofule? le lymphatisme ne serait-il qu'un premier pas vers cet état constitutionnel? Je ne peux pas aborder ici ces différentes hypothèses, mais je tiens à les rappeler ; car, comme cause, comme diagnostic et comme traitement de la congestion pulmonaire, il pourra m'arriver bien souvent de les confondre.

Causes. — Le tempérament lymphatique habituel des scrofuleux les rend certainement plus aptes à être influencés par les causes extérieures et les moyens souvent exagérés qu'ils prennent pour s'y soustraire peuvent devenir pour eux une cause nouvelle de maladie.

« L'acte morbide congestion et hémorrhagie, dit le docteur Senac-Lagrange, appartient à la lympho-scrofule, au lymphatisme comme à l'arthritisme, mais ici l'atonie de l'organe joue le principal rôle. » (*Annales de la Société d'hydrologie*, tome 26).

Barth dit que, « chez les scrofuleux, les muqueuses sont habituellement congestionnées », et certains médecins pensent que cette habitude de congestion est, chez eux, héréditaire. Ne pourrait-on pas objecter que, tout en admettant que le père ou la mère peuvent engendrer des enfants scrofuleux, les affections qui sont la conséquence de cette maladie générale doivent varier suivant les causes auxquelles les malades seront plus tard soumis?

Est-il possible, du reste, de soutenir que la scrofule est toujours héréditaire? Nous ne le croyons pas, et nous ne sommes pas disposé davantage à admettre que l'enfant peut devenir scrofuleux de toute pièce, c'est-à-dire sans une prédisposition qu'il tient de ses ascendants.

J'ai écrit quelque part qu'il m'était arrivé plusieurs fois de visiter des familles de paysans au moment du repas, de voir assis à la même table le père et la mère, dont la santé ne laissait rien à désirer, et de magnifiques enfants, forts et robustes. Il y avait en même temps près de l'âtre, et comme un malheureux paria, un petit être pâle et chétif, aux chairs flasques et bouffies, aux muqueuses nasales suintantes, aux yeux malades, aux cils longs et recourbés, aux ganglions cervicaux fortement développés, et cet enfant était le frère des jeunes hommes dont je venais d'admirer la santé.

Ce pauvre enfant scrofuleux ne l'était certainement pas héréditairement, mais n'avait-il pas été conçu, par exemple, pendant l'ivresse? J'ai des raisons pour croire à pareille cause. Donc, si je suis loin de voir la scrofule succédant toujours à la scrofule, je crois qu'elle est rarement acquise d'une façon complète et que, dans presque tous les cas, on pourrait trouver chez les ascendants les mieux portants, si cette recherche était possible, un état de dépression momentané, je le veux bien, mais ayant favorisé chez l'enfant l'éclosion de la maladie.

La congestion pulmonaire scrofuleuse ne peut pas être mise en doute, et de toutes celles qui paraissent chez les diathésiques, elle est peut-être la plus à redouter. Je crois, en effet, que, plus que toute autre, elle peut devenir le point de départ de la tuberculisation, cause certainement prédisposante et, dans quelques cas, déterminante de cette maladie.

Voici quelques citations que je trouve dans l'excellent travail du docteur Schlemmer sur les bronchites constitutionnelles : « La tuberculose se développe moins souvent pendant la période écrouelleuse et ganglionnaire qu'à une époque plus avancée de l'affection scrofuleuse. » (Constantin Paul, thèse d'agrégation.) — « L'influence de la scrofule comme cause prédisposante et peut-être déterminante sur la tuberculose est indiscutable. » (Damaschino, thèse d'agrég.)

L'âge exerce certainement une grande influence sur cette congestion, et tous les auteurs s'accordent à dire que si, dès les premières années, c'est le système tégumentaire qui est atteint par la scrofule, c'est à un âge plus avancé que paraissent les affections viscérales.

Cette hyperémie strumeuse se remarque, en général, chez les jeunes filles à l'époque où elles devraient normalement être réglées. Je ne crains pas, du reste, d'assurer que, d'après mes observations, et dans l'immense majorité des cas, on peut dire d'une femme atteinte d'une affection diathésique de la poitrine qu'elle a été tardivement réglée.

Diagnostic. — Dans la congestion pulmonaire scrofuleuse, on ne remarque ni cette tendance congestive si fréquente chez les arthritiques, ni l'état nerveux habituel aux herpétiques. On constate, au contraire, un état de torpeur accompagné d'une hypersécrétion des muqueuses et de dilatation des bronches, dilatation qui serait, selon le docteur Senac-Lagrange, le résultat de l'atonie des éléments qui entrent dans la constitution de la partie dilatée. Cette atonie expliquerait assez, en effet, les dégénérescences qui ont lieu chez les scrofuleux, alors que leur état général ne paraît pas répondre à l'affection locale grave dont ils sont atteints.

Dans la congestion scrofuleuse, la marche est habituellement lente, sans réaction, et cependant, il faut d'autant plus y veiller qu'elle peut être, comme je l'ai dit, le point de départ de la tuberculose.

Quels sont les symptômes qui permettent de diagnostiquer cette affection ?

©BIU Santé

En dehors de l'état général du sujet, il faut noter d'abord une toux rauque au début, une oppression assez grande, voir même de la suffocation, puis paraît une expectoration abondante, quelquefois des hémoptysies, mais plus rarement que dans l'arthritisme et l'herpétisme.

Ces accidents de longue durée paraissent sans fièvre appréciable chez les malades qui conservent, en général, leur appétit.

Ce qui caractérise encore la congestion strumeuse, c'est une grande tendance à se renouveler et à devenir chronique.

A la percussion, on trouve alternativement de la matité et de l'exagération de la sonoréité.

A l'auscultation, de la respiration rude, mélangée de ronchus qui siègent quelquefois des deux côtés de la poitrine, ou bien une diminution du bruit respiratoire dans certaines régions, et tout à côté, au contraire, des souffles mélangés à des râles qui peuvent aller jusqu'à simuler la présence de cavernes.

Ces symptômes paraissent être le résultat de la pression exercée sur les tuyaux bronchiques par les ganglions hypertrophiés.

Traitement. — S'il est une congestion qu'il faille combattre au début, c'est certainement celle que l'on rencontre chez un scrofuleux, car, comme je l'ai dit, elle tend à passer à l'état chronique et peut devenir le point de départ de productions tuberculeuses.

« Chez les enfants et les jeunes gens scrofuleux, dit le docteur Baréty, il faut veiller à empêcher le produit et le développement de toute affection pulmonaire et la combattre énergiquement. »

Ici se présentent, comme dans toutes les manifestations diathésiques, deux indications à remplir : s'adresser à la diathèse et combattre l'affection.

C'est par une hygiène bien entendue, par une nourriture substantielle, par des frictions sur la peau qu'on augmentera l'appétit et que, par suite, on fortifiera la constitution.

« Comme mesure prophylactique, dit le docteur Quinquaud, nous ferons intervenir tous les moyens qui pourraient accroître les forces respiratoires et développer le champ de l'hématose. » Il conseille d'aller respirer l'air des bois et des montagnes, et non l'air chaud des régions méridionales.

L'huile de foie de morue à doses suffisantes est un remède très efficace pendant l'hiver, et, en été, c'est surtout aux établissements thermaux qu'on devra s'adresser, et cela pendant plusieurs années consécutives. C'est aux eaux sulfureuses, aux chlorurées sodiques, aux arsenicales que les malades devront demander un traitement efficace et revenir l'hiver à l'huile de foie de morue et à l'eau minérale transportée.

La congestion sera directement combattue par les balsamiques, les révulsifs et les eaux minérales dont j'ai parlé.

C'est par les bains, les douches et l'eau en boisson que nous nous adressons à la diathèse à Saint-Honoré ; les inhalations viennent ajouter leurs puissants effets quand nous voulons combattre la congestion pulmonaire. Mais ici se présente une question sérieuse au point de vue du traitement. Une eau sulfureuse étant donnée, l'hyperémie pulmonaire doit-elle être toujours combattue par les mêmes moyens? Non, certainement. Présente-t-elle une forme irritable, il faut se défier des eaux sulfureuses fortes, et c'est à l'arsenic surtout qu'on devra s'adresser.

Les eaux de Saint-Honoré, avec leur gamme de soufre et d'arsenic, sont d'autant plus précieuses que, dans les formes irritables, nous pouvons em-

ployer l'eau des Romains, peu sulfureuse, mais arsenicale, et c'est, au contraire, à l'eau de la Crevasse, qui contient une plus grande quantité de ces deux principes, que nous devrons avoir recours dans les formes torpides.

BIBLIOTHÈQUE

La capitale de l'Equateur au point de vue médico-chirurgical, par MM. E. Gayraud et D. Domec. — Paris, 1886, C. A. Coccoz.

Les deux auteurs ont voulu exposer au public médical européen, leurs impressions comme médecins, sur l'hygiène, la pratique médicale et les institutions d'enseignement de cette petite République américaine. On ne saurait dire que ces impressions sont de nature à encourager nos confrères désireux de s'expatrier dans ce pays. On ne saurait dire non plus que tout est au mieux dans la ville de Quito. Cependant ce livre contient des renseignements climatologiques sur une contrée à laquelle son élévation de 3,000 mètres au-dessus du niveau de la mer donne une physionomie médicale toute spéciale qu'on a intérêt à connaître depuis les travaux de Jourdanet sur le climat des hautes altitudes. Or, pendant leur séjour à Quito, ces deux observateurs n'ont pu constater les phénomènes généralement attribuée à l'anoxyhémie ni au mal des montagnes.

Par contre, ils ont constaté l'heureuse influence du climat sur la phthisie pulmonaire aussi bien parmi les indigènes que parmi les étrangers. La même enquête a été poursuivie pour le rhumatisme, la goutte et les maladies les plus communes, de sorte que le livre de MM. Gayraud et Domec, contient d'utiles renseignements sur ce pays, peu connu des Européens et d'ailleurs peu accessible en raison de sa situation géographique.

C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Bacilles de la tuberculose. — Le docteur May a publié récemment quelques études originales sur les bacilles de la tuberculose. Pendant un certain temps, il a examiné, toutes les semaines, l'expectoration de cent trente-neuf tuberculeux à tous les degrés de la maladie, en prenant le soin de compter le nombre des bacilles dans les préparations, en même temps qu'il notait le poids des malades. Or, il a observé que la diminution du nombre des bacilles, quand elle avait lieu, se manifestait très longtemps après l'amélioration du poids noté; dans plusieurs cas même, le nombre des bacilles a augmenté d'abord, sans qu'il survint aucun mauvais signe ou symptôme nouveau. Dans deux cas, le nombre des bacilles diminua rapidement avant la mort; et, dans deux autres, ils disparurent complètement pendant que les malades perdaient de leur poids et se trouvaient dans de plus mauvaises conditions. Le pathologiste allemand en conclut que l'on ne peut compter avec certitude sur une perte de la puissance reproductive des bacilles dans les poumons que lorsque, pendant des mois d'observation, ils diminuent graduellement de nombre — quoiqu'une augmentation temporaire puisse se montrer de temps en temps — et qu'en même temps, le poids et les conditions générales du malade vont s'améliorant. (*The Boston med. and surg. Journ.*, 3 mars 1887.) Ces remarques semblent suggérer des études très sérieuses et très pratiques sur la question du pronostic de la phthisie pulmonaire. — R.

Pneumonie aiguë transmise de la mère au fœtus. — Une malade atteinte de pneumonie aiguë, qui occupait tout le poumon gauche, fut admise dans le service du docteur Strachan (de Kingston); elle était malade depuis quatre jours et enceinte de huit mois. Le soir même du jour de son entrée à l'hôpital, elle accoucha d'un enfant du sexe féminin, qui mourut, au bout de vingt-quatre heures à peine, avec des signes de pneumonie aiguë. L'autopsie démontra une hépatisation pneumonique de tout le poumon gauche. La mère se rétablit complètement. (*Boston med. and surg. Journ.*, mars

©BIU Santé

1887.) — La rédaction du journal américain fait la remarque que ce fait « prouve péremptoirement que la pneumonie est une maladie générale et non, comme on l'a admis pendant si longtemps et si généralement, une inflammation locale ». — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 avril 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Traitement d'une fistule vaginale par l'eau chlorurée. — Un cas d'aortite aigue primitive : discussion sur la pathogénie de l'angine de poitrine. — Catarrhe chronique tuberculeux de l'oreille. — Thrombose pulmonaire mortelle chez une chlorotique. — Du traitement des névralgies par le chlorure de méthyle.*

M. le Président communique une lettre de M. E. Besnier demandant que la question du traitement général de la syphilis soit mise à l'ordre du jour de la prochaine séance : cette proposition est adoptée.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Guyot rappelle que dans les faits dont il a parlé, il s'agissait bien d'angine de poitrine vraie ; le fait d'une guérison d'accès angineux sous l'influence du traitement hygiénique, du traitement des affections cardiaques, est loin d'être exceptionnel. Il ne faut pas oublier, en thérapeutique, les cas de guérisons spontanées d'un certain nombre de maladies. Quant à l'*iodure de sodium*, M. Guyot, tout en reconnaissant l'efficacité de ce médicament, nie qu'il mette à l'abri des accidents d'iodisme ; il a eu occasion d'observer récemment deux malades qui ont présenté des accidents très intenses d'iodisme, conjonctivite avec chémosis, etc. ; l'un d'eux ne prenait cependant que vingt-cinq centigrammes d'iodure de sodium par jour.

— M. Hervieux rapporte l'observation d'une jeune femme de 23 ans, atteinte d'une fistule vaginale, qu'il a traitée avec succès par les injections d'eau chlorurée. Cette femme d'une constitution robuste et d'une excellente santé, accouche pour la première fois en août 1884 ; on lui fait une application de forceps. Les suites de couches sont mauvaises ; il se développe un phlegmon de la fosse iliaque gauche avec ouverture dans le vagin ; des accidents de phlébite surviennent ; une fistule vaginale s'établit et résiste aux divers traitements médicaux employés.

Lorsque M. Hervieux est appelé, le 3 juin 1885, l'état général est mauvais : il existe une suppuration très abondante et très fétide ; la malade est obligée de coucher les fenêtres ouvertes ; l'odeur infecte rend l'appartement inhabitable. La malade éprouve des douleurs vives dans toute la région pelvienne, dans le membre inférieur gauche et dans la région coccygienne. Elle ne peut s'asseoir que sur une fesse. Le décubitus dorsal est très pénible, la marche est presque impossible. La malade ne dort pas ; elle n'a pas d'appétit ; son haleine est fétide.

Au toucher on constate qu'il existe dans le cul-de-sac gauche, à deux centimètres de la base du col, un orifice fistuleux, caractérisé par une petite saillie végétante.

Le palper ne permet pas de constater de tumeur appréciable, mais fait constater de la sensibilité dans toute la région iliaque.

Le traitement employé jusqu'alors avait été peu actif : il avait consisté en injections vaginales antiseptiques, en cautérisations du bourgeon charnu et en application de révulsifs sur la région hypogastrique.

M. Hervieux eut alors l'idée d'avoir recours aux injections intra-fistuleuses, à l'aide d'une sonde, avec *l'eau chlorurée* ; il s'est servi de cet agent dès 1860, pour le traitement des plaies de mauvaise nature et pour le traitement des péritonites enkystées.

Avant d'avoir recours à cette méthode, M. Hervieux appelle en consultation un chirurgien qui, en raison des douleurs coccygiennes, émet l'hypothèse d'une carie du coccyx ; un examen approfondi montre qu'il n'en est rien et que le coccyx est sain ; à la suite de cette exploration, la malade souffre davantage et elle est obligée de garder le lit.

M. Hervieux introduit, sur le doigt indicateur placé dans le vagin, l'extrémité olivaire d'une sonde, pratique d'abord une injection d'eau tiède à laquelle il ajoute progressivement 1/5, 1/4, 1/3 de liqueur de Labarraque; puis, au bout de quelque temps, il emploie cette liqueur pure.

M. Hervieux essaya en vain d'une sonde à double courant, de petit calibre et dont la courbure était calquée sur celle du trajet; il ne pouvait faire pénétrer sans violence une sonde en métal dans l'orifice fistuleux.

Malgré ces difficultés pour l'introduction de la sonde, la fétidité de la suppuration ne tarda pas à diminuer. Ce qui persista le plus longtemps, ce furent l'abondance de la suppuration et les douleurs éprouvées par la malade; l'état général s'améliora rapidement.

En septembre, les douleurs avaient disparu et, le 14 novembre 1885, toute suppuration avait cessé; à partir de ce moment, on put considérer la fistule comme complètement guérie; depuis cette époque, la malade a repris son aspect florissant et son embonpoint.

M. Hervieux insiste sur la valeur des injections chlorurées qui, dans le cas présent, ont amené la guérison d'un foyer datant de quatre ans, contre lequel les médecins avaient renoncé à toute thérapeutique active et pour lequel on avait proposé une contre-ouverture en avant.

L'*eau chlorurée* a depuis longtemps donné d'excellents résultats entre les mains de chirurgiens tels que Percy, Boyer, Nélaton, Lisfranc.

En 1859, M. Hervieux fit, de concert avec le pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants-Malades, une série d'expériences, desquelles il résulta que les hypochlorites et les chlorures alcalins étaient supérieurs aux autres agents, tels que l'acide phénique, le phénate de soude, le coaltar saponiné, etc., etc., en particulier dans le traitement des trajets fistuleux.

— M. Ed. Hirtz, en son nom et au nom de M. Widal, fait une communication sur un cas d'*aortite aiguë primitive*.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, cartonnier, entré à l'hôpital Lariboisière le 15 février 1887. Sans antécédents héréditaires importants, cet homme a été atteint autrefois du typhus et du choléra. Il s'adonne depuis plusieurs années à l'ivrognerie, et présente tous les signes de l'alcoolisme et du tabagisme.

Il y a trois mois, cet homme fut pris tout à coup de douleurs extrêmement violentes dans la poitrine, le cou, le bras, avec irradiations douloureuses sur le trajet du cubital. Cet accès, qui dura une minute, au dire du malade, ne revint qu'au bout de quinze jours; à partir de ce moment, ces accès douloureux redoublent d'intensité et de fréquence.

A son entrée à l'hôpital, on constate que les bruits du cœur sont nets et bien frappés; il n'existe aucun souffle morbide. Le pouls est régulier. — La pression ne révèle pas de douleur au niveau des phréniques, mais éveille, au contraire, une sensation pénible au niveau du creux sus-sternal.

Le 16 février, en raison des douleurs vives qu'éprouve le malade au moment des accès d'angine de poitrine qui se répètent, on lui donne 4 grammes d'iodure de sodium. Le 18 février, M. Widal assiste à un accès très caractérisé d'angine de poitrine. Le 22, le malade est pris de fortes crises et succombe subitement au milieu d'un accès.

L'autopsie est faite avec le plus grand soin : les plexus cardiaques sont sains, non enflammés; le myocarde et l'endocarde sont sains; aucune altération des valvules.

L'aorte ascendante présente un aspect chiffonné, lardacé, semblable à du cuir bouilli. Il n'existe pas de plaques athéromateuses. La crosse de l'aorte est saine.

Les coronaires, dont la dissection est faite avec la plus grande minutie, sont intactes; elles ne présentent pas la moindre lésion. L'examen histologique, fait dans le laboratoire du professeur Cornil, a fait constater les lésions de l'aortite aiguë sans aucune trace d'athérome; pas de névrite des plexus.

Cette observation est un bel exemple d'*aortite aiguë primitive sans lésion athéromateuse préalable;* ce fait est signalé comme rare dans la thèse de Léger. Elle montre que l'an-

©BIU Santé

gine de poitrine n'était pas liée à une lésion des coronaires et qu'elle n'est pas toujours justiciable du traitement par l'iodure de sodium.

M. Huchard fait remarquer que le malade dont il s'agit était un fumeur, un tabagique, et que, dans les cas d'angine de poitrine liée au tabagisme, il y a toujours à l'autopsie absence complète de lésions. La mort est due, d'après lui, au rétrécissement spasmodique des artères; ce fait n'infirme donc en rien la règle générale.

D'ailleurs, il ne peut être invoqué à l'appui de la théorie de la névrite cardiaque, puisque l'aortite était limitée au niveau de la crosse et qu'il n'y avait pas de rayonnement inflammatoire du côté du plexus cardiaque.

Les partisans des deux théories conservent donc, de part et d'autre, leurs positions : ce fait vient seulement à l'appui de la théorie spasmodique par lésion de l'aorte.

M. Hirtz se demande s'il s'agit bien d'angine de poitrine tabagique; d'après lui, il s'agirait bien plutôt d'angine de poitrine *vraie*. D'ailleurs, ce malade n'a plus fumé de tabac à partir de son entrée à l'hôpital, et il a régulièrement pris 4 grammes d'iodure de sodium, ce qui n'a pas empêché les accès d'augmenter de fréquence et d'intensité.

M. Huchard rappelle qu'il n'a jamais placé les angines de poitrine d'origine tabagique parmi les angines de poitrine fausses.

Sans doute, le malade ne fumait plus depuis son entrée à l'hôpital; mais n'était-il pas encore sous l'influence du poison qui ne cesse qu'au bout d'un certain temps?

Quant à la valeur de la médication iodurée, cette observation ne l'infirme en rien; il n'est pas de médicament qui guérisse toujours, surtout lorsque le malade en prend pendant aussi peu de temps que le malade de M. Hirtz; de ce que la médication échoue parfois, il n'en faut pas conclure qu'elle ne donne pas d'excellents résultats dans la majorité des cas.

M. Guyot pense qu'il faut rattacher ce cas d'angine de poitrine à l'aortite concomitante; les troubles liés à l'abus du tabac cessent, en effet, rapidement dès que le sujet en suspend l'usage. Le *spasme* des coronaires ne rend pas bien compte des accidents observés.

M. Guyot nie qu'au bout de huit jours, le malade soit encore sous l'influence du tabac.

M. Huchard croit que la mort est due à l'ischémie du myocarde, due au spasme réflexe des coronaires. Les expériences de Franck ont montré que toute irritation partie de l'aorte provoquait un spasme des artérioles; on comprend bien qu'une aortite simple doive déterminer un spasme réflexe des coronaires.

D'autre part, Cl. Bernard a démontré que l'empoisonnement par le tabac déterminait du spasme des artères coronaires.

Enfin, M. Huchard a observé qu'au bout de quinze jours, et même plus, les accidents tabagiques persistaient malgré l'abandon du tabac.

Dans le cas de M. Hirtz, il est bien difficile de déterminer quelle part revient à l'aortite ou au tabagisme dans l'ischémie du myocarde qui a causé la mort.

— M. Ed. Hirtz lit une note dans laquelle il insiste sur l'importance du diagnostic précoce et du traitement du catarrhe chronique tuberculeux de l'oreille : cette otite débutant vers l'âge de 5 à 7 ans peut devenir le point de départ d'accidents méningitiques tuberculeux qui n'éclateront que vers l'âge de 18 à 20 ans.

Il y a donc un grand intérêt à ne pas négliger ce catarrhe qui doit être surveillé au point de vue prophylactique et hygiénique.

— M. Rendu rapporte une observation de *thrombose pulmonaire mortelle chez une chlorotique.*

Le 7 février 1887 arrive à la consultation de l'hôpital Necker une jeune fille de 23 ans, très faible, d'une pâleur livide et présentant le masque chlorotique le plus accusé; au moment où M. Rendu se met à l'ausculter, cette jeune fille est prise de défaillance : on la couche à plat sur le dos et on la monte en brancard dans une salle.

Deux heures après, l'interne de garde se rend auprès d'elle, l'interroge; la jeune fille,

©BIU Santé

qui se trouve mieux, répond à toutes ses questions et lui raconte les accidents qu'elle a éprouvés et qui constituent l'histoire de toute chlorotique.

A cinq heures du soir, la malade est prise à nouveau d'une légère défaillance; le pouls est petit, fréquent; toutefois, la malade mange bien, elle cause avec ses voisines.

A dix heures du soir, la malade se réveille brusquement, demande du secours et meurt. A aucun moment, on n'a observé de cyanose de la face, qui, au contraire, conserve sa pâleur.

M. Rendu n'a vu la malade qu'à la consultation et il avait été frappé de l'intensité de la chlorose, de la petitesse du pouls et de la rapidité des battements du cœur.

A l'autopsie, on constate une intégrité absolue de tous les viscères, sauf au niveau du poumon gauche, qui est atélectasié, congestionné, tassé. Dans l'artère pulmonaire, il existe un volumineux caillot se ramifiant jusque dans les plus petites branches; aux extrémités, le caillot atteint à peine un demi-millimètre de calibre. L'artère pulmonaire est remplie comme si on l'avait injectée avec de la cire. Les parties peu épaisses du caillot représentent des coagulations anciennes, et à mesure qu'on remonte dans les grosses branches, le caillot diminue de consistance et d'adhérences. Pas trace de caillot cruorique; mais le caillot remonte jusque dans le ventricule droit. Pas d'artérite de l'artère pulmonaire.

M. Rendu insiste sur ce fait que les caillots les plus petits étaient les plus anciens : la thrombose a débuté par les petites extrémités artérielles. Il fait, en outre, remarquer que le poumon était sain ou ne présentait d'autre lésion que de l'atélectasie; ce fait s'explique parce que l'artère bronchique correspondante était restée perméable et que la circulation collatérale était suffisante.

Dans les cas de thrombose vulgaire, au contraire, les lésions du poumon sont variables : on y observe de l'hépatisation, des infarctus hémoptoïques, de véritables gangrènes.

Les cas de thrombose pulmonaire liée à la chlorose sont exceptionnels; M. Lancereaux nie même la possibilité de la coagulation spontanée du sang sans altération vasculaire; les coagulations dans les veines périphériques sont même rares, puisque, dans sa thèse, M. Troisier ne rapporte que deux cas de phlegmatia alba dolens liée à la chlorose. La thrombose pulmonaire est généralement liée à un cancer, à la tuberculose, à un ulcère rond de l'estomac.

M. Gaucher fait remarquer que la phlegmatia est plus fréquente qu'on ne l'a dit dans la chlorose; le docteur Bernard a pu en réunir sept à huit observations dans sa thèse de 1882; depuis cette époque, M. Gaucher a pu en observer deux autres cas.

M. Dumontpallier demande s'il y avait une cause à la coagulation du sang?

M. Rendu regrette que l'analyse du sang n'ait pas été faite; il ne conteste pas que la phlegmatia puisse s'observer dans la chlorose; la thrombose pulmonaire, qui dans le cas présent a marché comme une embolie, est en tout cas exceptionnelle dans la chlorose.

M. Ferrand a observé un fait analogue; l'examen du sang a montré qu'il s'agissait de *leucocytose*, ce qui explique pourquoi la thrombose se produit plus facilement des petits vaisseaux vers les grands.

M. Troisier fait remarquer que l'observation intéressante rapportée par M. Rendu ne doit pas être confondue avec les faits d'anémie grave pernicieuse.

— M. Debove, ayant eu l'occasion d'observer récemment quelques accidents causés par les pulvérisations de chlorure de méthyle contre les névralgies, croit utile de fournir quelques explications sur cette méthode qu'il a préconisée; elle donne toujours d'excellents résultats lorsqu'elle est appliquée suivant les règles qu'il a déjà indiquées; les accidents observés sont dus à des fautes commises par l'opérateur.

Sur 150 sciatiques qu'il a traitées par cette méthode, M. Debove n'a guère eu qu'un cas rebelle sur 10; les douleurs sont toujours diminuées en même temps que la durée de la maladie est abrégée.

Les diverses névralgies, même la faciale, le lumbago guérissent fort bien par ce traitement; dans la majorité des cas, la guérison persiste; parfois survient une rechute.

©BIU Santé

Quels sont les inconvénients de ce mode de traitement? Le chlorure de méthyle agit sur les extrémités nerveuses périphériques; en produisant une congélation de la peau, il amène, suivant l'usage qu'on en fait, un simple érythème, ou provoque de la vésication ou forme un véritable cautère. M. Debove a vu récemment un malade qui portait sur le membre inférieur d'affreuses cicatrices; le médecin, qui l'avait soigné pour une sciatique, lui avait vidé un siphon entier; de larges eschares s'étaient produites et avaient nécessité un séjour d'une dizaine de mois au lit. On a signalé également la pigmentation qui persiste au niveau des parties que la pulvérisation a touchées; M. Debove pense qu'on peut se mettre à l'abri de ces accidents en maniant le chlorure de méthyle avec prudence, en faisant la pulvérisation sur toute la région malade; ce qu'il traduit par cet aphorisme : *Agissez en surface et non en profondeur.*

Il faut faire quelques réserves lorsqu'on opère chez des diabétiques, des albuminuriques, sur des membres œdématiés ou chez les obèses qui ont la peau fine.

Quant aux névralgies faciales, le chlorure de méthyle donne d'excellents résultats; sur 18 malades, M. Debove a obtenu 16 guérisons. Chez une femme qui souffrait depuis fort longtemps de névralgie rebelle, chez laquelle on avait pratiqué deux ou trois des sections nerveuses, la guérison a été obtenue après deux mois de traitement. Généralement, la guérison survient plus rapidement, au bout de quelques séances.

Dans un cas, M. Debove a été obligé de suspendre les pulvérisations, parce qu'elles amenaient une exacerbation des douleurs; la guérison fut obtenue quelques jours après; il y a lieu de se demander si elle n'est pas liée à l'exacerbation temporaire des douleurs.

Un point très important dans le traitement des névralgies de la face, c'est que la pigmentation ne survient jamais, alors qu'elle serait surtout à craindre dans cette région. M. Debove avait d'ailleurs remarqué depuis longtemps que les petits vésicatoires appliqués par les oculistes au niveau des tempes ne laissent jamais de traces; il pense que ce défaut de pigmentation est dû à la grande vascularité de la face.

M. Dumontpallier est heureux d'apporter son témoignage à l'appui des bons résultats obtenus par M. Debove dans le traitement des névralgies; il connaît deux malades, deux femmes, soignées par cette méthode et qui lui ont dû une guérison complète; l'une d'elles souffrait depuis six à huit ans; l'autre, âgée de 82 ans, qui ne sortait pas depuis longtemps à cause de névralgies faciales atroces, put aller à la campagne au bout de huit à dix jours de traitement.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Solution antiseptique. — Remy.

Bi-iodure de mercure.....	0 gr. 05 centigr.
Alcool.....	20 grammes.
Eau distillée.....	1000 —

Faites dissoudre. On fait tiédir cette solution, et on en imbibe des compresses, que l'on applique sur l'œil, pendant 10 à 15 minutes, cinq ou six fois dans la journée, dans le cas d'iritis avec chémosis. — En outre, une ou deux fois par jour, on introduit dans l'œil une ou deux gouttes d'un collyre d'atropine renfermant 2 centigr. de sulfate d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée. — Révulsion sur les membres inférieurs et sur le dos, à l'aide de la teinture d'iode. Laxatifs à l'intérieur ou en lavement. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Entassement des médecins dans les colonies australiennes. — L'*Australasian medical Gazette* fait la remarque que l'affluence des médecins dans les colonies australiennes fait

BIU Santé

chaque année des progrès excessifs et s'élève bien au-dessus des besoins de la population; en même temps, les écoles locales multiplient outre mesure les jeunes praticiens. Cet entassement médical, ajoute le journal australien, est « l'affection caractéristique des pays en voie d'accroissement ».

MÉDECINS ISRAÉLITES. — D'après le *Mail and Express*, New-York possède neuf cents médecins israélites; c'est-à-dire le tiers des membres du Corps médical de cette ville.

FEMMES DENTISTES. — Le Comité du *National Dental Hospital* de Londres a décidé d'admettre les *étudiantes* à la pratique dudit hôpital.

SPÉCIALITÉ GÉNITO-URINAIRE. — Il vient de se former à New-York une *Association nationale des spécialistes génito-urinaires!*

EMPLOI DE LA DYNAMITE CONTRE UN MÉDECIN. — On avait été chercher un médecin pour qu'il donnât ses soins à un enfant malade. Mais le médecin était, à ce moment, hors de la ville, et pendant son absence le petit malade mourut. Le père du défunt, dans sa colère, fit sauter avec la dynamite la maison du médecin, en disant que c'était une vengeance légitime; car, si le médecin s'était tenu chez lui et se fût soigneusement occupé de sa profession, son enfant ne serait pas mort!! Ce fait s'est passé à Monson, dans le Maine (Etats-Unis d'Amérique). Le dynamiteur a été condamné à vingt années d'emprisonnement. (*The med. Rec.*, 12 mars 1887.)

NÉCROLOGIE. — Le docteur John-G. Westmorelang (d'Atlanta) vient de mourir à l'âge de 72 ans. Il occupait une position très honorable dans le Corps médical de son pays; mais son titre principal à l'estime de ses confrères était la fondation de l'*Atlanta medical College* (*États-Unis d'Amérique.*) — R.

— La Russie, qui, sur une population de 78,590,594 habitants, ne compte que 12,715 médecins, vient cependant de mettre en demeure tous les médecins de nationalité austro-hongroise résidant sur le territoire de l'empire de se faire naturaliser. Faute de cette soumission, ils seront expulsés.

Il est vrai que le ministre de l'instruction publique va présenter au Conseil de l'empire le projet d'annexer une Faculté de médecine à l'Université d'Odessa. Cette Faculté s'ouvrirait dans le courant de l'automne prochain.

LA TRICHINOSE CHEZ L'HOMME DANS LES ÉTATS DU NORD DE L'AMÉRIQUE. — Comme on nous l'annonce de Chicago, les cas de trichinose chez l'homme ne sont pas rares dans l'Illinois et dans les États voisins. A la date du 12 février 1886, la *Tribune* de Chicago faisait connaître 2 atteintes de trichinose à Ro Salle chez deux enfants, en ajoutant cette remarque que dans un très court espace de temps les bureaux d'hygiène avaient constaté la trichine chez l'homme dans 6 localités différentes. Le 8 avril 1886 une famille entière était atteinte de la maladie à Guttemberg, une petite fille mourut. Enfin le 28 juin de la même année, une autre famille de six personnes était frappée à Chicago.

A de très rares exceptions près, ce sont les porcs de souche allemande ou slave qui ont occasionné l'infection, preuve que l'usage de la viande de porc insuffisamment cuite n'est établi qu'en de rares points du territoire de l'Amérique du Nord.

C'est du moins l'avis du *Bulletin officiel* de l'office d'hygiène de Berlin à qui nous empruntons ces renseignements. — Ch. S.

— L'Association des médecins allemands a adressé aux directeurs des gymnases, ainsi qu'aux journaux, une circulaire pour les inviter à détourner les jeunes gens de la carrière médicale; cette circulaire établit que le nombre des étudiants en médecine, dans les écoles supérieures d'Allemagne, a été en 1873-74 de 3,195, en 1879-80 de 3,670, en 1885-86 de 7,781, la mortalité des médecins étant de 450 par an, en moyenne.

— L'Université d'Iéna ouvrira, le 18 juillet, les cours suivants :

Professeur Braun. — Nouvelles méthodes de traitement chirurgical.
Rossbach. — Cours de clinique, de diagnostique et de thérapeutique.
Schultze. — Gynécologie.
Kuestner. — Opérations obstétricales.
Binswanger. — Diagnostic des maladies mentales.

©BIU Santé

Kuhnt. — Diagnostic des maladies des yeux.
Kessel. — Diagnostic des maladies de l'oreille.
Unverricht. — Electro-diagnostic et maladies d'enfants.
Leubuscher. — Des nouveaux médicaments ; étude critique et démonstrations.
Muller. — Dissections.
Gartner. — Exercices pratiques d'examens bactériologiques et démonstrations.
Reichardt. — Hygiène.
Bardeleben. — Anatomie topographique.
Ksükenberg. — Chimie médicale.
Frommann. — Histologie.

Nécrologie. — Docteurs Kempner, à Berlin ; Orth, à Hanau. — G. S.

COURRIER

Par arrêté préfectoral, en date du 17 mars 1887, il est institué une commission spéciale chargée, après examen sur place, d'émettre un avis sur les mesures à prendre et les travaux à exécuter pour défendre l'hôpital de Berck-sur-Mer contre l'envahissement des eaux de la mer.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné en 1888.

Pour se conformer aux intentions de l'auteur de ce prix, qui a voulu que la question à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie appelle l'attention des concurrents, non seulement sur le traitement de l'accès éclamptique, mais principalement sur les soins à donner à la malade, aussi met-elle au concours la question suivante : *Obstétrique : du traitement des éclamptiques.*

En obstétrique, les femmes qui sont menacées d'accès éclamptiques, celles qui en sont atteintes, celles qui, dans des grossesses antérieures, en ont éprouvé et pour lesquelles, pendant une grossesse nouvelle, on redoute l'apparition des mêmes accidents, ces femmes présentent des indications diverses, et elles doivent être l'objet de soins spéciaux. Les moyens préventifs, curatifs, hygiéniques, médicaux, ainsi que les manœuvres obstétricales, ont été tour à tour conseillés suivant les cas. Il s'agit d'en apprécier la valeur, d'indiquer les circonstances dans lesquelles ils doivent être appliqués pour prévenir la maladie, en enrayer la marche et en combattre les effets.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 mars 1888, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Stanislas Limousin, pharmacien de 1re classe, président des Sociétés de thérapeutique et de médecine pratique, décédé le 7 avril 1887, dans sa 56e année.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 19 avril, à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants. (Laboratoire de tératologie, Ecole pratique, bâtiment du Musée Dupuytren.)

Peptone et phosphate de chaux constituent une préparation très rationnelle, très physiologique. Renfermant les éléments du système osseux et du muscle, le *vin de Bayard* à la peptone phosphatée fournit, sous un petit volume, un reconstituant d'une grande puissance, très indiqué dans la phthisie, l'épuisement et la cachexie sous toutes ses formes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. L'hystérectomie vaginale et les pinces à demeure en France et à l'étranger. — II. Bibliothèque : Manuel pratique de bactériologie. — III. Revue des Journaux : Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale. — IV. Thérapeutique : Note lue à l'Académie de médecine par M. Roy, pharmacien à Paris, au sujet d'une nouvelle préparation de Quinquina. — V. Hydrologie médicale : Les eaux de Chabetout (Puy-de-Dôme). — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Variétés : La station publique de désinfection de Berlin. — VIII. Formulaire. — IX. Nouvelles de l'étranger. — X. Courrier.

L'hystérectomie vaginale et les pinces à demeure en France et à l'étranger.

Depuis que j'ai vanté l'usage des pinces à demeure dans l'hystérectomie vaginale, cette opération, devenue moins dangereuse et plus simple, est entrée franchement dans la pratique. Non seulement à Paris, mais dans beaucoup de villes de province, à Lille, à Bordeaux, à Montpellier, etc., d'habiles chirurgiens l'ont faite et s'en sont bien trouvés. Et la chirurgie parisienne n'a pas le droit de se plaindre de la manière dont ses conseils ont été suivis, car partout les pinces à demeure ont été adoptées comme procédé d'élection.

Comme il fallait s'y attendre, et comme il faut le désirer, quelques-uns de nos confrères ont cherché à modifier l'instrumentation primitive. De leurs efforts sortiront, j'en suis sûr, d'utiles perfectionnements.

L'attention s'est portée naturellement sur les pinces longues destinées à embrasser d'un seul coup les ligaments larges. Celles que M. Aubry a faites pour moi ont des mors de 10 centimètres et une courbure très modérée; elles m'ont toujours suffi. Mais on en a fait bien d'autres; quelques-unes sont trop minces, trop courtes ou trop courbes; il y en a qui n'ont pas assez de « bande » et serrent moins bien à l'extrémité qu'au talon. Pour remédier à ce défaut, M. Doyen (de Reims) a présenté récemment à la Société de chirurgie un modèle dont les mors se regardent par leur concavité et s'adaptent fort bien quand on serre les branches.

La difficulté qu'on éprouve quelquefois à conduire les mors entr'ouverts dans les déchirures péritonéales, a fait imaginer des pinces dont les branches s'introduisent séparément et s'articulent ensuite à la manière d'un forceps (Doléris-Mathieu, Terrier-Collin). Plusieurs fois j'ai voulu m'en servir, mais je ne les trouve commodes que dans les cas les plus simples, alors que je n'en ai pas besoin; et je reviens toujours au modèle ordinaire, qui s'introduit avec une seule main pendant que l'autre dirige.

Enfin, comme on a peur des instruments qui font saillie hors de la vulve, on cherche des pinces dont les branches se démontent quand les mors sont en place. M. Aubry en possède un modèle fort ingénieux, et je ne refuse pas de m'en servir; cependant, j'imagine qu'on aura quelque difficulté à replacer les branches dans le vagin pour desserrer les mors, et d'autre part, comme les malades ne remuent guère les deux premiers jours, comme on les calme avec la morphine et qu'on les délivre après trente-six heures, je n'ai jamais vu la saillie des pinces au dehors entraîner le moindre inconvénient.

Toutes ces recherches nous prouvent une chose, c'est que nous n'aurons pas besoin d'attendre que le procédé nouveau nous revienne de l'étranger pour le voir estimé parmi nous à sa juste valeur. Néanmoins, comme l'appui des chirurgiens qui viendront à l'essayer hors de nos frontières ne

©BIU Santé

peut qu'ajouter à son crédit, je ne résiste pas au désir de citer le premier travail de langue allemande où il se trouve décrit et jugé (1).

Le professeur P. Müller, directeur de la Clinique obstétricale et gynécologique de Berne, a fait usage des pinces à demeure dans cinq observations. Voici une brève traduction analytique de son mémoire :

« Jusqu'ici, dit l'auteur, aucun des procédés connus d'hystérectomie vaginale, y compris celui qui m'est propre, ne m'a entièrement satisfait. Deux vices principaux m'ont frappé : la longue durée de l'opération et l'incertitude de l'hémostase. Le premier se fait sentir principalement chez les malades très affaiblies par leur cancer ; mais le plus grand ennui vient encore de la difficulté qu'on éprouve à s'assurer contre l'hémorrhagie secondaire, les ligatures des ligaments larges pouvant glisser ou comprimer imparfaitement les vaisseaux. Aussi, l'emploi des pinces à demeure proposé par M. Richelot est-il venu fort à propos. Comme ce procédé ne me paraît pas avoir été essayé dans les pays allemands, qu'on me permette d'en faire ici l'exposé critique. »

L'auteur décrit sa manière d'appliquer les pinces : il commence par décoller la vessie, ouvre ensuite le cul-de-sac de Douglas, et introduit l'index dans la déchirure postérieure du péritoine pour accrocher un des ligaments larges ; quand un seul doigt ne suffit pas, celui de l'autre main est glissé dans la déchirure antérieure, et l'application de la pince est confiée à un aide. Si le doigt n'atteint pas le bord supérieur du ligament, il le perfore un peu plus bas, et le pont qui reste est saisi plus tard. On introduit la pince en avant pour la faire glisser du haut en bas et sortir par le cul-de-sac de Douglas, manœuvre qui ne me paraît aisée qu'avec un utérus très mobile et une pince à forte courbure ; mais je ne veux pas discuter sur une simple nuance. L'auteur continue :

« Si on me demande quels sont les avantages de l'opération ainsi conduite, je dirai qu'elle est très heureusement abrégée. Le renversement de l'utérus, par lequel les ligaments sont enroulés sur eux-mêmes, n'a plus de raison d'être ; les mors de l'instrument les compriment beaucoup mieux quand ils ne sont pas tordus. On s'épargne ainsi beaucoup de peine, sans compter que la partie ulcérée n'est plus mise en contact avec le péritoine, ce qui diminue les dangers d'infection septique et de récidive. On ne perd plus son temps à lier les ligaments en masse ou par faisceaux. L'hémostase est prompte et sûre ; les pinces tiennent solidement et ne peuvent glisser. Au bout de quarante-huit heures, leur ablation ne donne plus aucune crainte, et on est mieux assuré contre les hémorrhagies secondaires, qu'après la ligature la plus soignée.

« Ce procédé a-t-il des inconvénients ? La crainte des instruments laissés à demeure était jadis légitime ; mais aujourd'hui que nous savons les rendre aseptiques, ils ne causent pas plus de dommages que les fils placés sur le moignon des ligaments larges. Ce qui me paraît plus important, c'est de retirer les pinces avant qu'aucun écoulement venu de la plaie puisse pénétrer dans le péritoine.

« J'ai utilisé les pinces hémostatiques dans cinq cas. Une fois, la mort survint le onzième jour, et l'autopsie ne permit pas de faire exactement la part d'un très léger degré de péritonite et celle d'un épuisement déjà fort

(1) P. Müller, *Ueber die Anwendung blutstillender Zangen bei der vaginalen Totalexstirpation des Uterus.* (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1887, n° 12.)

©BIU Santé

avancé. Sur les quatre cas terminés heureusement, deux offrirent de grandes difficultés : une fois l'utérus avait contracté des adhérences qui rendirent assez pénible l'isolement du ligament large gauche et m'obligèrent à placer des pinces sur les brides qui attachaient l'utérus à la cavité de Douglas; une autre fois, il s'agissait d'une femme de 47 ans qui avait depuis six ans des hémorrhagies profuses causées par des végétations intra-utérines de bonne nature, mais récidivantes. Malgré l'anémie profonde et une abondante hémorrhagie qui vint de la cavité utérine au début de l'opération, le résultat fut heureux.

« Le procédé des pinces à demeure ne réalise pas, sans doute, la perfection idéale, mais ses avantages sont tels que je n'hésite pas à l'adopter pour lui chercher de nouveaux perfectionnements. »

On voit qu'entre M. Müller et moi il existe une parfaite communauté de sentiments sur les raisons qui plaident en faveur du nouveau procédé et sur la manière de le comprendre. Aussi ai-je tenu à transcrire avec quelques détails l'opinion du distingué professeur de Berne. — L.-G. R.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL PRATIQUE DE BACTÉRIOLOGIE, par E.-M. CROOKSHANK. Traduit de l'anglais par BERGEAUD. — Paris, Carré, 1886.

Ce livre se compose de deux parties. Dans la première, l'auteur a exposé très complètement la technique bactériologique. Après avoir décrit les différents appareils nécessaires aux études microbiennes, et leur emploi, il indique comment doit se faire l'examen microscopique des bactéries dans les liquides, dans les cultures sur milieux solides et dans les tissus. L'exposé des méthodes de préparation et de coloration des coupes de tissus, qui vient ensuite, est clair et pratique. Un chapitre très détaillé et très complet traite de la préparation des milieux de culture. Les milieux solides, gélatine, peptone, agar-agar, pâtes de légumes, sérum, etc., qui ont donné à Koch de si bons résultats, sont tour à tour passés en revue; les bouillons sont étudiés ensuite, et après la préparation de ces milieux de culture, l'auteur indique leur emploi en bactériologie. La technique des inoculations et des autopsies termine cette partie du livre. On ne saurait trop louer la clarté et l'exactitude de toute la première partie; elle constitue un guide sûr pour le médecin qui débute dans l'étude de la bactériologie, et lui épargne bien souvent des tâtonnements et une perte de temps.

La description systématique des différents micro-organismes actuellement connus forme la seconde partie de l'ouvrage. Chaque espèce y est brièvement décrite, et l'histoire de celles dont l'étude exige des méthodes spéciales est suivie d'une description détaillée de ces méthodes. Mais toute cette partie du livre ne renferme guère que des descriptions morphologiques un peu écourtées. Le rôle pathogénique des agents infectieux est à peine indiqué, et le médecin y chercherait en vain des renseignements utiles sur ce point de la science. Aussi aurait-il été peut-être plus juste de donner à cet ouvrage le titre de *Traité de technique bactériologique*, au lieu de celui de *Manuel de bactériologie; Manuel* est trop modeste, et *bactériologie* est trop compréhensif.

Un grand nombre de planches fort soignées, et plusieurs figures très claires complètent les descriptions, et font de l'ouvrage un livre utile et commode. Un appendice traite de la photomicrographie, dont l'auteur se montre grand partisan. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale, par H. BIDON. (*Revue de médecine*, août et octobre 1886.) — Sous ce titre, M. H. Bidon décrit

©BIU Santé

« tout mouvement involontaire et incoordonné tenant à une lésion cérébrale, se montrant dans les membres qui sont ou seront bientôt paralysés; survenant tantôt dans le repos, tantôt seulement durant les mouvements voulus, et ne nécessitant pour se produire aucun artifice expérimental ». Cette définition élimine la trépidation épileptoïde, « phénomène banal, provoqué, contemporain ou prémonitoire de la contracture et dont les caractères diffèrent des mouvements étudiés dans ce travail ». Elle comprend, en revanche, tous les genres d'incoordination motrice consécutifs à une lésion cérébrale, hémichorée proprement dite, hémiathétose, hémiparalysie agitante, hémisclérose en plaques, hémiataxie, sur les caractères différentiels desquels on s'est, en général, appesanti, tout en perdant de vue leurs analogies.

Or, toutes ces variétés de l'incoordination motrice ont le même début; elles frappent les deux membres du côté paralysé, et de préférence le membre supérieur, qui est le seul ou le plus agité. Même s'il y a eu deux hémiplégies successives, on peut observer un hémitremblement bilatéral..... Le côté de la face correspondant aux muscles parésiés est assez souvent agité de mouvements identiques à ceux des membres. D'autre part, les divers segments des membres ne sont pas tous affectés de l'incoordination au même degré : la main et le pied présentent des troubles analogues et peuvent être les seules parties affectées (athétose); quelquefois la main seule est atteinte; exceptionnellement, la face seule est prise, ou bien la tête et le cou exécutent seuls des mouvements involontaires. Ajoutons que le groupement des segments malades peut varier à l'infini. Chez quelques patients, la localisation semble très nette et peu étendue au repos; d'ordinaire, la main seule tremble; mais dès qu'un mouvement intentionnel commence, des mouvements involontaires font leur apparition, envahissent les segments de membres les plus éloignés, soit en conservant les caractères des mouvements existant au repos, soit en revêtant une forme différente. Même, dans toute une classe de faits, les mouvements sont nuls au repos et n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements voulus. D'après Eloy, l'hémichorée symptomatique, comme toute chorée, siégerait de préférence du côté gauche. — Ainsi, l'incoordination posthémiplégique se montre soit pendant le repos seul ou durant le repos et le mouvement, soit seulement pendant les mouvements voulus. Au premier groupe appartient l'hémichorée (avec l'athétose) et l'hémiparalysie agitante; le second comprend l'hémiataxie et l'hémisclérose en plaques.

L'hémiathétose n'est en quelque sorte qu'une hémichorée mitigée; parfois, il semble que ce soit un reliquat de l'hémichorée, à laquelle, d'une façon générale, elle est reliée par de nombreuses formes de transition. Il faut encore lui rattacher « les mouvements oscillatoires, de pendule, de machine, etc., continus même pendant le repos et que le sommeil n'arrête pas; mouvements assez vaguement décrits par Ewald, par Friedrichs et quelques autres auteurs ».

La paralysie agitante qui persiste pendant le repos et l'action peut aussi, dans quelques cas, n'apparaître que lorsque l'appareil musculaire entre en jeu, et sert pour ainsi dire de transition entre les tremblements au repos et ceux qui ne surviennent qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Parmi ces derniers, l'hémisclérose en plaques se rapproche de la paralysie agitante par le peu d'étendue et le rhythme de ses oscillations, et de l'hémiataxie par son apparition dans les seuls mouvements volontaires.

D'autre part, ces différentes variétés d'incoordination semblent être en rapport avec une lésion dont la nature importe peu, mais dont le siège est le même pour toutes, et doit être sur un point quelconque du faisceau pyramidal. Physiologiquement, « l'incoordination motrice tient à la déséquilibration de l'antagonisme musculaire. L'équilibre est rompu à peu près toujours par la contracture (Brissaud) et quelquefois par la paralysie (Ricoux) ».

Le diagnostic de l'hémichorée peut être facile, quand elle est bien caractérisée, mais il présente de sérieuses difficultés « quand les renseignements font défaut, que le tremblement est bilatéral ou de forme mixte, avec des symptômes concomitants très faibles ». Pour être complet, il doit d'ailleurs comprendre le diagnostic des diverses variétés de l'hémichorée posthémiplégique, leur distinction d'avec les maladies primitives dont elles portent le nom et des autres affections nerveuses avec lesquelles elles pourraient être confondues (tremblement sénile, tremblements des états adynamiques, de la convales-

©BIU Santé

cence, des intoxications, sclérose des cordons latéraux, etc.); il devra enfin comprendre le diagnostic de la lésion, de sa nature et de son siège. C'est alors seulement qu'on pourra instituer un traitement vraiment rationnel, traitement des indications d'abord, puis traitement symptomatique (gymnastique, courants continus, aimants).

On doit se rappeler toutefois que le pronostic de l'hémichorée est des plus graves. Il s'agit, en effet, « d'une maladie que rien n'arrête, et qui persiste presque sans modifications appréciables. L'altération du faisceau pyramidal ne se réparant jamais, la thérapeutique est sans action, sauf dans les cas d'affections syphilitiques récentes, et dans quelques faits où les courants continus et les aimants amenèrent une amélioration notable. Posthémiplégique, l'hémichorée durera toute la vie; préhémiplégique, elle sera moins longue, mais plus grave, car elle devient le symptôme avant-coureur d'une attaque presque immédiatement mortelle ou d'une série d'ictus à l'un desquels le malade va tôt ou tard succomber ». — E. Deschamps.

THÉRAPEUTIQUE

NOTE lue à l'Académie de médecine par M. Roy, pharmacien à Paris, au sujet d'une nouvelle préparation de Quinquina.

Messieurs,

La note que j'ai l'honneur de lire devant vous a pour objet une préparation de quinquina.

Frappé de la pauvreté des préparations officinales de quinquina en alcaloïdes, j'ai cherché à obtenir un extrait d'une composition constante qui renfermât tous les principes toniques et fébrifuges du quinquina.

J'ai voulu éviter les défauts de fabrication qui rendent les préparations ordinairement usitées incomplètes, par conséquent insuffisantes dans leur emploi thérapeutique.

Ainsi, dans le but d'avoir un produit limpide, on enlève, dans la plupart des cas, par la filtration, une grande partie de leurs principes actifs aux vins, sirops et potions de quinquina; et, lorsque le Codex fait reprendre l'extrait alcoolique par l'eau, en vue de rendre l'extrait plus complètement soluble dans ce liquide, c'est au détriment de son activité, puisqu'on le dépouille d'une partie de ses éléments les plus précieux.

D'autre part, pour épuiser le quinquina, qui est l'élément principal des préparations officinales, le Codex n'emploie qu'un seul véhicule, l'eau ou l'alcool; or, le quinquina contient des principes dont les uns, comme l'acide cinchotannique, les matières colorantes, la gomme, sont solubles dans l'eau, et les autres, les alcaloïdes, se dissolvent beaucoup plus aisément dans l'alcool, de sorte qu'en traitant le quinquina par un seul de ces agents, on n'obtient évidemment qu'un produit incomplet.

De là l'idée d'épuiser successivement la poudre de quinquina par l'eau, puis par l'alcool, pour former de ces deux extraits réunis un produit que je désigne sous le nom d'*extrait normal de quinquina*.

Voici comment j'opère. Pour préparer l'extrait aqueux, je me conforme à la méthode générale du Codex. Pour avoir l'extrait alcoolique, je mélange la poudre de quinquina déjà traitée par l'eau avec une partie d'hydrate de chaux, de façon à en former une pâte molle que je délaye dans cinq parties d'alcool à 90 degrés, et je maintiens le tout à l'ébullition pendant une heure dans un appareil spécialement construit dans ce but.

Par ce traitement, les alcaloïdes, déplacés par la chaux de leurs combinaisons avec l'acide quinique, se dissolvent dans l'alcool bouillant.

Cet extrait alcoolique, filtré et distillé, laisse un résidu qui comprend tous les alcaloïdes du quinquina mélangés à une petite quantité de matières grasses et résineuses.

Ce second extrait réuni au premier constitue l'*extrait normal* dans lequel tous les principes du quinquina sont réduits à un petit volume.

Le perfectionnement que j'ai apporté à cette nouvelle préparation consiste surtout dans la forme médicamenteuse que j'ai adoptée, afin d'en faciliter l'emploi, et le dosage, sans courir le risque d'une modification quelconque dans la composition du produit.

©BIU Santé

Dans ce but, j'ai granulé l'extrait normal avec du sucre, de façon à constituer un poids de granules égal à celui du quinquina employé, c'est-à-dire que 10 grammes d'extrait granulé renferment tous les principes actifs de 10 grammes de quinquina, et si celui-ci contient 3 p. 100 d'alcaloïdes, 10 grammes d'extrait granulé ou une cuiller à bouche environ contiendront 30 centigrammes d'alcaloïdes.

L'*extrait normal* ainsi uni intimement au sucre est rendu, soit par son extrême division ou par un état moléculaire particulier, beaucoup plus soluble dans l'eau, ce qui facilite son emploi et assure une absorption plus certaine et complète.

Dans cette préparation, j'ai employé la chaux pour retirer les alcaloïdes, contrairement à la méthode préconisée par M. de Vrij, qui consiste à traiter la poudre de quinquina par l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique.

L'extrait acide est sans doute très actif, il possède l'amertume due aux chlorhydrates d'alcaloïdes, mais il n'a pas la saveur ni l'arôme du quinquina, c'est presque un produit chimique.

D'ailleurs, je ne pouvais songer à me servir de ce procédé pour donner à mon extrait normal la forme médicamenteuse que j'ai adoptée, car cet extrait acide, mélangé au sucre, aurait transformé ce sucre en glycose et la préparation fût devenue une masse pâteuse. Tandis que mon produit, non moins actif que l'extrait de Vrij, est d'une conservation indéfinie, possède une saveur franche de quinquina et peut être dosé exactement.

J'estime que l'extrait normal doit représenter une écorce contenant 3 p. 100 d'alcaloïdes, il est facile d'obtenir ce titrage en faisant varier la quantité de sucre avec la richesse du quinquina employé.

Cette préparation peut être administrée dans les liquides les plus variés, elle est soluble dans l'eau, le vin, la bière, le lait, etc., en donnant lieu à un trouble plus ou moins marqué, suivant le liquide employé.

Sous cette forme granulée, l'*extrait normal de quinquina* contient, sous un faible volume, toutes les qualités toniques et fébrifuges du quinquina. Son emploi est facile à régler; chaque malade peut dissoudre dans le liquide qui lui est le plus agréable la quantité d'extrait que le médecin lui a prescrite, et ce, au moment même d'en faire usage.

Ce produit, que M. Roy délivre sous le nom de Quinium Roy granulé, lui vaut chaque jour, de la part du Corps médical, un grand nombre de témoignages flatteurs. Ils sont unanimes pour constater la grande valeur thérapeutique de cette préparation, dont les effets fébrifuges et toniques sont des plus énergiques.

Nous rapportons ici une observation qui nous a paru intéressante :

M. A..., de retour de Panama, était atteint de la fièvre jaune. Les vomissements bilieux étaient fréquents et considérables; les accès se répétaient tous les jours plus violents.

Le sulfate de quinine, pour lequel le malade avait une répugnance très grande, par suite de l'abus qu'il en avait fait, ne produisait plus d'effet sensible.

L'emploi de Quinium Roy, de concert avec l'arséniate de strychnine et la caféine, ont dans peu de jours amené la guérison de M. A..., qui repartit pour Panama, emportant une provision de Quinium Roy.

Monestiés, le 27 novembre 1886. Dr Maffre.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les eaux de Chabetout (Puy-de-Dôme).

De toutes les eaux minérales qui émergent du plateau central, et dont la consommation doit être quotidienne et l'usage constant, celles qui jaillissent à Chabetout, près d'Ardes-sur-Couze, dans un pays enchanteur, sont certainement, les plus heureusement minéralisées; c'est là ce qui les a fait classer parmi les plus efficaces. Hâtons-nous de

©BIU Santé

dire qu'une eau minérale ne peut être efficace que si elle est richement, par les nombreux éléments qu'elle renferme, mais modérément minéralisée, si elle peut être absorbée tous les jours, à tous les repas et même en dehors, et agir ainsi sur l'économie en sens inverse de l'agent morbide qui a créé la maladie; car ce n'est pas en quelques jours, au moyen de quelques verres d'eau minérale, que le médecin débarrassera son malade d'une diathèse déjà ancienne, c'est par la longue continuité d'action.

Un mot sur la minéralisation de ces eaux, sur leur conservation.

Grâce à l'équilibre, conforme de tout point à la loi de Berthollet, entre les principes qui composent ces eaux, l'harmonie n'est point troublée, aucune réaction d'un élément sur les autres ne se produit et la conservation est parfaite. Tous les consommateurs ont par devers eux des faits de conservation remarquables. Mais le fait le plus curieux est celui qu'a rapporté le docteur A. Rambaud, puisqu'il établit péremptoirement une conservation de DIX ANS! Il s'agit d'un envoi fait à Rouen, par lui en 1874, revenu à Paris en 1884, et trouvé parfaitement conservé. Il y a donc là pour l'exportation, pour la villégiature, la navigation, des conditions et des garanties précieuses que l'hygiéniste doit signaler à l'attention du public.

Quant à leur minéralisation, énumérons ici quelques-uns des principes qui font la richesse de ces eaux et qui viennent en aide aux médecins qui les prescrivent journellement.

On y trouve le *fer*, médicament précieux contre l'appauvrissement du sang : anémie, chlorose; l'*arsenic*, névrosthénique par excellence; les *bicarbonates*, alcalins si efficaces dans les affections de l'estomac : gastralgies, gastrites, dyspepsies flatulentes ou non; le *chlorure de sodium*, ce globulosant du sang; le *manganèse*, la *lithine*, si précieuse aux rhumatisants, aux goutteux; l'*acide silicique*, véritable antiputride précieux dans les affections infectieuses : fièvre typhoïde, diarrhées de mauvaise nature; l'*acide phosphorique*, phosphate de chaux, combinaison heureuse qui fait adopter les eaux de Chabetout dans les maladies si répandues aujourd'hui : le nervosisme et les affections de l'axe cérébro-spinal; et tous ces principes sont tenus en dissolution parfaite par une quantité suffisante d'acide carbonique; nous disons suffisante, non exagérée, ce qui aurait d'autres inconvénients. Et l'analyse à laquelle nous faisons ces emprunts n'est point la seule qui ait été faite. Après M. HENRY et M. BARRUEL, opérant par ordre de l'Académie de médecine (1857), M. Ch. GIRARD, chef du laboratoire municipal, a repris les mêmes recherches; il a obtenu les mêmes résultats. Ceci est une preuve irrécusable de la constance dans la composition de ces eaux; car ces analyses sont faites à trente ans de distance. D'ailleurs, le débit des sources n'a point varié non plus. En 1886, M. Thabuis, chimiste principal au Laboratoire municipal, vérifia, sous la direction de M. Girard, l'analyse des dépôts abandonnés par l'eau lorsqu'elle arrive au contact de l'air. Il s'agit de la source l'Évêque (anciennement source Roux).

Cette analyse fut présentée à l'Académie des sciences par M. le professeur Berthelot (1), Voici les principes trouvés par M. Thabuis. Nous pourrions ajouter que, les sources étant très abondantes, les dépôts sont très abondants aussi; ce qui les rendrait utilisables.

Pour cent grammes

Acide carb.	1 gr.	820	Eau	21 gr.	900
Acide phosphorique	0	145	Acide arsénique	0	230
Sexqui-oxyde de fer	49	410	Silice gélatineux	11	137
Alumine	0	200	Sexqui-oxyde manganèse	0	305
Chaux	2	234	Magnésie	0	270
Alcalis, lithine	0	406	Silice, mica	2	087
Matières organiques	9	400			

Nul n'oserait nier qu'il n'y ait là une richesse minéralogique de premier ordre.

« On sait, ajoute M. Thabuis, que les eaux ferragineuses de Luxeuil, Forges, Bussang « laissent aussi déposer un abondant dépôt. Dans chacun d'eux on a constaté la pré- « sence de l'arsenic, — *mais non de l'acide phosphorique.* »

(1) Comptes rendus. Décembre 1886.

©BIU Santé

Il y a donc là pour les eaux de Chabetout un principe reconstituant précieux qui leur crée une incontestable supériorité sur les eaux analogues ou déclarées telles.

Qu'il nous soit permis d'ajouter un mot sur le phosphore, dussions-nous nous répéter un peu. A notre époque de nervosisme et de maladies de l'axe cérébro-spinal, les praticiens savent bien quel rôle vient jouer le phosphore dans la thérapeutique de ces affections, ils connaissent aussi les difficultés de ses dosages, de son administration et conviennent unanimement, qu'en pareille occurrence, les eaux de Chabetout leur rendent des services signalés. Elles sont le type des eaux de table et comme leur usage peut être indéfiniment prolongé on obtient sûrement une action médicatrice que l'on demanderait vainement à des eaux plus abondamment minéralisées. Les eaux de Chabetout sont essentiellement anti-parasitaires, anti-microbiennes; ce qui marque leur emploi dans les affections putrides, fièvre typhoïde, choléra, etc. Les colonies microbiennes ne s'y développent point.

Voici un fait qui vient à l'appui de notre affirmation: Il y a quelque temps, M. le docteur Verrier l'employait en gargarismes et en badigeonnages dans un cas de muguet, chez une enfant où toutes les médications alcalines et autres avaient complètement échoué; quelques applications d'eau de Chabetout suffirent pour triompher du cryptogamme et des désordres qu'il causait chez la jeune malade.

M. Verrier, que sa position de spécialiste favorise, a confirmé les expériences de M. Gérard sur l'action bienfaisante de l'eau de Chabetout ajoutée au lait.

Après cette addition le lait devient plus digestible, d'une conservation plus parfaite, plus facile, et, chez certains enfants qui n'avaient pu jusque-là supporter l'alimentation au biberon, on a vu les vomissements cesser et les nourrissons s'alimenter avec la plus grande facilité.

Les eaux de Chabetout ont fait leur entrée dans la consommation, non par la réclame bruyante, mais par des services quotidiens rendus à l'hygiène; ce sont là les vrais moyens pour conquérir le suffrage des juges éclairés. Par leur abondance et la variété de leurs griffons elles sont placées au premier rang et nul ne saurait, sans une profonde injustice, leur contester le titre de « *richesse nationale* » que d'autres publicistes leur ont donné depuis longtemps. — Dr B.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nous reproduisons le texte de la communication de M. Brown-Séquard sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et, en particulier, la perte de la sensibilité et la mort subite :

« I. On s'étonne souvent que des individus, désirant se tuer, puissent se couper la gorge jusqu'aux os, et même quelquefois se faire plusieurs plaies profondes, ce qui semble impliquer un courage presque surhumain, en raison de l'excessive douleur que l'on croit exister alors. J'ai partagé cette opinion jusqu'au jour où j'ai constaté qu'une incision, même légère, de la peau du cou, surtout au voisinage du larynx, peut suffire pour faire disparaître la sensibilité dans les deux tiers antérieurs du cou, et souvent dans bien plus de parties. Il n'est donc pas besoin d'un courage exceptionnel, augmenté ou soutenu par l'excitation de sentiments violents, pour se faire au cou les plaies, quelquefois énormes, que l'on peut trouver chez des individus s'étant ainsi tués ou ayant essayé de se donner la mort.

« Dans les très nombreuses expériences que j'ai faites pour étudier la production de l'analgésie (perte de la sensibilité aux causes de douleur), j'ai eu très souvent à faire une plaie longitudinale sur la ligne médiane du cou, au niveau du larynx, afin de mettre à nu cet organe et une partie de la trachée. Dans les premiers temps, je me contentais de faire la recherche de la sensibilité à la douleur dans les diverses parties du corps, d'abord avant toute lésion, et ensuite après avoir irrité la muqueuse laryngienne, et j'attribuais à cette irritation l'analgésie qui se produisait à des degrés variables au

©BIU Santé

tronc, aux membres, à la tête et au cou. Plus tard, ayant remarqué que la plaie du cou, plus que celles faites aux membres, demeurait insensible pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation, et que même, quelquefois, la peau, au voisinage d'une plaie cicatrisée dans cette région, restait insensible, j'eus l'idée d'étudier l'influence d'une incision de la peau au cou sur la sensibilité de cette portion du corps et sur celle des autres parties de l'économie animale. Je trouvai alors que la peau de la région cervicale antérieure dans toute son étendue, mais surtout à la ligne médiane et dans son voisinage, ne peut être coupée sans qu'il y ait au moins une diminution de la sensibilité aux causes de douleur et spécialement aux chocs galvaniques (appareil du Bois-Reymond), dans toute la moitié antérieure du cou. Il arrive souvent que l'analgésie soit complète ou qu'elle le devienne après quelques heures ou un jour dans cette zone de peau. Le plus souvent, cependant, on ne trouve d'analgésie complète que dans la portion qui recouvre le larynx et la trachée.

« Dans nombre de cas, j'ai constaté que l'analgésie s'étend au cou tout entier, à la mâchoire inférieure et à une partie du thorax (en avant et jusqu'aux glandes mammaires). Chez quelques animaux (des chiens et un singe), j'ai vu se montrer de l'analgésie, à bien peu près complète, presque partout, aux membres, au tronc, à la tête et aux muqueuses buccale et oculaire. Chez nombre d'autres animaux, il y a eu une diminution de sensibilité partout, mais cette altération a promptement disparu.

« Après avoir fait une incision longitudinale de la peau sur la ligne médiane, ou transversalement d'un côté à l'autre, à la région cervicale antérieure, j'ai constaté dans un grand nombre d'expériences, surtout chez des chiens et des singes, que je pouvais mettre à nu, couper, nouer ou galvaniser et même brûler les diverses parties des deux tiers antérieurs du cou, sans causer de vives douleurs et quelquefois sans paraître en causer aucune. Chez les singes, les effets de ces irritations ont été, en général, plus considérables que chez les chiens.

« Les faits si nombreux, dont j'ai été témoin durant les cinq ou six dernières années, montrent que les parties capables de produire par inhibition une analgésie générale doivent être rangées dans l'ordre suivant, quant à leur degré de puissance :

« 1° Le maximum existe là où se ramifient les filets des nerfs laryngés supérieurs (c'est-à-dire la muqueuse laryngienne);

« 2° A un moindre degré les troncs de ces nerfs, et à un degré bien inférieur le tronc des nerfs vagues au-dessus de l'émission des laryngés supérieurs;

« 3° La trachée qui, quelquefois, donne lieu à une analgésie presque complète, mais évanescente, lorsqu'on la lie;

« 4° Le minimum existe dans la peau de la région cervicale antérieure, surtout au niveau du larynx.

« Je me suis demandé si d'autres irritations de la peau du cou qu'une incision pourraient produire l'inhibition de la sensibilité soit partout, soit seulement dans la moitié antérieure du cou, et j'ai trouvé que, si ce mode d'irritation n'est pas le seul capable d'agir sur les centres nerveux de cette manière, c'est assurément celui qui a le plus de puissance.

« Les nerfs trijumeaux et les autres nerfs sensitifs crâniens ou spinaux, dans leur tronc ou leurs ramifications, ne semblent pas doués de la puissance spéciale que possèdent les nerfs vagues et les nerfs de la région cervicale.

« Si les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie sans douleur, dans les cas de croup et d'autres cas bien différents, ce n'est pas, comme ils le croient, uniquement parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie dans la plupart de ces cas : c'est sans doute aussi et surtout parce que le début même de l'incision de la peau produit par inhibition la diminution ou la perte de la sensibilité ou de ce qui en reste.

« II. La peau du cou et le larynx possèdent d'autres puissances inhibitoires bien plus dignes d'intérêt que celle dont je viens de parler. Me proposant d'en faire l'objet d'une ou de plusieurs communications spéciales, je n'en dirai que quelques mots aujourd'hui.

« Les médecins légistes savent parfaitement que l'on trouve assez souvent des individus ayant perdu la vie par une pendaison insuffisante et incapable d'avoir empêché complètement — et même quelquefois d'avoir gêné en quoi que ce soit — le passage

©BIU Santé

de l'air dans le larynx et la trachée. J'ai trouvé l'explication de ce fait, en apparence si singulier. Le larynx surtout, mais aussi la trachée et probablement la peau qui les recouvre, sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Il peut donc y avoir tout d'un coup, sous l'influence d'une irritation mécanique de ces parties, une perte complète de connaissance et une syncope cardiaque et respiratoire plus ou moins complète. Des expériences très nombreuses m'ont montré qu'il y a entre les effets de cette irritation et ceux de la piqûre du bulbe rachidien une très grande analogie. En effet, dans les deux cas, il y a : 1° perte de connaissance ; 2° diminution et même (mais assez rarement) perte soudaine ou très rapide de l'action du cœur ; 3° diminution ou perte complète des mouvements respiratoires ; 4° arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

« Lorsque j'ai réussi à tuer des chiens par suite d'un coup sur la région cervicale antérieure, j'ai trouvé que presque toujours, sinon toujours, la mort a eu lieu sans convulsions, sans agonie, dans un état syncopal complet, permettant aux tissus de conserver très longtemps leurs propriétés spéciales. Le sang passe alors rouge des artères dans les veines et présente ainsi un contraste absolu avec ce que nous montre la mort dans l'asphyxie franche où le sang est rapidement noir dans les artères.

« *Conclusions.* — Il résulte des faits exposés dans cette Note que la peau du cou possède, comme le larynx, mais à un moindre degré, la puissance d'inhiber la sensibilité, et que le larynx, la trachée et peut-être la peau qui les couvre possèdent la puissance de causer la mort, sous une irritation mécanique, de la même manière que le bulbe rachidien. »

VARIÉTÉS

LA STATION PUBLIQUE DE DÉSINFECTION DE BERLIN.

Cet établissement, qui a été découvert le 1er novembre dernier, est situé au milieu d'un terrain isolé de la ville et comprend un bâtiment divisé en deux parties : l'une pour la réception des objets contaminés, l'autre pour le départ des objets désinfectés. Trois étuves servent à la désinfection et sont toujours sous pression. Un paquet arrive-t-il, on l'introduit dans l'une d'elles ; il la traverse et sort du côté opposé après avoir subi l'influence de la chaleur. Ce qui caractérise cette organisation, c'est la séparation absolue du personnel qui apporte et reçoit les objets contaminés avec le personnel destiné à les rendre au public.

De plus, des équipes de désinfecteurs sont adjoints à cet établissement et se transportent à domicile où ils pratiquent des pulvérisations au sublimé ou à l'acide phénique dans les locaux habités, et enveloppent dans des toiles imperméables les objets à désinfecter (matelas, hardes, literie). Le coût de ses opérations, gratuites pour les indigents, s'élève à 1 franc par heure et 5 francs par mètre cube, d'après M. A. Martin, qui a subi ces opérations et en a exposé le mécanisme dans la *Gazette hebdomadaire*. Cet établissement assure la désinfection quotidienne de 120 familles. — C. L. D.

FORMULAIRE

INJECTION DÉSINFECTANTE ANTILEUCORRHÉIQUE. — Chéron.

Chlorate de potasse.....	12	grammes.
Laudanum de Sydenham.....	10	—
Eau de goudron.....	300	—

Faites dissoudre. — Deux ou trois cuillerées à bouche pour chaque litre d'eau chaude, à employer en injections, matin et soir, dans le but de faire cesser l'odeur fétide des écoulements leucorrhéiques qui accompagnent parfois certains cas d'endo-métrite, de polypes, de corps fibreux, d'ulcérations du col ou même de simple vaginite. — La durée de l'injection sera chaque fois de cinq à six minutes. — N. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Suisse. — Une loi du Conseil fédéral, en vigueur depuis le 1er janvier 1887, établit, en cas de variole, de choléra, de fièvre typhoïde et de peste, les dispositions suivantes :

Les autorités cantonales doivent procéder à l'examen de l'eau et des substances alimentaires ainsi que des habitations, et doivent assurer pour les malades des locaux d'isolement et des moyens de transport spéciaux, et pour les personnes non infectées des asiles appropriés.

La famille doit prévenir les autorités locales et le médecin doit informer en outre le Conseil sanitaire dès qu'un malade est atteint d'une de ces affections.

Le malade et les personnes qui le soignent doivent être isolés; les personnes qui ont avec lui des relations moins constantes peuvent être soumises à une surveillance médicale.

Le malade peut rester dans sa demeure si les mesures d'isolement sont effectives; si celles-ci ne paraissent pas offrir de garanties suffisantes pour la santé publique, les autorités compétentes ont le droit d'exiger le transport du malade dans un lieu d'isolement et de transférer son entourage encore indemne dans un autre local approprié. (*Revue méd. Suisse rom.*, 1, 1887.)

Vienne. — Le 6e congrès international d'hygiène et de démographie, qui siégera dans la nouvelle Université, comprendra deux séances publiques où MM. Wirchow, Pettenkofer, Brouardel et Conradi prendront la parole. MM. Pasteur et Koch ont décliné leurs invitations. Il y aura une petite exposition d'hygiène et des excursions dirigées à ce point de vue dans la cité. Parmi les 22 sujets qui sont à l'ordre du jour, le *Deutsch. med. Zeit* (1887, n° 27) relève les questions suivantes :

De l'eau, au point de vue hygiénique. — Mesures internationales contre les falsifications des produits alimentaires. — Lutte contre l'alcoolisme. — Mesures à prendre à l'égard des remèdes secrets. — Progrès de l'éclairage à l'électricité et au gaz. — Surveillance médicale des Écoles. — Législation protectrice du travail et hygiène des fabriques. — Règlementation internationale au point de vue des épidémies.

— A Vienne les sages-femmes viennent de fonder, sous les auspices du docteur Braun, une Association destinée à assurer leur instruction, à sauvegarder leurs intérêts professionnels et à instituer des ressources pour les cas d'infirmité ou de sénilité ; elles auront aussi un journal, analogue à ceux qui existent déjà dans divers pays. — G. S.

COURRIER

Par arrêtés ministériels, en date des 26 mars et 7 avril 1887, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner aux médecins, dont les noms suivent, les récompenses ci-après désignées :

Médailles d'argent. — M. le docteur Jenevin, médecin de première classe de la marine, détaché à Kerhuon-le-Rebecq (commune de Guipavas), en 1885-1886 ; y a rendu les plus grands services à la population par son dévouement et sa fermeté.

M. le docteur Monteils, à Alais : a fait preuve d'un dévouement exceptionnel au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi dans cette ville en 1884-1885.

M. Marie (de Voiron), avocat à la Cour d'appel et prosecteur à l'École de médecine de Grenoble : s'est distingué par un dévouement tout exceptionnel, comme interne à l'hôpital mixte de Grenoble, lors d'épidémies de scarlatine et de diphthérie qui y ont sévi en 1885-1886 ; a été atteint lui-même à deux reprises par ces maladies.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er avril 1887, les registres d'inscription seront ouverts aux secrétariats des Facultés et Écoles d'enseignement supérieur, du 5 avril au 15 mai 1887.

Les demandes en vue des dispenses des droits d'inscription pour le troisième et le

©BIU Santé

quatrième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 devront être adressées aux doyens ou directeurs avant le 1er mai 1887.

Faculté de médecine de Paris — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le mercredi 20 avril. Il sera clos, le samedi 14 mai, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Les inscriptions de première année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 avril ;

2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat et de deuxième année d'officiat, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 avril ;

3° Les inscriptions de troisième année de doctorat et de troisième année d'officiat, les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 et samedi 7 mai ;

4° Les inscriptions de quatrième année de doctorat et de quatrième année d'officiat, les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13 et samedi 14 mai.

MM. les étudiants de quatrième année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les élèves internes et externes des hôpitaux doivent joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 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 qui négligeraient de les remplir.

Concours. — Un concours public pour la nomination à une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le jeudi 2 juin 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 25 avril 1887, et sera clos définitivement le samedi 14 mai, à trois heures.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera ses leçons cliniques sur les *maladies cutanées et syphilitiques*, le jeudi 21 avril, à quatre heures, dans la salle de conférences, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Dyspepsies. — Anorexie. — Traitement physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Champagne Besserat et Henri Cliquot, rue Saint-Lazare, 103.

PROPRIÉTÉ A VENDRE à Bois-Colombes, près Paris, pouvant convenir à une nombreuse famille ; prix : 35,000 fr. — S'adresser aux Bureaux du Journal.

Les **Produits galactogènes Jolivet**, qui augmentent la quantité et la qualité du lait des nourrices, viennent d'être médaillés. — Sur demande : Jolivet, 114, faub. Saint-Honoré, Paris. Envoi gracieux d'un sel galactogène.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. G. de Closmadeuc : Un coup de poing malheureux. — II. Lettres d'Allemagne. — III. Bibliothèque : Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société de médecine. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier.

Un coup de poing malheureux

Procès criminel devant le siège de l'ancienne amirauté de Vannes, en 1724.

Par M. le docteur G. de Closmadeuc (1)

Le 3 mai de l'année 1724, le navire l'*Atalante* de la Compagnie des Indes, de Lorient, de 550 tonneaux, trente canons, et équipé de cent hommes, sous le commandement du capitaine Thomas Lassalle, revenait d'un voyage de Pondichéry, lorsqu'en pleine mer il fut assailli par un gros temps.

Quelques officiers, y compris l'aumônier, étaient rassemblés dans la grande chambre et causaient entre eux en fumant leur pipe. Il était environ neuf heures du soir.

Le lieutenant Grangent observait que, cette année, la mer avait été plus forte, dans le canal de Baham, que celle qu'ils avaient subie, dans le même détroit, à un voyage précédent. — L'écrivain de marine Foubert soutenait le contraire. La discussion s'échauffant, des mots échangés ils passèrent aux voies de fait. A un moment, le lieutenant, impatienté, lança un coup de poing dans la figure de son contradicteur. Ils se prirent dès lors au collet, et il s'ensuivit une bousculade favorisée par le roulis du navire. Des officiers accoururent et séparèrent les combattants.

Le commandant, qui était couché, avait entendu le tapage. Pour le faire cesser, il envoie le lieutenant de quart de Gouvello et l'enseigne de Longueville ; puis il descend lui-même pour s'assurer que tout est fini. L'écrivain Foubert, appuyé sur la table, la tête dans les deux mains, se plaint au commandant d'avoir été blessé par Grangent. Celui-ci est immédiatement mis aux arrêts dans la Sainte-Barbe. Foubert est conduit à l'infirmerie. Il a une petite plaie à la paupière inférieure du côté droit, qui semble insignifiante. — *Cinq jours après, il était mort.*

Cette mort inattendue causa dans l'équipage un émoi facile à comprendre.

Avant de procéder aux funérailles et de jeter le corps à la mer avec un boulet au pied, le commandant Lassalle ordonne au chirurgien du bord de pratiquer l'autopsie « *pour*, dit-il, *savoir les causes de la mort.* — On lui adjoint deux chirurgiens embarqués comme passagers.

L'autopsie fut faite, et le procès-verbal signé des trois chirurgiens, en date du 24 mai 1734.

Dans cette pièce, dont je donnerai le texte en entier plus loin, les opérateurs signalent l'existence, au niveau de la paupière inférieure droite, d'une petite plaie contuse se dirigeant, en profondeur, vers le fond de l'orbite, sous le globe de l'œil.

Puis ils font l'examen et l'ouverture du crâne (ce qu'ils appellent le *ventre supérieur*). Les téguments et la boîte osseuse sont trouvés sains.

Mais quand le cerveau est mis à nu et enlevé, ils constatent (entre la dure-mère et la pie-mère), à la base du cerveau, un énorme abcès et tous

(1) Extrait du *Bull. de la Soc. philomatique du Morbihan*, Tome XLIII, — Troisième série.

©BIU Santé

les signes d'une inflammation aiguë méningo-céphalique. — De plus, ils découvrent, dans l'épaisseur même de la substance cérébrale, correspondant à la fente orbitaire, *un bout de tuyau de pipe de longueur d'environ deux pouces.*

Tout s'explique. Pendant la rixe, l'agresseur avait la pipe à la main. Le coup de poing avait malencontreusement porté le pied de la pipe dans la direction de l'œil ; le corps vulnérant avait pénétré à travers l'orbite, par la fente sphéno-maxillaire, jusqu'au cerveau dans l'épaisseur duquel il s'était logé. Des accidents consécutifs formidables avaient rendu la blessure nécessairement mortelle.

Voici, du reste, le procès-verbal d'autopsie dans sa teneur authentique et avec son orthographe, copié sur la pièce originale qui est au dossier (liasse 1724, archives de l'amirauté de Vannes).

8 May 1724.

Nous soussignés, Anthoine-François Chaillat, de Saint-Martin, maistre chirurgien sur les vaisseaux de S. M. du département de Brest, et chirurgien major sur le vaisseau de la compagnie royalle des Indes, l'*Atalante*, commandé par M. de Lassalle, et Estienne Lefebure, maistre chirurgien sur les vaisseaux de ladite compagnie, cy devant embarqué en cette qualité sur le vaisseau le Raby, et Charles Guilet, maistre chirurgien sur les vaisseaux de ladite compagnie, cy devant embarqué en cette qualité sur le vaisseau la *Duchesse de Noailles*, passager, ainsy que Lefebure, sur les vaisseaux de l'*Atalante*.

Certifions que par l'ordre verbal de M. de Lassalle, capitaine dudit vaisseau, avoir fait l'ouverture du corps de feu M. Foubert, escrivain du dit vaisseau, pour scavoir les causes de sa mort. — Y procédant premièrement par les parties extérieures, nous avons remarqué une playe, de figure ronde, scituée à la paupière inférieure de l'œil droit, pénétrante fort avant dans l'orbite, sous le globe de l'œil, laquelle nous a paru estre faitte par quelque instrument pesant et contondant, avec une inflammation aux paupières tant supérieure qu'inférieure et aussy à la conjonctive ; nous avons ensuytte fait ouverture du *ventre supérieur*, et après le crâne levé que nous avons trouvé sain et dans son état naturel, nous avons apperçu une inflammation à la dure maire avec un abcès considérable entre la pie maire et la dure maire, et, à la baze du crâne, nous avons trouvé *un bout de pipe de plâtre* de la longueur d'environ deux poulces, lequel avait entré par la dite playe et aussi pénétré dans la substance du cerveau par la fente orbitaire et y avait fait fracture, ce qui luy a causé la fièvre et la mort ensuytte ; — et ayant fait ouverture des ventres moyen et inférieur, nous avons trouvé l'épiploon altéré, ce qui a esté causé par la fièvre, toutes les autres parties dans leur état naturel, — ce que nous certifions estre véritable.

Fait à bord du vaisseau l'*Atalante*, ce 8 may 1724.

Approuvé cette page la rature d'un mot.

Ch. Guillot, Lefebure, Chaillat-Saint-Martin.

L'observation, qui précède, de plaie pénétrante du crâne par l'orbite, très remarquable au point de vue chirurgical, est certainement la plus ancienne en date qui existe parmi celles du même genre, puisqu'elle remonte au commencement du dix-huitième siècle. Elle mérite de figurer dans la science, d'autant plus qu'elle emprunte aux circonstances mêmes et à la nature du corps vulnérant un véritable intérêt de curiosité.

Je ne connais qu'un fait analogue dans les annales de la chirurgie, celui qui est cité dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (art. orbite, page 689, vol. 24). Il s'agit d'une jeune fille, blessée par un tuyau de pipe lancé par un canon d'enfant. Le corps étranger avait perforé la voûte orbitaire et pénétré dans le lobe antérieur du cerveau. On le reconnut à l'autopsie. La mort avait été instantanée.

©BIU Santé

Ici, dans le cas de l'écrivain de marine Foubert, la mort, qui n'est arrivée qu'au bout de cinq jours, a été la conséquence de complications inflammatoires, provoquées et aggravées par la présence d'un corps étranger au fond de la plaie, c'est-à-dire dans l'épaisseur du cerveau.

Le corps étranger, dans la circonstance, était doublement nuisible. N'était-ce pas un tuyau de pipe, dans lequel on venait de fumer et qui était imprégné de jus de tabac ? Les documents ne nous disent pas quels furent les symptômes observés. Un seul témoin rapporte que le blessé resta dans l'assoupissement jusqu'à sa mort. Nous connaissons cet état comateux qui est habituellement le signe de la compression cérébrale.

Si le chirurgien de l'*Atalante*, qui a pansé le blessé, avait, immédiatement après l'accident, sondé la petite plaie extérieure, il se serait assuré qu'elle pénétrait profondément dans l'orbite, et, dès lors, qu'un coup de poing seul n'expliquait pas sa production. Un des témoins (l'abbé Rabia qui en a déposé) aurait pu lui apprendre que les débris d'une pipe étaient à terre, après la lutte. Partant de là, le chirurgien aurait exploré attentivement les profondeurs de la blessure, à l'aide d'un stylet. S'il avait pu atteindre le corps étranger, il aurait pu réussir à l'extraire par des moyens appropriés.

Je dis : Il aurait pu, car je ne me dissimule pas les difficultés d'un pareil diagnostic et les périls d'une opération de cette nature, tout indiquée qu'elle soit.

Une fois opéré, le blessé pouvait guérir, car une blessure de ce genre, même quand le cerveau est lésé, n'est pas nécessairement mortelle.

Le docteur H. R. Warthon, de Philadelphie, qui a analysé 316 cas de corps étrangers s'étant logés dans le cerveau, remarque que 160 cas furent suivis de guérison. Le corps vulnérant a été extrait dans 106 cas, dont 72 ont guéri. (*Philadelph. medic. times* 1879.)

Lettres d'Allemagne

Berlin, le 12 avril 1887.

Ce soir à huit heures, vient d'avoir lieu, dans les salons de l'hôtel du Nord, la réception des membres et invités du congrès de chirurgie.

Nous notons déjà un nombre important de sommités chirurgicales et en premier le président, de Volkmann (Halle), un autre membre du bureau, le professeur Küster (de Berlin), puis le geheimrath de Bergmann (Berlin), Kocher (Berne), Gurlt, Bardeleben (Berlin), Esmarch (Kiel), Adelmann, Wölfler (ancien assistant de Billroth, actuellement professeur à Graz), le generalarzt Roth (Dreste), Richter (Breslau, connu par ses travaux de chirurgie militaire), Lauerstein (Hambourg, chirurgien d'environ sept pieds et peut-être plus), etc., etc.

Enfin M. le docteur Le Dentu (de Paris), très entouré toute la soirée. Espérons que la bonne réception qui lui est faite encouragera les chirurgiens français à venir plus nombreux l'année prochaine assister au congrès.

On nous remet le programme de demain, très chargé comme l'on verra.

Seizième congrès de la Société allemande de chirurgie à Berlin.

Première séance le mercredi 13 avril à douze heures et demie à l'Aula de l'Université.

1° Ouverture du congrès par le président ;
2° Nomination du bureau ;
3° Vote du budget pour l'année courante ;
4° Nomination d'une commission pour la revision des comptes ;

©BIU Santé

5° M. Kraske (Fribourg en Brisgau) : Respiration artificielle et contraction artificielle du cœur ;

6° M. Rosenbach (Gœttingue) : L'érysipèle et son étiologie ;

7° M. J. Wolff (Berlin) : Hémostase pendant l'opération par une compression méthodique du champ opératoire, pendant les pauses de l'opération ;

8° M. Madelung (Rostock) : Etranglement interne de l'intestin, péritonite et perforation intestinale, au point de vue opératoire ;

9° M. Rydygier (Culm) : Contribution au traitement opératoire de l'étranglement interne.

10° M. Fedor Krause (Halle) : Dégénération ascendante et descendante des nerfs.

11° M. Helferich (Greifswald) : Excitation artificielle de la néoformation osseuse.

12° M. Albrecht (Hambourg) : *a*) Etude anatomique de la scoliose.

b) Maladies chirurgicales que l'homme s'est attirées en prenant une position droite.

c) Représentation morphologique des maladies chirurgicales du visage.

13° M. Kœlliker (Leipzig) : Deux cas de hernie cystique.

14° Professeur docteur J. Kovacs (Budapest) : Communication sur l'opération de la pierre.

15° M. Rosenbach (Gœttingue) : Ouverture d'un abcès cérébral chez un malade à l'agonie, cessation immédiate des symptômes et guérison.

16° M. Genzmer (Halle) : *a*) De l'inflammation : 1° Différentes causes et formes d'inflammation. 2° Manière d'être de l'inflammation.

b) Antisepsie et antiphlogose.

c) Ignipuncture.

Arrivera-t-on à terminer ce programme demain? Je ne le pense pas, d'autant plus qu'il y aura probablement des changements importants dans le bureau.

La première séance de démonstration, jeudi matin, a un programme encore plus chargé, qui ne comprend pas moins de 29 articles dont je fais grâce au lecteur ; je relaterai d'ailleurs ultérieurement ce que j'aurai trouvé d'intéressant en fait de démonstrations, d'instruments, préparations anatomo-pathologiques, etc.

Dr Edmond Lardy.

BIBLIOTHÈQUE

Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire, par le docteur B. Marfan, ancien interne, lauréat des hôpitaux. — G. Steinheil, éditeur, 1887.

L'important mémoire par lequel notre distingué collègue a couronné ses études s'ouvre par une introduction intitulée : « Histoire et critique ». M. Marfan passe en revue tous les travaux importants qu'ont suscités les troubles gastriques de la phthisie. Parmi les nombreux auteurs qu'il cite, les uns comme Louis, par exemple, ont consacré leurs efforts à décrire simplement, soit les troubles fonctionnels de l'estomac qu'ils observaient cliniquement chez les phthisiques, soit les lésions anatomiques de cet organe rencontrées à l'autopsie ; d'autres, comme Bourdon, ont cherché à tirer parti des premiers pour faire un diagnostic plus précoce de l'affection pulmonaire ; d'autres, comme G. de Mussy, Peter, se sont plus spécialement inquités d'élucider le mécanisme en vertu duquel les lésions du poumon retentissent sur l'estomac ; d'autres, enfin, ont pensé que les troubles gastriques présentés par les phthisiques pouvaient bien n'être pas toujours la conséquence de la maladie du poumon, mais au contraire en être une cause prédisposante.

Après un chapitre où se trouve un consciencieux résumé de l'état actuel de nos connaissances sur la constitution de l'estomac et sur les phénomènes mécaniques et chimiques de la digestion, M. Marfan indique deux divisions très nettes dans le sujet qu'il traite : d'une part le *syndrome gastrique initial*, c'est-à-dire la réunion des symptômes gastriques qu'on observe souvent au début de la phthisie ; d'autre part, la *gastrite terminale des phthisiques*.

©BIU Santé

Le syndrome gastrique initial apparaît en règle générale en même temps que les premiers phénomènes annonçant la tuberculose pulmonaire (toux, hémoptysie). Il les précède quelquefois, méritant alors le nom de syndrome prodromique. Mais M. Marfan croit que les cas où l'antériorité des troubles gastriques est manifeste sont très rares, et que, si Louis, Andral et Bourdon n'ont pas eu tort d'insister sur ces faits, il n'en faut pas exagérer la portée.

Les éléments symptomatiques du syndrome gastrique initial sont les troubles de l'appétit, qui peut être capricieux, diminué ou perverti, les sensations douloureuses qui suivent l'ingestion des aliments, les éructations, les régurgitations acides et le pyrosis, la toux gastrique, les vomissements, l'état de la langue, la constipation, le rapport de ces phénomènes avec la fièvre, enfin l'inertie gastrique avec ou sans dilatation. Parmi ces troubles fonctionnels, trois surtout méritent attention : la toux gastrique, les vomissements et l'inertie gastrique.

Pour M. Marfan, la toux gastrique n'est pas une toux qui survient dans les affections stomacales en dehors de toute lésion des voies respiratoires, comme l'a définie Trousseau, mais, au sens qu'avaient admis Willis, Pujol, Landré-Beauvais, celle qui survient après l'ingestion des aliments, et qui semble causée par le contact des aliments avec la muqueuse stomacale.

Les vomissements du début de la phthisie se produisent de préférence après le repas du soir, d'une façon irrégulière, à quelques jours d'intervalle, quelquefois et en règle générale après des quintes de toux qui sont elles-mêmes consécutives à l'ingestion des aliments.

L'inertie et la dilatation de l'estomac, la première moins souvent que la seconde, ont toujours été constatées par M. Marfan au début de leur affection chez les phthisiques qui présentaient le syndrome gastrique initial.

L'évolution du syndrome gastrique initial obéirait à la loi suivante; dans la majorité des cas, il s'atténue et disparaît de lui-même à mesure que la lésion pulmonaire suit son cours.

Au point de vue de la physiologie pathologique, le syndrome gastrique est sous la dépendance des éléments suivants : l'inertie stomacale avec ou sans dilatation, une légère insuffisance de sécrétion du suc gastrique et accessoirement l'irritabilité anormale du nerf vague. Le séjour trop prolongé des aliments dans un estomac où le suc gastrique est insuffisant engendre en effet les fermentations anormales, et par suite la distension douloureuse, les éructations, les régurgitations acides. L'irritabilité morbide du vague traduit la souffrance de ses filets pulmonaires par la toux et de ses filets gastriques par le vomissement.

Le syndrome gastrique initial n'est pas, dit l'auteur, explicable par la fièvre; il ne tient pas uniquement non plus à l'irritation du pneumogastrique, qui n'expliquerait encore que les vomissements, quand même on trouverait constamment le nerf comprimé ou irrité par des ganglions hypertrophiés, ce qui est excessivement rare.

M. Marfan repousse aussi l'opinion d'après laquelle la dyspepsie, par l'inanition qu'elle entraîne, favorise le développement de la tuberculose. Il a bien constaté, nous l'avons dit plus haut, la dilatation de l'estomac chez *tous* ses phthisiques, allant en cela plus loin que M. Bouchard qui ne l'a rencontrée que dans les deux tiers des cas, et cependant il lui refuse, précisément à cause de cette fréquence, toute influence pathogénique. Singulier raisonnement !

On peut répondre à M. Marfan que les phthisiques de l'hôpital sont un très mauvais terrain d'observation pour trancher la question des rapports pathogéniques entre la dilatation de l'estomac et la tuberculose. Les malades n'ont été soumis à l'observation de M. Marfan que quand ils étaient tuberculeux; seule la clientèle de la ville, qui permet de suivre longtemps les malades, peut donner la solution du problème. M. Bouchard qui, depuis plusieurs années, a recherché systématiquement la dilatation de l'estomac chez tous les malades, nous dit qu'elle existe chez les deux tiers des tuberculeux, et que, si on l'a recherchée assez tôt, on peut se convaincre que les signes physiques de la dilatation ont précédé de longtemps les premiers troubles révélateurs de la tuberculose.

©BIU Santé

M. Marfan en arrive à conclure que le syndrome gastrique initial est uniquement sous la dépendance de l'anémie qui caractérise le début de la tuberculose. C'est l'insuffisante oxygénation des tissus par un sang déglobulisé qui fait languir la fonction sécrétoire des glandes à pepsine et la production du suc gastrique; c'est elle aussi qui provoque l'inertie stomacale comme elle amoindrit l'énergie de tous les muscles lisses, sans compter qu'elle amène encore l'irritabilité anormale de pneumogastrique.

Quand le syndrome gastrique s'accompagne de vomissements, il y a lieu d'en faire le diagnostic différentiel avec la péritonite ou la méningite tuberculeuses, la phthisie pharyngo-laryngée, la compression des vagues par des ganglions tuberculeux du médiastin.

Dans les cas où les signes stéthoscopiques sont douteux, la constatation du syndrome gastrique a une réelle valeur pour le diagnostic précoce de la phthisie, et M. Marfan, se souvenant des aphorismes cliniques de Lasègue, émet les propositions suivantes : « Chez un individu au teint terreux, des troubles de la digestion accompagnés d'un amaigrissement rapide, doivent toujours faire soupçonner la tuberculose. — Un individu qui tousse après avoir mangé, qui vomit après avoir toussé, est presque à coup sûr un phthisique. » Le syndrome gastrique initial est très fâcheux dans la tuberculose, il active la déchéance et requiert une thérapeutique attentive.

La seconde partie de la thèse de M. Marfan est consacrée à l'étude de la gastrite terminale des phthisiques; celle-ci survient à la période du ramollissement et de la formation des cavernes; les symptômes habituels sont une anorexie absolue, des vomissements alimentaires ou glaireux, pituiteux ou bilieux, survenant ou non à la suite de la toux gastrique, douleur à la pression de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, dilatation de l'estomac. M. Marfan a étudié avec grand soin macroscopiquement et histologiquement les lésions de la gastrite des phthisiques. Elles ne sont point spécifiques, tuberculeuses, bacillaires. Deux opinions ont été émises au sujet de leur pathogénie : ou bien il s'agit d'une gastrite infectieuse, comme on en observe dans les maladies générales à tendance suppurative; ou bien c'est une gastrite par ingesta irritants, et les crachats venus des cavernes, déglutis par le malade, sont probablement pathogènes, non pas par leurs éléments bactériens, mais par leurs éléments chimiques.

Quant aux tubercules et aux ulcérations tuberculeuses véritables, ce sont des lésions très rares dans l'estomac des phthisiques, comme la dégénérescence amyloïde et la perforation du ventricule. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1887. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire: Rapport sur un nouveau procédé de désinfection en chirurgie. — Rapport sur un travail relatif à la cure de l'ongle incarné. — Statistique chirurgicale. — Sarcome vasculaire de l'humérus. — Myxome kystique de la région prérotulienne. — Néphrectomie transpéritonéale.

M. Championnière fait un rapport sur un travail de M. Redard, relatif à la désinfection des instruments de chirurgie et des objets de pansement par la vapeur d'eau à 120° au moyen d'un autoclave. Après avoir fait rapidement la description de l'appareil, le rapporteur constate que M. Redard s'est placé, pour faire ses expériences, dans des conditions qui ne sont pas celles de la pratique chirurgicale actuelle. En effet, l'expérimentateur soumettait à l'action de la vapeur d'eau des instruments très mal nettoyés et il constatait l'absence de tout germe à leur surface après leur désinfection par son procédé. Or telles ne sont pas les conditions ordinaires dans lesquelles on se trouve: la pratique actuelle cons ste, avant de se servir d'un trocart, par exemple, à le laver avec une solution antiseptique et à le flamber. Dans ce cas il ne semble pas que l'antisepsie soit plus rigoureuse par la méthode nouvelle que par celle en usage. Quant à la désinfection des pièces de pansement, elle paraît réellement efficace et pratique. Il est en

©BIU Santé

effet évident que la gaze ou les compresses portées à une température de 120° sont débarrassées des germes qui peuvent rendre leur emploi dangereux. Seules les éponges ne semblent pas devoir supporter une aussi haute température. M. Championnière a fait sur ce point des expériences qui lui ont démontré l'altération rapide des éponges par le procédé de M. Redard. Il en conclut que le nouvel appareil pourra rendre des services, mais surtout dans la désinfection des pièces de pansement.

M. Kirmisson fait observer que cet appareil fonctionne déjà à Berne dans le service du docteur Kocher et dans plusieurs autres cliniques étrangères où il est employé pour rendre les compresses aseptiques.

M. Pozzi a également vu, à Berlin, un appareil où la désinfection est obtenue par des températures qui dépassent 100°.

— M. Reclus fait un rapport sur un travail de M. le docteur Quenu, relatif au mode de production de l'ongle et aux applications de cette étude à l'opération de l'ongle incarné. Dans ce travail l'auteur établit que la production de l'ongle est due à la zone rétrolunulaire seule ; la partie antérieure de la matrice n'y prend aucune part. En conséquence, M. Quenu, pour obtenir la cure radicale de l'ongle incarné, pratique l'opération suivante : Incision transversale au niveau de la lunule de l'ongle ; l'ongle étant alors arraché, des extrémités de cette incision partent deux incisions verticales arrivant au niveau de l'articulation de la phalangette avec la phalangine, à deux centimètres en arrière ; le lambeau circonscrit par ces incisions est ensuite sectionné d'un coup de ciseaux, et finalement on pratique la suture des parties antérieure et supérieure de la plaie.

L'auteur relate à l'appui de l'efficacité de son opération, une série de six observations qui lui ont donné les meilleurs résultats.

M. Richelot a pratiqué, par le procédé de M. Quenu, un grand nombre d'opérations d'ongle incarné ; il déclare n'avoir eu qu'à se louer de son emploi, mais il croit qu'il est indispensable de ne se servir, à la suite de l'opération, que des pansements secs ; le sous-nitrate de bismuth par exemple. L'iodoforme cependant doit être écarté, il ulcère le derme sous-unguéal.

M. Desprès n'est pas partisan de cette méthode qui a l'inconvénient de priver le malade de ses ongles. Ceux-ci sont nécessaires au bon fonctionnement du pied ou de la main et leur absence est très douloureuse. Il croit préférable d'arracher simplement l'ongle avec des pinces ; de cette façon, celui-ci repousse, on l'enlève encore, et cette pratique ne lui a donné que de bons résultats.

M. Reclus confirme ce qu'a avancé M. Richelot au point de vue du pansement sec. Quant à la méthode de M. Desprès, il la croit bonne lorsqu'on peut surveiller la repousse de l'ongle nouveau, mais il la juge difficilement applicable chez les ouvriers qui se soignent mal. De plus, il a maintes fois constaté que l'absence de l'ongle n'est pas un inconvénient aussi grave que le croit M. Desprès.

— M. Desprès communique la statistique des opérations pratiquées dans son service en 1886. Sur 466 malades, il a eu 37 morts.

— M. L. Thomas (de Tours), membre correspondant, donne quelques détails sur les suites d'un sarcome vasculaire de l'humérus opéré par lui en avril 1886, et dont il a communiqué l'observation à la Société de chirurgie à cette époque. Le malade est mort dans le courant de janvier. Il joint à sa communication l'observation d'un malade opéré par lui le 10 décembre dernier pour un kyste sanguin sarcomateux de la région massétérine. Peu de temps après se produisait une récidive et la mort est survenue le 15 février. M. Thomas fait remarquer la rapide évolution de cette affection. Il est d'avis qu'en pareil cas, l'abstention doit être la règle.

M. Championnière insiste sur la malignité particulière de ce genre de tumeurs. Ces sarcomes, en effet, se développent très rapidement et amènent en fort peu de temps la mort du malade. Leur diagnostic est d'une difficulté extrême et, bien que souvent l'on

©BIU Santé

constate l'absence presque complète des caractères histologiques d'une tumeur maligne, il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit toujours, dans ces cas, de sarcomes à évolution foudroyante. Pour ce qui est de l'intervention, il la croit nécessaire, non pas à cause de la tumeur, dont la nature ne peut souvent être diagnostiquée, mais à cause des douleurs intolérables qu'elle provoque. On soupçonne l'affection, on ne la diagnostique pas, et l'opération faite dans ces conditions ne peut avoir aucun résultat fâcheux.

M. Desprès est toujours intervenu en pareil cas. Au premier abord, on croit avoir affaire à un simple abcès froid. Mais, en interrogeant le malade, on a vite acquis la conviction qu'il s'agit d'une tumeur maligne surtout à cause de sa rapide évolution. Il pense que les douleurs lancinantes constituent un précieux élément de diagnostic.

M. Schwartz cite le cas d'un jeune homme de 20 ans qu'il a opéré l'an dernier pour un kyste vasculaire de l'extrémité supérieure de l'humérus qui s'était rompu dans l'articulation; la tumeur avait évolué en trois mois, occasionnant au malade de très vives douleurs. A l'autopsie, on trouve une très petite quantité de matière cérébroïde qui n'était autre chose que du sarcome. Le malade succomba le surlendemain de l'opération.

M. Thomas est convaincu que, chez le second malade dont il a parlé, l'opération n'a fait que hâter la terminaison fatale, car, lorsque ce malade est venu le trouver, il ne souffrait pas, son état général était excellent et, à partir du jour de l'intervention, son état s'est aggravé rapidement.

— M. Chevassu donne lecture de l'observation d'un malade opéré par lui pour un myxo-sarcome de la bourse séreuse prérotulienne. (Comm. M. Bouilly.)

— M. Bouilly présente un rein cancéreux volumineux (22 centim. sur 12 à 14) qu'il a enlevé il y a quatre jours par la néphrectomie transpéritonéale. Jusqu'à présent, les suites de l'opération ont été simples et l'opéré va aussi bien que possible. — A. T.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Extrait du rapport de M. Dubuc sur la candidature de M. le docteur E. Desnos.

Addenda au procès-verbal de la séance du 12 mars 1887.

M. Dubuc : M. Desnos, dans les deux faits qui précèdent, est tenté d'expliquer les phénomènes d'obstruction intestinale par une contraction réflexe de l'intestin dont le point de départ a été dans les phénomènes douloureux survenus du côté du rein.

Il admet bien qu'en ce qui concerne la deuxième observation, les phénomènes sont susceptibles de recevoir une autre interprétation. Si on étudie, en effet, les détails de l'observation, on reste convaincu que la malade était atteinte d'une néoplasie maligne, d'un carcinome du rein droit; c'est là l'opinion de l'auteur; c'est aussi celle de votre rapporteur.

Dès lors, au lieu d'expliquer par un simple trouble fonctionnel les phénomènes d'obstruction intestinale terminés par la mort, n'est-il pas plus logique de songer à un cancer secondaire de l'intestin, dont la présence et le siège n'auraient pu être reconnus pendant la vie, ainsi que cela arrive souvent en pareille circonstance? M. Desnos lui-même n'est pas éloigné de se ranger à cette interprétation.

La valeur de cette observation, en tant que pouvant servir à démontrer la thèse de l'auteur du travail que j'analyse, reste donc tout au moins problématique. La même objection ne peut être opposée à la première observation résumée plus haut.

Ici, il s'agit bien de véritables coliques néphrétiques déterminées par l'expulsion de sable et de graviers uriques. Une première fois, en 1875, l'accès néphrétique s'accompagne de phénomènes d'étranglement assez caractérisés pour que M. Péan, appelé en consultation, ait cru devoir discuter l'indication de la laparotomie; le cours des matières se rétablit sous l'influence de simples lavements d'eau de Seltz.

En novembre 1886, alors que M. Desnos soignait le malade, les mêmes accidents se reproduisent, plus caractérisés encore, sous l'influence de la même cause qu'en 1875.

©BIU Santé

L'indication de la laparotomie est de nouveau discutée par M. Monod, mais les phénomènes d'obstruction disparaissent encore sous l'influence de purgatifs et de séances d'électrisation de l'abdomen.

Il me paraît impossible de méconnaître dans cette observation la filiation qui a existé entre la colique néphrétique et les accidents d'obstruction. Je pense que le mécanisme de cette obstruction a été celui d'un spasme d'ordre réflexe survenu sur un point de l'intestin. Nous connaissons tous, pour l'avoir observé sur nos malades, le retentissement profond des coliques néphrétiques sur le tube digestif, qui se traduit par des vomissements, du ballonnement du ventre, de la constipation.

Chez le malade de M. Desnos, les phénomènes ont atteint un plus haut degré d'intensité qu'à l'ordinaire; mais ils n'ont pas différé dans leur nature de ceux que je viens d'énumérer. J'ai pourtant un petit reproche à adresser à l'auteur, celui de ne pas nous avoir indiqué le mode de fonctionnement de l'intestin dans les jours qui ont précédé l'accident. Y avait-il ou non constipation, et l'on sait combien les graveleux y sont sujets?

M. Desnos nous dit bien que le malade a eu une selle peu copieuse le jour même où ont débuté les phénomènes d'obstruction; mais cela ne prouve nullement qu'il n'y avait pas, malgré cela, accumulation ancienne de matières dans le gros intestin. Cette circonstance, si elle a existé, aurait singulièrement favorisé le prompt établissement des accidents d'étranglement.

Je trouve que notre confrère ne s'est pas suffisamment adressé à la méthode évacuante, purgatifs et lavements purgatifs administrés dès le début de la complication; cette remarque se trouve corroborée par les détails d'un fait emprunté à M. Hérard que je rapporterai un peu plus loin et qui n'est pas sans analogie avec ceux qui sont examinés ici.

L'auteur s'est livré à des recherches bibliographiques d'où il résulte qu'on n'a point encore signalé les accidents d'obstruction intestinale au cours et sous l'influence de la colique néphrétique. Que les auteurs classiques soient muets sur ce point, c'est possible, sans que je puisse l'affirmer pour tous; mais je ne doute pas qu'en compulsant les comptes rendus des Sociétés de médecine, on ne parvienne à mettre la main sur un certain nombre de faits ayant une proche parenté avec ceux de notre confrère.

J'en puis citer un, pour ma part, que je rappelais plus haut, qui est dû à M. Hérard, que ce savant médecin a rapporté au cours d'une discussion provoquée en 1879, devant la Société médicale des hôpitaux, par une note de M. Tenneson sur *l'anurie calculeuse*.

« Je fus appelé en consultation, dit M. Hérard, il y a plusieurs années, pour un malade qui, à la suite de violentes coliques néphrétiques du côté droit seulement, présentait des accidents effrayants. Depuis cinq jours, il ne cessait de vomir; il n'allait point à la garde-robe, n'urinait point et délirait. On avait tout essayé pour combattre cette constipation et ces vomissements, et rien n'avait réussi..... J'eus recours à des pilules composées de savon médicinal, de scammonée et d'huile de croton. Ces pilules, qui m'ont réussi assez souvent dans des cas analogues ainsi qu'à M Moutard-Martin, furent données une à une toutes les heures, et, en moins de quarante-huit heures, on obtint des selles et des urines qui furent suivies d'une grande amélioration. Le mieux s'accentua de jour en jour, mais la convalescence fut longue, et, après une saison à Contrexéville, le malade put être considéré comme parfaitement guéri. » (*Union médicale*, 3e série, t. XXVII (1879), p. 973.)

Il n'en reste pas moins établi que M. Desnos a eu parfaitement raison d'appeler l'attention sur une complication possible de la colique néphrétique dont toutes les circonstances étiologiques ne sont pas encore complètement établies, mais qui, en raison de sa gravité, mérite d'être signalée aux médecins.

M. Desnos est ancien interne des hôpitaux, c'est un confrère distingué et laborieux, auteur de travaux importants et déjà nombreux sur l'anatomie et la pathologie de l'appareil génito-urinaire; son honorabilité est parfaite.

Les conclusions de votre commission sont donc : 1° de publier le travail qu'il nous a lu à l'appui de sa candidature; 2° d'accueillir favorablement sa demande d'admission parmi nous.

©BIU Santé

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886.

Arnaud : Broncho-pneumonie dans les maladies aiguës de la moelle. — Barrière : Considérations sur les épididymites liées à une inflammation latente de l'urèthre postérieur. — Bert : Deux cas de diabète sucré et aperçu clinique sur l'urine diabétique. — Bouchet : Contribution à l'étude de la pathogénie de la syphilis et de son traitement par l'excision du chancre. — Boutes : Contribution à l'étude du noma. — Camoin : Quelques considérations sur le pronostic du choléra épidémique. — Campmas : Etude clinique sur les rétrécissements organiques de l'urèthre. — Chancel : De l'emploi de l'ésérine dans dans les maladies des yeux et en particulier dans la kératite ulcéreuse. — Chansou : Contribution à l'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'uréthane. — Chevalier (A.) : Contribution à l'étude des tumeurs du péritoine pelvien chez la femme, à forme myxomateuse ou colloïde. — Chevalier (S.) : De l'ophthalmie sympathique. — Courrent : Etude histologique du sarcome des os. — Courtois : Transformation épithéliomateuse des fistules urinaires. — Descays : De l'eczéma et de son traitement par les eaux minérales. — Descous : Contribution à l'étude des arthrites tuberculeuses. — Dicquemare : De la gangrène sèche des extrémités dans la fièvre typhoïde. — Durand : De la thoracoplastie. — Ebeb : De l'anévrysme perforant de l'aorte ascendante. — Eygline : De l'extraction de la cataracte avec iridotomie. — Fauriel : Etude du choléra de 1884 à l'Asile privé d'aliénés de Montdevergnes (Avignon). — Ferrand : Etude sur l'iodol. — Galzin : Le doigt à ressort. — Gautier : De la construction des hôpitaux modernes. Leur valeur hygiénique. — Grousset : Considérations sur les anévrysmes de la région plantaire. — Heydar : Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements pelviens. — Huguet : De l'extension continue dans la coxalgie. — Imbert : Du choléra chez la femme enceinte. — Jouffreau : Contribution à l'étude de l'amblyopie et de l'hémianopsie d'origine cérébrale. — Joulia : Des accumulations médicamenteuses dans les cas d'imperméabilité.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA BLENNORRHAGIE. — E. Vidal.

Baume de gurjun	4	grammes.
Gomme arabique pulv	4	—
Infusion de badiane	40	—
Sirop de cachou ou diacode	30	—

F. s. a. une potion, qu'on fait prendre en deux fois, au moment des repas. On conseille au malade d'avaler un verre de vin immédiatement après.

Le baume de gurjun est une oléo-résine fournie par différents arbres appartenant à la famille des diptérocarpées. Il ne communique pas aux urines d'odeur spéciale. — Cette potion réussit dans les blennorrhagies déjà anciennes; il est bon d'en continuer l'emploi huit jours encore après la cessation de l'écoulement. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

BERLIN. — Le projet d'*organisation des Chambres médicales de Prusse* a pour but de faire participer l'ensemble des médecins à la solution des questions d'hygiène publique et d'intérêts professionnels. Une Chambre médicale élue dans chaque province aurait pour attributions d'adresser aux autorités provinciales les observations et les propositions qu'elle jugerait opportunes, ainsi que les avis pour lesquels elle serait requise.

Chaque Chambre élirait, à la majorité absolue, deux membres qui feraient partie, à titre extraordinaire, du Collège médical de la province où ils seraient appelés en cas de besoin par le président de cette Société.

©BIU Santé

Chaque membre de cette Chambre, chargé de représenter 50 médecins d'arrondissement, serait élu par eux. En dehors des causes habituelles qui peuvent suspendre les droits d'élection et d'éligibilité (telles que les départs, la perte du droit de cité, certaines missions spéciales, etc.), ces droits seraient refusés encore aux médecins qui auraient failli à leurs devoirs professionnels ou dont la conduite aurait porté atteinte à l'estime exigée pour leur profession. Le président de la chambre médicale, chargé de trancher ces questions, recourrait en cette occasion à l'assistance d'un commissaire que choisirait le bureau élu par la Chambre médicale et qui aurait toujours voix consultative, mais non délibérative; l'intéressé aurait quatre semaines pour exercer son droit de requête auprès du ministre. En dehors de cette exclusion, la Chambre médicale n'aurait aucun pouvoir disciplinaire. (*Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 13.) — G. S.

Italie. — L'Association dermo-syphilitique italienne tiendra ses séances, à Pavie, dans le courant de l'automne. On sait que c'est dans cette ville qu'aura lieu en même temps le 12e congrès de l'Association médicale italienne.

— Une section d'hydrologie, balnéologie et climatologie vient de se constituer dans le sein de la Société italienne d'hygiène. Cette section étudiera dans ses premiers travaux les eaux minérales et stations balnéaires du Piémont.

Russie. — Les maladies contagieuses, à Moscou, pendant le trimestre dernier, ont été beaucoup plus fréquentes qu'aux époques correspondantes des années passées.

C'est le groupe des maladies typhiques qui domine l'état sanitaire de l'ancienne capitale russe. Ainsi, pendant les douze semaines comprises entre le 24 novembre 1886 et le 17 février 1887 sur 6,710 cas de maladies contagieuses constatées, les maladies typhiques comptent à elles seules pour 4,001 cas.

Ce chiffre énorme donnerait pour toute l'année et pour toute la population de Moscou (751,000 âmes) la proportion de 23 atteintes typhiques pour 1,000 habitants.

Ces 4,001 affections typhiques se répartissent en 2,602 de typhus pétéchial, 912 fièvres à rechute, 738 fièvres typhiques et 289 typhus abdominal.

— Il nous revient de Saint-Péterbourg qu'il est sérieusement question de fonder une Faculté de médecine pour les femmes.

Nominations. — Le docteur Fehling est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Bâle.

— Le professeur Gruber vient d'être appelé à la chaire d'hygiène de l'Université de Vienne.

— Le docteur Vilishenin a fait son premier cours à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

— Le professeur Olshausen (de Hall) vient d'être nommé à la chaire d'accouchements et de gynécologie de Berlin.

— Le professeur Jolly (de Strasbourg) a refusé la chaire de psychiatrie qu'on lui avait offerte à Wurzbourg.

— Le docteur Eternod est nommé professeur d'histologie normale et d'embryologie à la Faculté de médecine de Genève.

Nécrologie. — Les docteurs J. Wolf, médecin de la polyclinique de Breslau; A. Bœcker, l'un des plus éminents laryngologistes allemands; Kempfer (de Berlin); le professeur Streng (de Prague).

— A Gratz a été assassiné dans son laboratoire le professeur Pebel. C'est la vengeance qui, dit-on, a armé le bras du domestique de l'éminent professeur.

Choléra. — Les quelques cas de choléra qui se sont déclarés à Buda-Pest sont restés sporadiques. Les examens bactériologiques des docteurs Petrick, Scheutauer et Babès avaient, du reste, démontré la bénignité des cas suspects. Il ne s'agissait pas du choléra asiatique. Les deux malades recueillis dans les hôpitaux et soupçonnés de choléra sont sortis guéris.

©BIU Santé

— Au Chili, jusqu'au 17 janvier, sur 1,297 attaques de choléra on relève 625 morts. Un projet tendant à pratiquer l'isolement des départements ou provinces infectés avait été présenté au gouvernement; par décret du 5 janvier, le président de la République a ordonné l'isolement du département de Quillota. — A Santiago, il y avait, à la fin janvier, une cinquantaine de décès cholériques par jour.

D'après les dernières nouvelles (fin de février), l'épidémie diminue d'intensité. Les communications avec la République argentine sont rétablies. — Ch. S.

COURRIER

Un concours pour la nomination à huit places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert, le 4 juillet 1887, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 27 juin inclusivement.

— M. le docteur Villeneuve, médecin-adjoint au lycée de Marseille (Belle-de-mai), est nommé médecin du lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Vésine Larue, décédé.

— M. le docteur Gallerand, médecin-adjoint du lycée de Marseille, est nommé médecin du petit lycée, en remplacement de M. le docteur Villeneuve.

— M. le docteur Cerné, médecin-adjoint du lycée de Rouen, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. le docteur Hue est nommé médecin-adjoint du lycée de Rouen, en remplacement de M. le docteur Cerné.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa dix-septième session en Algérie, à Oran, en 1888, pendant les vacances de Pâques.

En prévision des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le Conseil d'administration a décidé que, seuls, les membres figurant sur les listes de l'Association de 1887 seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du congrès d'Oran.

Les personnes inscrites en 1888 ne jouiront de ces avantages que si le nombre des congressistes ne dépasse pas le chiffre prévu ; elles seront admises par ordre d'inscription.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Louis Bozérian, externe des hôpitaux de Paris, fils de M. Bozérian, sénateur, décédé le 10 avril 1887, à l'âge de 24 ans.

Clinique thérapeutique. — M. Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique, le mercredi 20 avril, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ces conférences porteront sur l'hygiène thérapeutique. Des leçons seront faites sur la kinésithérapie, le massage, l'hydrothérapie, l'aérothérapie, la climatothérapie, etc., etc.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera ses leçons cliniques sur les *maladies cutanées et syphilitiques*, le jeudi 21 avril, à quatre heures, dans la salle de conférences, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Association générale des médecins de France. — III. Bibliothèque : Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 19 avril 1887. — La discussion sur l'inspectorat des eaux minérales s'est terminée aujourd'hui par le vote des conclusions, légèrement amendées, du rapport de la commission. Nos lecteurs trouveront au compte rendu le texte de ces conclusions. Mais ils n'y trouveront pas malheureusement (?) la discussion qui a précédé le vote, notre rédacteur habituel des séances ayant renoncé à faire l'analyse de celle-ci sous le prétexte, assez plausible d'ailleurs, qu'on n'analyse pas le chaos. C'est peut-être un peu fort; mais qui n'a pas assisté à cette discussion mémorable, n'a pas l'idée du spectacle que l'Académie s'est donné à elle-même et qu'elle a donné au public de choix qui vient à ses mardis. Au fond, la représentation n'avait rien de lugubre, on s'y est amusé, et si l'on ne peut pas dire que l'Académie ait trouvé là une occasion d'augmenter son prestige, du moins on a pu constater qu'en personne d'esprit qu'elle est, elle a fini par s'amuser d'elle-même et par faire chorus avec les rieurs.

Au demeurant, cette matinée, cette séance, voulons-nous dire, n'a pas laissé d'être tout à la fois amusante et instructive. Nous y avons appris, pour notre part, des choses que nous ignorions complètement, par exemple, que l'inspectorat des eaux minérales manquait de prestige. Bon nombre de partisans de l'inspectorat se sont préoccupés, en effet, des moyens de « relever le prestige » de MM. les inspecteurs. L'un demandait, dans ce but, de leur faire allouer un traitement fixe de mille à douze cents francs par an; mais M. Brouardel, avec son bon sens aiguisé de malice, n'a pas eu de peine à montrer que mille, onze cents et même douze cents francs de traitement n'étaient pas le meilleur moyen, ou même le plus neuf, de rehausser l'éclat de ce prestige. Avant la loi de 1864, MM. les inspecteurs étaient payés... quelquefois, paraît-il, et il n'est pas démontré que ceux des membres de l'honorable corps de l'inspectorat qui recevaient ce traitement aléatoire fussent entourés de plus de prestige que les autres.

Nous avons appris encore que cet inspectorat dépourvu de prestige était cependant l'objet de compétitions effrénées dans lesquelles l'intrigue avait parfois, dit-on, plus de succès que le véritable savoir, les compétiteurs appelant à leur aide les plus hautes influences, depuis celle du préfet du département jusqu'à celle du ministre, en passant par celle du sénateur, du député, de l'électeur influent, etc., etc.; le tout donnant lieu à une série d'actions réflexes des plus compliquées du grand électeur sur le député, du député sur le ministre, et ainsi de suite, en parcourant toute la filière des ricochets administratifs et politiques.

En écoutant dire sans nul déguisement, à la tribune de l'Académie, toutes ces choses étonnantes, en voyant la quantité de rouages que pouvait mettre en jeu un simple inspecteur exempt de prestige, nous nous demandions s'il était bien utile de chercher à accroître encore l'importance d'un tel homme et de telles fonctions, comme le voulaient M. Hardy et M. le rap-

©BIU Santé

porteur Vidal, qui, d'accord avec le vice-président Hérard, ont soutenu avec autorité et talent la discussion en faveur de l'inspectorat.

Nous nous demandions si l'Académie n'aurait pas mieux fait, dans l'intérêt même de l'institution qu'elle désirait sauvegarder, de prendre en considération le contre-projet présenté par M. Brouardel, appuyé par M. de Ranse et M. Larrey, et que la commission à laquelle il avait été renvoyé avait étranglé tout simplement, sans autre forme de procès. Ce contre-projet ne détruisait pas l'inspectorat, mais il le modifiait avantageusement, et le soustrayait, en particulier, dans la mesure du possible, aux influences administratives et politiques désastreuses dont il est question plus haut. Il avait le grand avantage, que son auteur a fait ressortir avec force et insistance, de respecter les compétences spéciales dont se compose la surveillance d'un établissement hydro-minéral, et de placer à côté du médecin-inspecteur, pour la solution des questions extra-médicales, telles que celles de l'analyse chimique des eaux, du captage des sources, des constructions à faire, etc., un chimiste, un ingénieur, un architecte, etc., chargés de la partie purement technique de ces questions si importantes au bon aménagement et à la prospérité des établissements. Le contre-projet de M. Brouardel réalisait ainsi le meilleur moyen de rendre à l'inspectorat médical le prestige et l'autorité dont on était unanime à regretter l'absence dans l'institution telle qu'elle existe actuellement.

Mais l'Académie était pressée d'en finir, son impatience a été même traduite un peu vivement par plusieurs de ses membres; après une longue et pénible gestation, on avait hâte d'aboutir ; l'accouchement a été laborieux et accidenté. L'enfant est-il né viable? est-il suffisamment bien conformé? Il est permis d'en douter: mais, comme dit le poëte: que l'enfant soit bancal, ou bossu, blond ou brun, c'est déjà fort joli que d'en avoir fait un.

Au commencement de la séance, M. le docteur Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille, a lu un travail intéressant sur l'*encéphalocèle*. — A. T.

— Histoire vraie et toute récente. Un de nos collègues faisait une opération sur la personne d'un médecin qui l'avait appelé. Tout en opérant, le chirurgien dit à son confrère :

— Quel est donc votre chirurgien, celui que vous appelez d'ordinaire auprès de vos malades?

— C'est X...

— Et pourquoi n'est-ce pas lui qui vous opère?

— Ah ! c'est que je n'ai pas confiance en lui. — L.-G. R.

Association générale des médecins de France.

Journée du 17 avril.

Dimanche dernier, pour la vingt-huitième fois, l'Association générale des médecins de France a tenu ses assises solennelles. L'assistance était plus nombreuse que d'habitude.

A deux heures et demie, M. le président H. Roger a ouvert la séance et a donné lecture d'une de ces allocutions toutes pleines de traits charmants et d'heureuses pensées dont il a le secret. Cette lecture, au grand étonnement de tout le monde, a été faite avec quelque hésitation. M. Roger paraissait par moments n'être pas sûr de ses mots; il a été obligé de changer

©BIU Santé

de place pour trouver plus de lumière, et, à la fin, il s'est excusé de la difficulté éprouvée sur l'affaiblissement de sa vue. Notre très aimé Président se trompe heureusement, et nous pouvons, à cet égard, le rassurer ainsi que ses amis, c'est-à-dire tous ses auditeurs. Ce n'est pas sa vue qui a fléchi, c'est l'écriture de son discours qui a été changée. Il a eu, cette année, l'idée de faire copier son manuscrit, et les caractères, plus réguliers, c'est vrai, mais moins gros et moins espacés que les siens, lui ont donné plus de mal pour être déchiffrés. Ce que c'est que de modifier ses habitudes! Qu'il se tranquillise, ses yeux sont intacts, comme sont intacts son cœur et son esprit. Il est inaltéré. Nous l'en félicitons, et nous en félicitons l'Association.

De l'allocution de M. Roger, nous ne citerons que deux passages ayant trait à des libéralités exceptionnelles : l'une est due à Mme la baronne Cloquet, « qui vient, a-t-il dit, d'augmenter d'une vingtaine de mille francs la *Fondation Cloquet*, d'après le système financier dont elle a la priorité et dont le mécanisme est aussi simple qu'avantageux. Par un titre doublement nominatif, elle assure à l'Association la nue propriété de cinquante obligations du chemin de fer d'Orléans dont elle se réserve l'usufruit ». L'autre résulte du legs de M. le docteur Roth, « legs qui dépasse cent mille francs, ce donateur magnifique ayant partagé sa fortune entre l'Association et l'Œuvre de l'hospitalité de nuit ».

M. Brun expose ensuite la situation financière de la Société. Il le fait en peu de mots, estimant sans doute que les chiffres seuls ont une éloquence suffisante.

L'avoir de l'Association générale est :

Pour la Caisse générale, de.....	88.337 fr.
Pour la Caisse des pensions, de.....	1.018.897
Total.....	1.107.234 fr.

Ce qui veut dire que la Caisse des pensions est en marche pour atteindre son deuxième million et l'Association son troisième, car, dans le tableau ci-dessus ne figure pas l'avoir de la Société centrale et des Sociétés locales, qui, l'année dernière, montait à 919,604 francs, ce qui portait la fortune totale à 1,963,600 francs. Si, au total énoncé par M. Brun, on ajoute les libéralités dont nous avons parlé plus haut, et les 10,000 francs que MM. Oulmont et Bourdin ont légués chacun à l'Association, on commence à voir poindre le troisième million. Depuis la clôture de l'exercice, la Caisse des pensions a déjà reçu, en nouveaux dons : de MM. Ricord, 500 francs; Roger, 500; Vidal, 600; Horteloup, 500; Péan, 200; Leroy-Dupré, 200; Cazeneuve, 500; baron Larrey, 100. Et cela ne s'arrêtera pas, et bientôt on arrivera à la terre promise par M. Bucquoy, où l'on accordera toutes les pensions demandées et où toutes les pensions seront de 1,200 francs.

Comme l'a dit M. de Ranse, chargé par le Conseil général de vérifier les comptes du Trésorier, il faudrait être bien Athénien pour se fatiguer du tribut annuel d'éloges que tous les contrôleurs (pardon de ce mot trop technique) paient au travail, à l'intelligence, au dévouement, à l'habileté que M. Brun met au service de la cause commune; et personne, à coup sûr, ne songera jamais à le frapper d'ostracisme.

D'ostracisme? Mais il faudrait être mille fois pire que les Athéniens.

©BIU Santé

Ceux-ci protestaient contre une appellation, selon eux, prétentieuse, et nous nous priverions du plus utile des fonctionnaires de l'OEuvre.

Le paysan grec se fatiguait d'entendre attribuer exclusivement à Aristide une qualité que d'autres sans doute auraient pu revendiquer, et nous, plus inintelligents et tout à fait ingrats, nous méconnaîtrions de réels services rendus, mais, j'en demande pardon à mon excellent confrère de Ranse, j'écrase lourdement, avec mes distinctions inopportunes, un mot charmant qui a eu, ainsi que tout son rapport, le plus légitime succès.

Comme tous les ans, le morceau capital de la séance a été le compte rendu de M. le Secrétaire général. Il paraît que les actes de l'Association pendant l'exercice de 1886 ont été à peu près nuls ; aucun incident notable ne s'est produit, le Conseil général « ce centre nerveux dont l'activité fonctionnelle est, le plus souvent, mise en jeu par les excitations périphériques » (venant des sociétés locales), n'a pas été saisi de faits nouveaux ; en un mot, l'Association, de même que les peuples heureux, n'a pas eu d'histoire, pendant le dernier exercice. Cela ne fait pas l'affaire des Secrétaires généraux. Mais M. Foville est un esprit plein de ressources, et, contrairement à ce début un peu découragé, il a eu l'art de présenter, dans une forme très littéraire et très soignée, le tableau de toutes les questions antérieurement soulevées et non encore résolues, qui sont de nature à intéresser les membres de l'Association.

Il a exposé successivement : 1° le droit qu'ont les membres du bureau de prendre part aux votes de l'Assemblée ; 2° les legs et les générosités dont les Sociétés locales ont été l'objet, à ce propos, complètent le rapport de M. Brun en y ajoutant la part de la Société centrale et des Société locales ; il a montré que l'ensemble des capitaux de l'Association atteint la somme de 2,200,741 francs. Nous avions donc raison, tout à l'heure, de dire que le troisième million n'était pas loin ; 3° les louables modifications apportées par M. Martineau (et suivies par lui-même) à la confection de l'*Annuaire*. Il a rendu hommage, en excellents termes, à la mémoire des Présidents des sociétés locales qui sont morts depuis la réunion précédente : MM. Caussé (d'Albi) ; Blin (de Saint-Quentin) ; Bocamy (de Perpignan) et Dagand d'Alby, (Haute-Savoie). Il n'a pas oublié deux présidents honoraires, M. Pagès (d'Alais) et M. Lafont (des Basses-Pyrénées). Il a traité, avec beaucoup de délicatesse, une question de déontologie examinée au sein de la Société du Rhône et relative aux rapports entre le médecin traitant et le médecin soit d'une Compagnie d'assurances, soit d'une Société de secours mutuels. Les questions législatives soumises aux Chambres ont été ensuite énumérées, et M. le Secrétaire général a terminé son rapport par ce qu'il a appelé spirituellement une « affaire de ménage. » Il a annoncé que les Compagnies de chemins de fer avaient accordé aux Présidents et Délégués la réduction de moitié sur le prix du voyage. Avec une bonne foi charmante — je serais tenté de dire : touchante, — il a reconnu que cette faveur qu'il croyait due à ses propres efforts et à ceux de M. Martineau, avait été, en réalité provoquée par l'initiative de M. le docteur Mongrand et de M. Léger, président et trésorier de la Société locale des arrondissements de Saintes, Jonzac et Marennes. Il est impossible de reconnaître avec plus de loyauté, des torts certainement involontaires, et il est difficile d'imaginer une qualité plus précieuse que ce sentiment de la justice chez un Secrétaire général dont la principale préoccupation doit être de concilier tous les différends. C'est à quoi excelle M. Foville et on ne saurait trop l'en féliciter.

©BIU Santé

La séance s'est terminée par le rapport sur les pensions viagères qu'a lu M. le docteur Bucquoy. Dans ce rapport bien ordonné, concis, remarquable à tous égards, M. le docteur Bucquoy s'est appliqué à mettre en relief les progrès inespérés de la caisse des retraites. Grâce aux subventions des Sociétés locales et aux générosités de beaucoup de donateurs « persistants » il a été permis de devancer de cinq années l'époque fixée pour la première distribution des pensions. Dans l'espace de treize ans, le taux des pensions, d'abord limité à la somme de 200 francs, a pu être doublé, et le nombre des pensionnés quintuplé. N'est-ce pas merveilleux, et ce résultat ne dépasse-t-il pas toutes les espérances? Encore quelques efforts, encore un peu de temps et le chiffre des pensions sera uniformément porté à 1,200 francs. Dès aujourd'hui, bien que l'intérêt payé par la caisse de la vieillesse qui, à l'origine était de 5 p. 100, soit tombé à 4 p. 100 par suite des embarras budgétaires, on ne repousse aucune demande justifiée. Les dix-sept pensions nouvelles, dont seize sont réclamées par les Sociétés locales, sont d'avance accordées; à propos des titulaires futurs, l'honorable rapporteur a fait remarquer que l'un d'eux a été inspecteur d'une station thermale; ce qui prouve, en passant, a-t-il ajouté, que l'inspectorat ne conduit pas toujours à la fortune ». Ceci a bien l'air d'une pierre, inoffensive d'ailleurs, lancée dans le jardin des médecins libres; mais, très honoré confrère, qu'est-ce qui conduit toujours à la fortune et qu'est-ce qui y maintient? Le rapport de M. Bucquoy a été très applaudi et il méritait de l'être.

L'assemblée s'est séparée à quatre heures et demie pour se retrouver le soir, à sept heures, au grand complet dans les salons de l'hôtel Continental.

A la fin du banquet, M. le Président a prononcé un toast que nous publierons dans le prochain numéro avec les réponses qui ont été faites.

Journée du 18 avril.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales sont entrés en session à deux heures et demie.

Il a d'abord été procédé à la délivrance des pensions nouvelles qui, au nombre de dix-sept, ont toutes été votées à l'unanimité comme cela était prévu.

La parole a été donnée ensuite à M. le docteur Riant, membre du Conseil de l'Association générale, pour lire une « Etude » intitulée : *Examen du projet de loi du gouvernement sur l'exercice de la médecine*. On se rappelle l'origine de ce projet de loi. En 1883, notre distingué confrère, M. le docteur Chevandier (de la Drôme), député, avait déposé une proposition de loi à ce sujet. L'année suivante, sur le rapport du docteur Lunier, l'Association générale avait donné son approbation à une proposition qui ne s'éloignait que sur quelques points de détails de la précédente. Le gouvernement confia l'étude et la rédaction d'un projet d'ensemble au Comité consultatif d'hygiène de France, lequel nomma, pour examiner la question, une Commission composée de MM. Brouardel, président, Bergeron, Chatin, P. Dupré, Gallard, Gavarret, Grancher, H. Liouville, A.-J. Martin, Nicolas, Proust, Regnauld et Vallin. Le projet, préparé et rédigé par cette Commission, fut présenté à la Chambre dans la séance du 21 octobre 1886, au nom de M. le Président de la République, par MM. les ministres Lockroy, Demôle et Goblet. L'étude qu'en a faite M. Riant, étude complète, consciencieuse, approfondie, ne saurait, en raison de sa longueur, trouver place

©BIU Santé

dans ce compte rendu rapide, même sous forme d'un résumé sommaire. Nos confrères la liront *in extenso* dans l'*Annuaire*. Nous pouvons seulement, pour donner une idée des points qu'embrasse le projet de loi, reproduire, en les condensant, quelques-unes des conclusions de M. le docteur Riant : « C'est, dit-il, pour assurer partout aux malades des secours compétents et efficaces, que le projet croit devoir maintenir deux ordres de médecins; — qu'il frappe de peines plus sévères les fauteurs de l'exercice illégal, cette fois bien défini; — qu'il met des conditions rigoureuses, mais équitables, à l'exercice de la médecine en France par les médecins reçus à l'étranger.

« C'est pour défendre l'honneur et les droits de la profession médicale qu'il cherche à atteindre... tous ces parasites qui déconsidèrent la profession; — qu'il défend le cumul de la médecine et de la pharmacie; — qu'il étend à cinq ans le délai de la prescription des honoraires; enfin, qu'il autorise le médecin ou les Associations médicales à se porter partie civile, dans les cas où l'autorité judiciaire poursuit l'exercice illégal. »

L'Assemblée procède, par la voie du scrutin, à l'élection de trois membres de la Commission des pensions. Sont nommés : MM. Hougot (de Laon), de Ranse et Vidal.

Les membres du Conseil à renouveler étaient MM. Gallard, décédé, Burdel, Peter, Denucé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice. Ont été élus ou réélus : MM. Burdel (du Cher), Peter, Brouardel, Hameau (de la Gironde), Cazelles et de Mahy.

MM. Gavarret et Denucé ont été nommés membres honoraires.

Les vœux émis par les Sociétés locales ont été ou renvoyés à l'examen du Conseil, ou écartés. Nous n'en parlerons pas.

— La séance est levée à cinq heures.

On s'est de nouveau réuni le soir dans l'appartement du boulevard de la Madeleine, où M. et Mme Roger ont fait à tous, selon leur coutume, le plus cordial accueil et rivalisé de bonne grâce et d'affabilité. — M. L.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS SUR LES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES, par M. le professeur Ch. BOUCHARD recueillies et publiées par M. le docteur P. Le Gendre. — Paris, F. Savy, 1887.

L'homme sain est un réceptacle et un laboratoire de poisons. Telle est la donnée qui sert de base au remarquable ouvrage de M. le professeur Bouchard. Nous étions déjà familiarisé avec cette idée, que nous avons entendu maintes fois développer par notre excellent maître M. Verneuil, pour expliquer la pathogénie de certaines complications des plaies par auto-inoculation traumatique ; c'est en s'appuyant sur elle que M. Bouchard croit à juste titre, selon nous, pouvoir expliquer un grand nombre d'affections d'origine interne. L'organisme humain porte sur lui un grand nombre de parasites qui vivent en bonne intelligence avec lui jusqu'au jour où une solution de continuité au tégument leur permet de s'introduire dans la plaie et d'y exercer leurs ravages ; d'autres pénètrent à l'intérieur à la faveur des aliments et y restent aussi longtemps inoffensifs pour d'autres raisons ; contre les microbes de l'extérieur, la peau saine est une barrière suffisante ; contre ceux de l'intérieur, et contre leurs produits les alcaloïdes toxiques, leucomaïnes et ptomaïnes, le foie protège l'organisme en arrêtant au passage, avant qu'ils parviennent à la circulation générale, les poisons puisés dans l'intestin par la veine porte, pour les neutraliser ou les rejeter dans l'intestin ; puis les émonctoires, le rein, les glandes salivaires, cutanées, intestinales, expulsent les poisons qui sont en circu-

©BIU Santé

lation ; mais qu'une cause quelconque vienne s'opposer à la neutralisation de ces poisons ou à leur élimination, ils s'accumulent dans l'organisme et y déterminent des affections d'une gravité toujours très grande.

On pourrait donc définir la vie une lutte entre l'organisme et les microbes ; la victoire de l'organisme, c'est la santé ; la victoire des microbes, c'est la maladie. Quelles sont les conditions qui favorisent l'une ou l'autre ? C'est ce dont le présent livre permet de se rendre compte.

Quatre grands processus pathogéniques peuvent exister, soit seuls, soit simultanément : les dystrophies élémentaires primitives ; les réactions nerveuses ; les troubles préalables de la nutrition ; l'infection : leur influence sur la genèse des maladies diffère de l'un à autre ; elle n'est pas aussi puissante chez tous, par exemple les réactions nerveuses ne suffisent pas à elles seules pour faire naître les maladies, tandis que les troubles préalables de la nutrition, et l'infection, ont une influence prédominante ; les troubles de la nutrition régissent le plus grand nombre des maladies chroniques et expliquent l'apparition de beaucoup de maladies aigues ; ce sont eux qui constituent les diathèses, en ce sens que « la diathèse est un trouble permanent de la nutrition qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme siège, comme évolution et comme processus pathologique ; » la diathèse doit donc être considérée comme un tempérament morbide, et à titre de trouble de la nutrition, rend possible l'infection, c'est-à-dire l'insuffisance de l'élimination ou de la neutralisation des poisons, et par suite l'auto-intoxication.

Il va sans dire que, lorsque plusieurs de ces processus se trouvent réunis chez le même individu, leur puissance pathogénique est augmentée d'autant.

La présence des matières toxiques dans les liquides de l'organisme à l'état normal (sang, urine, sueur, matières intestinales) et leur influence sur la production des maladies ont été rigoureusement démontrées par M. Bouchard, au moyen de l'injection intraveineuse, chez un animal, du produit d'un émonctoire.

Pour l'urine, il a déterminé non seulement la qualité, mais encore l'intensité de la toxicité. En variant les expériences, il a pu montrer que l'urine contenait non pas un seul poison, mais des poisons multiples, au moins au nombre de sept ; une substance diurétique (l'urée) ; une substance narcotique ; une autre sialogène ; une qui contracte la pupille ; une substance hypothermisante ; deux substances convulsivantes : l'une de nature organique, l'autre minérale (la potasse). L'urine est toxique lorsqu'elle est injectée dans les veines, parce qu'elle renferme toutes ces substances, mais chez l'homme elle est inoffensive tant qu'elle ne sort pas de ses voies d'excrétion et n'est pas absorbée par le tissu cellulaire ou par les veines. Tous ces poisons viennent du sang, mais le sang n'est pas non plus toxique, parce que le poison ne se trouve pas en quantité suffisante dans le plasma et que celui qui est contenu dans les globules n'est mis en liberté qu'à l'état morbide, par la désassimilation ou par la destruction de la cellule même. Ces poisons du sang, que toutes les cellules de tous les tissus renferment en puissance, sont de deux ordres : des matières organiques qui résultent de la désassimilation, des secrétions et des matières minérales, au premier rang desquelles se place la potasse. Il faut dire cependant que l'homme mourrait empoisonné si son sang venait à contenir dix fois plus de poison qu'il n'en renferme à l'état normal, ce qui donne une idée assez exacte de la quantité normale de matière toxique contenue dans ce liquide si complexe.

La bile est toxique par sa matière colorante, beaucoup moins par les sels biliaires ; mais, comme l'urine, elle n'est pas dangereuse pour l'homme sain, à l'état normal, parce que ces poisons sont précipités dans le tube digestif et éliminés avec les selles.

Les matières intestinales contiennent des poisons provenant de plusieurs sources ; la potasse des aliments, la bile, les produits des putréfactions intestinales ; quand ces poisons prédominent dans la matière fécale, il en est de même dans l'urine ; aussi l'antisepsie intestinale diminue-t-elle la toxicité de l'une et de l'autre.

La preuve de la propriété pathogénique que possède la rétention des produits excrémentitiels est fournie par l'urémie. En effet l'urine des urémiques n'est pas toxique quand elle est injectée dans les veines des animaux : donc les substances toxiques sont restées dans l'organisme malade. Laquelle des sept substances toxiques de l'urine dé-

©BIU Santé

termine les accidents ? La réponse est difficile ; tout ce qu'on peut dire, c'est que chacune d'elle collabore pour une part différente à la toxicité générale, et que, suivant que prédomine telle ou telle d'entre elles, on a affaire à l'une ou l'autre des formes cliniques multiples que peut revêtir l'intoxication urémique, notamment les formes convulsive ou comateuse. Les diverses théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'urémie contiennent donc une part de vérité : chacune d'elles se rapporte à une intoxication ; le tort de leurs auteurs est d'avoir voulu les appliquer à toutes les urémies, qu'ils croyaient de même origine. « L'urémie doit être considérée comme un empoisonnement mixte et de causes multiples. »

Ces notions pathogéniques ne donnent pas seulement satisfaction à la curiosité scientifique ; elles ont pour corollaires des applications pratiques, et seules peuvent conduire à une thérapeutique rationnelle. Signalons en particulier, parmi les résultats obtenus au point de vue de la pratique, des idées plus nettes sur la suppléance des divers émonctoires et sur l'action toxique des sels de potasse.

Dans le traitement de l'urémie, les indications prescrivent de débarrasser l'économie des produits toxiques qui l'encombrent et de combattre l'intoxication qu'ils ont causée. Mais si le rein malade ne fonctionne pas suffisamment, pourra-t-on le faire suppléer par d'autres organes éliminateurs ? M. Bouchard démontre, au moyen d'un simple calcul, que cela n'est pas toujours possible ; l'eau, le plasma sanguin, éliminés par la sueur, la diarrhée, enlèvent une quantité d'urée cinquante fois moins grande que si l'eau était éliminée par le rein ; donc les purgatifs et les sudorifiques n'ont qu'une action peu efficace dans l'urémie ; les purgatifs peuvent cependant entraîner les poisons du sang, sinon l'urée, mais leur action est alors incertaine. La saignée est plus efficace, car une saignée de 32 grammes enlève autant de matières extractives que 280 grammes de liquide diarrhéique et que 100 litres de sueur ; elle est très utile dans certaines néphrites aigues, curables, mais son utilité est douteuse dans les maladies chroniques du rein.

Diverses substances ont été employées comme contre-poisons capables d'opposer leurs effets physiologiques à ceux des poisons qui ont déterminé les accidents urémiques : les inhalations de chloroforme, le chloral, le bromure de potassium, le nitrate de potasse ; mais les sels de potasse jouent déjà un grand rôle dans la pathogénie de l'urémie, et ce serait commettre une faute thérapeutique que de les employer dans son traitement ; il faut les remplacer par les sels de soude, qui sont 40 fois moins toxiques. Les moyens les plus efficaces sont : les inhalations d'oxygène, contre l'empoisonnement causé par la rétention des produits de la désassimilation ; les purgatifs par les sels neutres, non les sels de potasse, contre la rétention de la bile ; le charbon, pour la décolorer ; une alimentation contenant peu de matières minérales et de potasse, le régime lacté ; l'antisepsie intestinale au moyen de l'iodoforme, de la naphthaline, du salicylate ou du sous-nitrate de bismuth.

L'accroissement de la quantité de poison contenue dans le tube digestif, qui survient quand l'activité des fermentations normales augmente, n'est pas combattu par une élimination correspondante du poison et produit alors des auto-intoxications d'intensité et d'origine diverses : passagères ou aiguës dans la constipation, dans l'étranglement interne et dans les septicémies intestinales ; dans l'embarras gastrique, dans les indigestions avec production excessive de matières toxiques dans le tube digestif ; dans les empoisonnements par les viandes gâtées, les vieilles saucisses ; — chroniques dans la dilatation de l'estomac, les dyspepsies et diarrhées chroniques, le cancer de l'estomac ou de l'intestin. Le rôle de la dilatation de l'estomac dans la production de l'auto-intoxication et ses conséquences a été bien étudié par M. Paul Le Gendre dans sa thèse inaugurale, que connaissent déjà nos lecteurs ; nous n'avons pas à y revenir.

M. Bouchard, insistant sur le rôle de l'auto-intoxication dans la fièvre typhoïde, reprend la question depuis sa pathogénie jusqu'à son traitement, explique, par l'auto-intoxication et les infections secondaires, les symptômes, les formes diverses et les complications de la maladie ; comme pour l'urémie, il arrive à formuler une thérapeutique basée sur la pathogénie et s'adressant à l'antisepsie générale et intestinale, à l'antithermie et à l'hygiène alimentaire.

©BIU Santé

M. Bouchard démontre encore la part qui revient à l'intoxication dans l'ictère, dans l'atrophie jaune aiguë du foie, dans le coma diabétique, dans le choléra, et établit enfin la thérapeutique générale des auto-intoxications dans les indications suivantes : empêcher les poisons de se former ; — s'opposer à ce qu'ils pénètrent dans l'organisme ; — s'ils ont été absorbés, chercher à les détruire ou à activer les fonctions du foie, qui est un destructeur physiologique des poisons ; — enfin, favoriser l'élimination des poisons par la peau, les poumons, l'intestin, les reins à l'aide des divers moyens : sudorifiques, purgatifs, diurétiques, saignée, inhalations d'air comprimé et d'oxygène ; injections intra-veineuses de médicaments antiseptiques.

Nous devons borner là cette analyse ; malgré sa longueur, elle est bien imparfaite et bien incomplète ; les faits de toute nature que contient ce livre de 300 pages sont si nombreux, si importants qu'il est même difficile de les indiquer tous ; ils demandent une lecture attentive et de longues réflexions ; aussi ne pouvons-nous qu'y renvoyer le lecteur.

Pour notre part, nous y avons déjà trouvé, outre ce qui est acquis, l'ébauche d'un chapitre, qui est encore à écrire, sur les fonctions de protection des organes ; on le chercherait en vain dans les traités de physiologie, et je l'ai entendu maintes fois regretter par M. Verneuil, au cours de ses études sur la pathologie générale chirurgicale. M. Bouchard l'a indiqué à propos du rôle protecteur que joue le foie par rapport à l'intoxication intestinale ; mais il est probable que cette fonction de protection existe pour les autres organes sécréteurs, et nous espérons que cette question si capitale ne manquera pas d'attirer l'attention de M. Bouchard et qu'il en poursuivra la solution dans des études ultérieures. — L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend : 1° Des lettres de candidature de MM. A. Petit et E. Delpech, pharmaciens à Paris, pour la place déclarée vacante dans la section de pharmacie ;

2° Une lettre de M. le docteur Grange accompagnant l'envoi d'une observation de greffe animale avec de la peau de grenouille, suivie de succès, datant du mois de Juin 1885.

M. Panas présente, de la part de M. le docteur Motais (d'Angers), un volume intitulé : *Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés.*

— M. Chauveau présente de la part de MM. Kauffmann, chef des travaux de physiologie et de thérapeutique à l'Ecole de médecine vétérinaire de Lyon, un volume intitulé : *Précis de thérapeutique vétérinaire.*

— M. Laboulbène fait don à l'Académie de 50 volumes de sa bibliothèque.

— M. Brouardel présente de la part de M. le docteur Riembault (de Saint-Etienne) une *note sur la cause de la mort des mineurs dans la catastrophe du puits Chatelus à Saint-Etienne (Loire).* Suivant M. Riembault, la mort des mineurs serait due à une intoxication par l'oxyde de carbone.

— M. le docteur Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecin de Lille, lit un travail sur *l'encéphalocèle traumatique.* Il montre que la prétendue hernie du cerveau peut n'être pas constituée le moins du monde par de la substance encéphalique. A la suite d'une trépanation pratiquée par lui, M. Folet vit survenir une de ces tumeurs pulsatiles, dites encéphalocèles. Or l'ablation d'une très notable portion de cette tumeur, ablation suivie d'ailleurs d'une guérison définitive, et l'examen histologique du fragment enlevé permirent de constater qu'il n'y avait là que du tissu embryonnaire sillonné de larges vaisseaux à parois minces, une sorte de sarcome bénin très vasculaire

©BIU Santé

émané des bourgeons charnus qui couvraient la pie-mère. L'auteur émet l'opinion que bien des tumeurs étiquetées encéphalocèles ont dû présenter cette constitution histologique.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL rappelle à l'Académie que M. le ministre avait demandé qu'elle désignât l'un de ses membres pour remplacer M. J. Béclard, au comité supérieur de protection de l'enfance. Sur sa proposition l'Académie désigne M. de Villiers qui est nommé par acclamation.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

— M. VIDAL est appelé à la tribune pour donner lecture des conclusions de la commission. Voici quelles ont été celles qui ont été adoptées par l'Académie à la suite d'une discussion des plus confuses dont il serait absolument impossible de donner le résumé :

1° L'inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales ;

2° Un médecin-inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissement d'eaux minérales naturelles dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale.

Dans le cas où les nécessités du service l'exigent, un ou plusieurs médecins peuvent être adjoints au médecin-inspecteur sous le titre d'inspecteurs-adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement majeur.

Pendant toute la durée de la saison thermale, les adjoints partagent avec les inspecteurs l'assistance médicale aux indigents.

3° L'inspection a pour objet tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la santé publique. Les inspecteurs font, dans ce but, aux propriétaires, régisseurs ou fermiers, les propositions ou observations qu'ils jugent nécessaires; ils portent leurs plaintes à l'autorité, et sont tenus de lui signaler les abus venus à leur connaissance.

4° Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales.

5° Les délégués du Comité consultatif d'hygiène publique, faisant fonctions d'inspecteurs régionaux, seront chargés d'examiner les rapports administratifs envoyés à M. le ministre du commerce et de l'industrie par les médecins-inspecteurs résidants.

6° Ils visiteront tous les établissements thermaux de leur circonscription, au moins une fois par an, pendant la saison thermale.

Ils séjourneront dans chaque station aussi longtemps que cela sera nécessaire; ils y retourneront à plusieurs reprises, s'ils le jugent utile, ou s'ils sont demandés par le médecin-inspecteur.

Ils s'assureront du bon fonctionnement de l'assistance médicale et du service balnéaire pour les indigents, ainsi que pour les malades ayant droit à la gratuité.

Ils veilleront à l'exécution des règlements intérieurs et à celle des obligations du cahier des charges; ils porteront une attention toute spéciale sur l'hygiène de la localité.

7° Les médecins exerçant dans chaque station d'eaux minérales seront réunis une fois l'an, en *commission consultative*, de préférence vers la fin de la saison thermale, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires ou autres; en un mot, toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station.

La commission consultative sera convoquée et présidée par le délégué du Comité d'hygiène chargé de l'inspection régionale.

8° Les médecins-inspecteurs et les médecins-inspecteurs-adjoints des établissements d'eaux minérales naturelles seront nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie, sur une liste de trois noms proposés par l'Académie de médecine, votant en séance publique, et au scrutin secret.

Si une nouvelle loi venait à être promulguée, il serait désirable qu'elle conférât à

©BIU Santé

l'Académie le droit d'élire des inspecteurs au vote *uninominal*, leur élection devant être nécessairement soumise à l'approbation du ministre.

9° La limite d'âge des médecins-inspecteurs sera fixée à 65 ans. Le titre de *médecin-inspecteur honoraire* pourra leur être accordé.

10° Les délégués chargés de remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux seront désignés par le Comité consultatif d'hygiène et nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie.

Après l'adoption de ces conclusions, M. le Président déclare close la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

— La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le docteur Frömmel est nommé professeur de gynécologie à Erlangen.

— Le docteur M. Borysiekiewicz est nommé professeur d'ophthalmologie à Inusbrück.

— Les docteurs Breisky, Toldt et Richter sont nommés présidents de la Société des médecins viennois.

— Le docteur R. Pohl est nommé assistant provisoire de la clinique psychiatrique du professeur Pick, à Prague.

— Le docteur Stein est nommé médecin civique à Chlummetz.

Russie. — Le docteur Jerussalinsky est nommé directeur adjoint au département des affaires médicales à Saint-Pétersbourg.

— La commission des médecins russes, chargée d'étudier la valeur du traitement par l'aniline proposé par le docteur Kremjamsky contre la phthisie, a prononcé un rapport défavorable étayé à la fois sur les recherches expérimentales effectuées dans le laboratoire du docteur Bogoslowsky et sur les observations cliniques recueillies dans le service du professeur Ostroumow.

— Du 15 mai au 17 juillet, exposition d'hygiène à Varsovie, sous la présidence du professeur Szokalski.

Congrès de Washington. — Les sujets traités à la section de climatologie et de démographie seront les suivantes :

Importance, pour la médecine, de la climatologie et de la statistique nosologique. — Caractéristique des climats proprement dits. — Action des facteurs climatologiques d'après les statistiques de morbidité et de mortalité. — Valeur des sanatoriums climatologiques. — Valeur thérapeutique des sources minérales. — Prophylaxie officielle des maladies basée sur la statistique médicale. — Etudes d'ensemble sur les maladies endémiques, et leur influence sur la prospérité nationale. — Importance d'une nomenclature uniforme en vue de la statistique. — Souffrances politiques et morales envisagées dans leurs relations avec la démographie, et indications à en déduire pour améliorer les conditions de la vie.

On accordera la parole aux orateurs pendant vingt minutes pour les discours et pendant dix minutes pour la discussion.

Les membres du Congrès sont priés d'envoyer, avant le 1er mai, le canevas de leurs communications, ou d'adresser au moins, avant le 1er juin, le titre complet de leurs mémoires. (*Deutsch. med. Woch.*, 1887, n° 27.) — G. S.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 16 avril 1887, M. le docteur Villette, mé-

©BIU Santé

decin de l'état civil du IIe arrondissement de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— MM. J. Voisin, Falret, Espiau de Lamaestre, Baillarger, Bucquoy, Hutinel et Quinquaud sont nommés membres du jury du concours pour une place de médecin adjoint du service des aliénés.

— Par arrêté préfectoral, en date du 29 mars 1887, le mandat des médecins inspecteurs des Ecoles primaires et des Ecoles maternelles de la ville de Paris et des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis est prorogé jusqu'au 1er octobre 1887.

Association des médecins du département de la Seine. — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu, le dimanche 24 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Ordre du jour : Lecture du compte rendu de l'année 1886. — Election du bureau. — Tirage au sort des membres de la commission générale.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — Par arrêté en date du 3 mars, M. Villeneuve, suppléant des chaires de chirurgie, est nommé, à partir du 1er avril 1887, professeur de pathologique externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Pirondi, nommé professeur honoraire.

Tout le monde a encore présent à l'esprit l'enseignement si plein de verve, que M. le professeur Pirondi a fait pendant de si nombreuses années, soit comme professeur de clinique chirurgicale, soit comme professeur de pathologie externe. Les années n'avaient nullement altéré les qualités de l'éminent professeur qui a su, on peut le dire, rester toujours jeune, et les élèves étaient heureux chaque année de le retrouver avec ce même entrain, avec cette même parole chaude et persuasive ; aussi, ne ménageaient-ils pas leurs applaudissements à leur sympathique professeur.

Pendant tout le temps que M. Pirondi est resté à l'Ecole de Marseille, il n'a laissé échapper aucune occasion de montrer combien son enseignement lui était cher, combien il tenait à le mettre au courant de la science moderne. Lorsque l'Ecole n'était que préparatoire et que les cours étaient incomplets, il ne reculait pas devant la besogne et bien souvent il lui arrivait de faire des conférences complémentaires pour initier les élèves aux nouvelles découvertes de l'art médical. Ses nombreux écrits montrent suffisamment ce qu'était son enseignement. Les lecteurs du *Marseille Médical* ont eu souvent les prémices de ses travaux. Aussi espérons que, s'il a quitté la chaire, pour nous, il ne quittera pas la plume.

Hôpital de Fécamp. — MM. les docteurs Valin, Dufour et Fauvel sont nommés médecins auxiliaires dudit hôpital.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 2 avril 1887, pour l'élection au Conseil académique de Toulouse, d'un délégué de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Bonamy, décédé, M. Nogues, professeur de clinique médicale à ladite Ecole a été élu membre du Conseil académique.

Cours de pathologie mentale. — M. le docteur J. Luys reprendra son cours de pathologie mentale, le jeudi 28 avril, à quatre heures, à la Charité, amphithéâtre du 1er étage, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Société de médecine de Paris. — Séance du 23 avril 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. Larroque : Rapport sur la candidature de M. Dumas. — 2. M. Lutaud : De l'action de la morphine sur l'appareil utérin. — 3. M. Dehenne : Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée. — 4. M. Bouloumié : Médications actuelles des glycosuries et diabètes. — 5. Vote sur la candidature de M. de Pezzer.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Albert Le Blond : Traitement du diabète par l'eau chargée d'oxygène sous pression. — II. Association générale des médecins de France. — III. Lettres d'Allemagne. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Traitement du diabète par l'eau chargée d'oxygène sous pression,

Communication lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 avril 1887,

Par le docteur Albert Le Blond.

Mon intention, en apportant devant la Société les faits que j'ai recueillis, n'est pas de faire une dissertation sur la nature et l'origine du diabète, cela m'entraînerait trop loin. Je veux seulement faire connaître un certain nombre d'observations dans lesquelles j'ai pu obtenir la disparition complète de la glycosurie, et d'autres où j'ai observé la diminution de la glycose, mais dans des proportions telles que je n'ai pas de doutes sur l'efficacité du moyen que je vais vous proposer.

Le traitement a consisté à faire prendre aux malades de l'eau chargée d'oxygène pur. L'eau est bue aux repas avec le vin, et la quantité absorbée est d'environ un litre dans les vingt-quatre heures. Cette eau ne présentant aucun goût est facilement acceptée par les malades.

L'eau dont je me suis servi est préparée par la maison Brin et livrée en siphons. J'insiste sur cette marque, attendu que cette eau diffère essentiellement d'une préparation chimique connue dans les laboratoires sous le nom d'eau oxygénée. L'eau de la maison Brin est de l'eau ordinaire, dans laquelle de l'oxygène est dissous par compression.

Comme le gaz tend à se séparer de l'eau dès que cette dernière vient à être versée dans le verre, il convient de boire le liquide rapidement, afin d'absorber la plus grande quantité possible de gaz oxygène.

Dans les analyses d'urines qui m'ont été fournies, j'ai observé qu'il existait une augmentation notable des phosphates alcalins et terreux. Cette déper-

FEUILLETON

CAUSERIE

Conseils à un débutant. (Suite.)

Si je vous ai fait attendre bien longtemps, mon cher ami, la suite de nos entretiens sur votre installation, prenez-vous-en à la grippe, qui ne m'a pas épargné dans ses ravages de cet hiver. Le moyen, je vous le demande, de rassembler des idées et d'ajuster des phrases, quand il semble qu'on a la tête remplie d'eau bouillante ? Car la grippe donne exactement cette sensation, d'une flamme invisible qu'on nous promènerait constamment sur les muqueuses, pour en flamber la surface, comme on fait aux devantures des magasins en réparation. Pendant cette interruption dans notre correspondance, vous avez eu le loisir et peut-être trouvé l'occasion de mettre à profit notre première dissertation sur le mariage ? S'il en est ainsi, tout est pour le mieux; ayant choisi une femme, il vous faut choisir maintenant un logis.

Si vous habitez une grande ville, comme Lyon, Marseille, Bordeaux ou Rouen, vous prendrez un appartement dans une maison à cinq étages, comme vous feriez à Paris ; quant au quartier, il vous sera indiqué par les chances de clientèle résultant d'une succession médicale à recueillir, ou d'une place à créer en raison de la densité de la population. Ces raisons seront bonnes pour vous décider en faveur de tel ou tel quartier ;

©BIU Santé

dition de principes utiles m'a engagé à restituer à l'organisme une partie de ces principes. Aussi ai-je conseillé à la plupart de mes malades l'usage d'une solution de biphosphate de chaux.

Voyons maintenant, en peu de mots, les observations que j'ai recueillies, nous examinerons ensuite quel a pu être le mode d'action de l'eau oxygénée.

Observation Ire. — M. de B... L'analyse de l'urine a été pratiquée par M. Dhuicque, pharmacien.

10 juillet 1886. — Sucre, 35 gr. 60 par litre. On commence le traitement par l'eau oxygénée, mais le malade ne prend pas de phosphate de chaux. Je permets l'usage des féculents sans excès.

28 août 1886. — Sucre, 0 gr. M. de B... se sent très amélioré, continue l'usage de l'eau oxygénée, mais prend des féculents en abondance.

16 septembre. — Sucre, 2 gr. 60. Le malade continue son traitement par l'eau oxygénée; mais trouvant la quantité de sucre éliminée négligeable, prend abondamment des féculents et même du sucre.

27 février 1887. — Sucre, 26 gr. 30. M. de B... m'écrit, à la date du 25 mars : « Mon régime est resté le même, c'est-à-dire que je mange comme tout le monde : farineux, pâtisseries, etc., etc., mais je prends régulièrement l'eau oxygénée. Je vais me mettre ces jours-ci à un régime d'abstinence de farineux dont nous verrons le résultat d'ici quelques jours. »

Obs II. — M. E... L'analyse de l'urine a été pratiquée par M. Godin, pharmacien.

18 mars 1886. — Sucre, 50 gr. par litre. On commence l'usage de l'eau oxygénée et l'on se prive de féculents.

2 mai. — Sucre, 0 gr.

1er juin. — Sucre, 0 gr.

4 août. — Sucre, 0 gr.

Le traitement est suivi régulièrement jusqu'au 7 août. A dater de ce moment, le malade fait usage de farineux et cesse de boire de l'eau oxygénée.

13 octobre. — Sucre, 19 gr. 70. On boit de nouveau de l'eau oxygénée et l'on prend, au moment de l'un des repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

---

il en est une meilleure, qu'il ne faudra pas négliger : c'est le voisinage du pharmacien bienveillant qui donnera votre adresse aux malades. Car le malade ne descend pas seulement du cabinet de consultation à l'officine pour y chercher ses médicaments ; très souvent c'est la marche inverse qu'il suit, montant chez le médecin après avoir pris conseil du pharmacien. Ayez donc à votre portée cet utile collaborateur ; son concours est, sinon indispensable, du moins des plus utiles pour débuter ; il n'y a rien de déshonorant à le solliciter avec dignité, à la condition expresse qu'il ne sera proposé ni consenti aucun contrat d'affaires entre vous. Bornez vos relations à des relations de bon voisinage, basées exclusivement, en fait d'échange, sur celui des bons procédés ; je n'insiste pas davantage sur certaines associations, qu'on a dit exister parfois, mais qui n'appartiennent pas à l'exercice régulier de la profession.

Vous voilà donc muni d'un domicile, dans un quartier avantageux; allez-vous recourir à quelque indice extérieur qui signale votre demeure au passant ? Mettrez-vous une plaque sur la porte de votre maison, et une autre dans l'escalier, sur la porte de votre appartement ? Le rectangle de marbre noir, portant gravé en lettres d'or les mots : Docteur-Médecin, n'est pas un objet insignifiant. A Paris, vous n'auriez là-dessus aucune hésitation : pas de plaque, c'est la loi pour l'élite de la profession ; beaucoup de confrères en ont une, qui n'en sont pas moins honorables ; mais par ce seul fait ils désignent eux-mêmes leur place au second rang de la phalange médicale, parmi les medecins de quartier dépourvus de toute fonction officielle. Ni professeurs, ni médecins des hôpitaux n'ont jamais de plaque à leur porte, et pour se maintenir à leur niveau dans la hiérarchie

BIU Santé

Eau distillée..... 300 grammes.
Biphosphate de chaux..... 6 —

De plus, on cesse de manger des farineux.

8 novembre. — Sucre, 0 gr. A dater de cette époque, on mange un peu de pain.

4 décembre. — Sucre. 0 gr. Le malade, qui se sent bien, diminue la quantité d'eau oxygénée ingérée; il évalue cette quantité à un demi-litre environ par jour.

4 février 1887. — Sucre, 5 gr. 05. On augmente la quantité d'eau oxygénée, et l'on mange du pain.

18 mars 1887. — Sucre, 0 gr.

Obs. III. — M. J... L'analyse de l'urine a été pratiquées par M. Beck, pharmacien. Ce malade est glycosurique depuis de longues années.

28 janvier 1887. — Sucre, 19 gr. 70. Le malade boit chaque jour un litre d'eau oxygénée et en outre fait usage de la solution de biphosphate de chaux indiquée précédemment. Je permets de prendre du pain aux repas, le malade faisant précédemment usage de pain de gluten.

Le malade a la langue sèche, est apathique, et se remue difficilement.

28 février 1887. — Sucre, 5 gr. 37.

Obs. IV. — Mme G... L'analyse de l'urine a été pratiquée par M. Godin, pharmacien.

28 mars 1885. — Sucre, 84 gr. 50. On commence l'usage de l'eau oxygénée et de la solution au biphosphate de chaux. Abstinence de féculents.

13 avril, 22 mai, 8 juillet, 17 novembre 1885. — Sucre, 0 gr.

18 février, 24 juillet, 17 novembre 1886. — Sucre, 0 gr.

19 mars 1887. — Sucre, 0 gr.

Cette malade a continué d'une façon presque continue l'usage de l'eau oxygénée et du biphosphate de chaux. Notons en passant que cette dame présente depuis quelques mois des traces d'albumine dans les urines et que cette substance a pu être dosée dans ces derniers temps.

Obs. VI. — Mme Galli. L'analyse de l'urine a été pratiquée par M. Joigneau, pharmacien.

29 décembre 1886. — Sucre, 62 gr. 70. La malade prend de l'eau oxygénée et la solution de biphosphate de chaux, mais mange du pain aux repas.

15 février 1887. — Sucre, 23 gr. Même régime.

---

sanitaire, il faut les imiter. Que ce soit à tort ou à raison, la question n'est pas là; l'interdiction de la plaque est absolue, à Paris, pour tout médecin qui ne veut pas être regardé un peu de travers, et surtout de haut en bas, par ses confrères. C'est une des nombreuses pudeurs de notre métier, métier dont il n'est permis de vivre qu'à la condition de n'en pas avoir l'air. Le médecin doit se cacher, comme la violette sous les feuilles, et attirer seulement le public par le parfum de sa renommée; tout semblant d'enseigne ou de boutique lui est défendu.

Je crois qu'en province on est moins chatouilleux sur ce point qu'à Paris; cela s'explique ; toutes les maisons en province, même dans les grandes villes, ne sont pas pourvues d'un concierge, ce bienfait essentiellement parisien; comment se renseigner alors sur la demeure du médecin, quand on va chez lui pour la première fois? A Paris, où l'on peut s'en passer, la plaque peut avoir des allures de réclame ; en province, elle est une indication utile, suppléant à l'absence de concierges et quelquefois au numérotage imparfait des rues. Vous pourrez donc, je crois, arborer la plaque sans déchoir, partout ailleurs qu'à Paris, et sur votre porte d'appartement aussi bien que sur la rue ; dans l'escalier, elle remplacera le fonctionnaire qui est chargé à Paris de nous répondre, sur un ton aimable : « Au troisième, à gauche, » et elle dispensera vos clients de sonner à tous les étages avant de vous trouver, ce qui pourrait à la longue ennuyer les voisins.

* * *

Une fois logé, soit à Paris, soit dans une autre grande ville, ce qui vous occupera

©BIU Santé

21 mars 1887. — Sucre, 34 gr.

La diminution de la glycosurie chez cette malade est moindre que dans mes autres observations, mais j'attribue ce résultat à ce que la malade est atteinte d'une bronchite chronique qui restreint le champ respiratoire et gêne l'oxygénation du sang dans le poumon.

Nous devons, en terminant, nous demander quel peut être le rôle de l'eau oxygénée ainsi introduite dans l'économie et comment le sucre existant dans l'organisme est détruit à son contact.

On admet que la glycose se produit normalement dans l'économie, mais que ce produit se transforme sans passer dans les urines. Si la destruction de la glycose n'a pas lieu, cette substance filtre à travers le rein et devient accessible à nos moyens d'investigation chimique.

L'examen de la composition chimique de la glycose nous montre que cette substance est composée de C_6, H^{12}, $O^6 + H^2O$. Dans l'état de fonctionnement régulier de l'organisme, la terminaison ultime de ce sucre est de l'eau et de l'acide carbonique.

En introduisant artificiellement de l'oxygène dans le sang nous pouvons admettre que ce gaz s'empare d'une certaine quantité de l'hydrogène qui entre dans la composition de la glycose, et a pour résultat d'augmenter la production de l'eau, d'où la destruction du sucre. Et ce qui nous porte à admettre qu'il en est réellement ainsi, c'est que nous voyons la glycosurie augmenter dès qu'il existe une gêne respiratoire entravant l'oxygénation du sang dans le poumon.

Association générale des médecins de France (1).

Journée du 17 avril.

Toast porté au banquet par M. H. Roger, Président de l'Association :

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales, vous que j'appelais tout à l'heure

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

d'abord, c'est l'ameublement de votre cabinet. De quelle façon doit être arrangé le cabinet de consultation d'un médecin? Il y a en cela plusieurs écoles; on peut même faire une classification des cabinets de médecins, comprenant les espèces suivantes : le *cabinet sans prétention*, le *cabinet chirurgical*, le *cabinet artistique*, le *cabinet encyclopédique*.

Le cabinet sans prétention est le modeste laboratoire du débutant, avec ses meubles de reps vert, son petit bureau, sa petite bibliothèque : juste ce qu'il faut pour s'asseoir et pour écrire. Cette simplicité n'a rien de déplaisant; on ne peut lui reprocher que de sentir un peu trop le neuf, trop ressembler à un garni.

Le cabinet chirurgical est celui où s'étalent visiblement des instruments, des boîtes, des appareils, où l'acier brille partout, où les engins du métier crèvent enfin l'œil du client au figuré, quelquefois avant de le lui crever en nature. A moins d'être un très grand et très célèbre chirurgien, d'une notoriété accomplie, ces exhibitions sont de mauvais goût; le public n'est certainement pas insensible à la vue d'un pareil arsenal, mais c'est un truc un peu cousu de fil blanc que cette façon de l'éblouir, de l'épater, si vous voulez, par le déploiement de tous nos moyens d'action. Pour quelques visiteurs qui en concevront une haute idée de notre puissance, beaucoup s'en iront souriant et se demandant si nous n'aurions pu trouver une armoire pour y dissimuler nos outils. L'abstention complète est la meilleure règle en cette matière; pas d'instruments du tout, pas même le stéthoscope ou la seringue de Pravaz traînant à l'abandon sur la table, encore moins le spéculum en guise de presse-papier, ni le forceps accroché au

©BIU Santé

les meilleurs amis de l'Association, je vous remercie, au nom du Conseil général, d'être venus à notre fête confraternelle. Votre présence nous est d'autant plus chère qu'elle est forcément rendue plus rare par la distance : amis de toutes les heures, nous ne pouvons, hélas! nous rencontrer qu'un seul jour.

Grâce au bon vouloir des Compagnies de chemins de fer, nos réunions deviendront plus nombreuses, et aujourd'hui, en effet, nos rangs sont plus pressés.

Je vous porte, chers confrères, le toast traditionnel d'affection et de reconnaissance. Permettez-moi d'ajouter un toast supplémentaire : il est un vieil ancêtre médical que, sans doute, vous ne vous connaissiez pas; il exerçait à Paris au XVIIe siècle; ce fut lui qui le premier eut l'idée d'utiliser la vapeur; et n'est-ce pas à lui, en définitive, que nous devrons une affluence plus grande de représentants dans nos Assemblées annuelles? Cet éminent aïeul, c'est Denis Papin.

Dans ce banquet fraternel, je bois à la mémoire de Denis Papin et à sa marmite.

« Qui dure, triomphe, *vince chi dura* », dit un proverbe italien. L'Association, qui a 28 ans d'âge, est la fille chérie de la victoire. Buvons, chers amis, à la pérennité de sa durée et à son triomphe éternel.

M. le docteur SURMAY a répondu comme il suit :

MESSIEURS,

Répondre à M. Roger n'est pas une tâche facile. Aussi, — surpris comme je viens de l'être tout à l'heure, — si je n'écoutais que la prudence, je me tairais. Je cède à l'impulsion du cœur et je me risque. Aussi bien, ai-je à vous proposer de boire à la santé de notre Président magnifique autant qu'aimé, et là-dessus au moins je n'ai pas à craindre les sifflets.

Est-ce que je rêve, messieurs? Ne sommes-nous pas à Thélème et ne voyons-nous pas au milieu de nous le confrère Rabelais..... modernisé? — Ah! l'aurore de demain, d'après-demain au plus tard, nous fera bien voir que nous ne sommes pas encore tout à fait des Thélémistes. — Ce n'est pas la faute de l'Association, encore moins de son Président et des hommes d'intelligence et de cœur qui l'assistent et luttent avec lui de dévouement et de désintéressement pour le bien de notre corporation, pour l'agrandissement et pour la bonne renommée de notre famille médicale. La meilleure manière de leur exprimer notre reconnaissance, c'est de les seconder de toutes nos forces, c'est de nous élever avec eux en cherchant toujours le mieux. — Le mieux, messieurs, nous le

---

mur ou visible à travers une vitrine. Malgré soi, dans les cabinets de cette espèce, on cherche dans un coin une chouette empaillée, comme chez les somnambules, ou un crocodile surpendu au plafond comme chez les alchimistes. Evitez donc, je crois que c'est le plus sage, tout ce qui aurait dans votre cabinet une apparence d'enseigne; si vous tenez absolument à conserver des tænias ou des fœtus dans l'esprit-de-vin, que vos clients n'en sachent rien; ces collections sont votre affaire personnelle. Il n'est pas jusqu'au fauteuil gynécologique qui ne se trouve bien d'être déguisé sous la forme d'un meuble ordinaire, ou placé à part, si faire se peut, dans une petite pièce à côté du cabinet; surtout, si vous êtes forcé de le garder près de vous, rendez-le discret autant que possible, n'en faites pas une estrade bien haute, avec des pédales et des crémaillères, ce qui ne doit se voir que dans une clinique et donnerait à votre cabinet un mauvais aspect de dispensaire.

Le cabinet artistique est d'un tout autre genre, quoique tendant au même but d'impressionner le client. Mais ici c'est par des objets plus riants qu'on frappe sa vue; des bronzes, des tableaux, des gravures, des dessins, qui ont une signification, outre leur valeur artistique. Les bronzes sont des cadeaux de clients reconnaissants, qui ont gravé sur le socle l'expression de leur gratitude; les tableaux, les dessins, sont des hommages de peintres connus, qui ont voulu donner un souvenir d'amitié « *à l'excellent docteur Un tel,* » la dédicace et la signature en gros caractères dans un coin de la toile. Parfois, la photographie d'un homme célèbre, aussi avec dédicace et signature. Le cabinet artistique est au cabinet chirurgical ce que le temple est à la

©BIU Santé

voyons tous, tous nous y aspirons de même ardeur, et ce n'est que l'impatience d'y arriver qui nous divise qnelquefois sur les moyens d'y parvenir. Nous finirons par nous entendre. J'ai la confiance qu'avec le chef que nous nous sommes donné, nous arriverons, — après avoir peut-être beaucoup rêvé —, à un état réel où les — comment dirai-je? — les imperfections du temps présent ne seront plus à leur tour que le souvenir d'un mauvais rêve.

A l'Association! à notre Président!

M. Brouardel se lève à son tour et s'exprime ainsi :

Messieurs, je vous propose de vider votre verre en l'honneur des membres du Conseil judiciaire de l'Association.

C'est un grand bonheur pour moi de profiter de cette occasion pour dire à MM. les Membres du barreau, si dignement représentés ici par MM. Bétolaud et Morillot, l'estime que j'ai pour leur caractère, l'admiration que j'ai pour leur talent. Je voudrais aussi profiter de cette circonstance pour dissiper, s'il est possible, un de nos préjugés médicaux.

Quelques-uns de nos confrères ont été parfois en lutte avec MM. les Avocats dans les retentissants débats des Cours d'assises, ils ont trouvé que ceux-ci avaient eu quelquefois la langue bien acérée, la dent un peu dure. Que mes confrères perdonnent aux avocats, la mission de ceux-ci et celle des médecins ont plus d'un rapport.

La loi veut que, si coupable que paraisse ou soit un accusé, il ne soit jamais jugé sans avoir auprès de lui un membre de la Société chargé de découvrir si dans le passé de cet homme abandonné de tous, si dans les circonstances du crime, il n'y a pas quelque circonstance que l'on puisse invoquer en sa faveur, si dans l'accusation, dans le rapport médical il n'y a pas quelque lacune, quelque doute. Je le répète avec la loi et quand l'avocat discute le rapport des experts, il ne fait que son devoir.

Est-ce à nous à le blâmer? Il n'est pas que des innocents à défendre. Est-ce que nous abandonnons nos incurables? Est-ce que nous ne considérons pas comme un devoir de les entourer de soins, de les endormir par de pieux mensonges? Coupable ou mourant, aucun membre de la Société ne doit être délaissé.

Nos missions ont trop de rapports pour que nous ne comprenions pas cela de l'avocat, et, si nous le comprenons, pourquoi ne vivrions-nous pas dans la plus cordiale amitié? N'est-ce pas d'ailleurs la réalité des choses? Dans les différentes Sociétés locales, n'avez-

---

boutique; celui-ci tout entier à la démonstration matérielle de la grandeur de notre art, celui-là visant le cœur plus que les yeux, disposant les fidèles à la piété par un assortiment d'ex-voto. Il n'est pas défendu de s'entourer des souvenirs que l'on tient de ses amis; il faut seulement mettre quelque sobriété dans leur nombre et leur qualité; n'accumulez pas dans votre cabinet, quand vous les aurez mérités, tout un musée d'*inaltérables attachements*, de *dévouements sans bornes;* choisissez de préférence les moins éclatants parmi ces témoignages, ceux où les formules laudatives sont écrites derrière la toile; en faisant montre des cris de reconnaissance et d'admiration que vous avez fait pousser à vos patients, il semblerait que de chaque tableau, de chaque statuette on fût à chaque instant sur le point de voir surgir un joueur de flûte soufflant en votre honneur; ce concert que vous vous décerneriez à vous-même manquerait de goût et de délicatesse, si vous ne le mainteniez dans les limites permises.

Quant au cabinet encyclopédique, j'appelle ainsi celui qui est tout en livres, en brochures, en journaux, en papiers, montant sur des rayons jusqu'au plafond, couvrant tous les meubles, jonchant le sol. C'est encore une preuve exagérée de science et de labeur que de s'arranger dans son cabinet comme chez un bouquiniste; votre bibliothèque, si elle est très considérable, ce que je vous souhaite, devra tenir, comme vos instruments, dans des armoires *ad hoc*, et ne jamais prendre chez vous des airs de déballage.

Entre ces différentes variétés de cabinet, prenez un moyen terme : des meubles, pas

©BIU Santé

vous pas toujours trouvé près de vous les conseils dévoués, désintéressés des membres du barreau? Je serais bien trompé si, dans ces relations de chaque jour, vous n'aviez pas lié de précieuses amitiés.

Je vous demande, Messieurs, d'associer dans un même remerciement les membres du Conseil judiciaire de Paris et ceux de toutes les Sociétés locales. Je bois aux membres des différents Conseils judiciaires de l'Association.

Me Bétolaud répond au toast précédent :

Messieurs,

Votre conseil judiciaire est toujours très touché des sentiments de sympathie que vous voulez bien lui témoigner. Je vous en remercie en son nom ; je remercie aussi l'éminent doyen de la Faculté de Paris pour le toast qu'il a porté en termes si obligeants, et, d'une façon plus particulière, pour les réflexions dont il l'a accompagné. Ces réflexions, il avait plus que personne qualité pour les faire, et je lui sais gré d'y avoir attaché l'autorité de son nom.

Quand un homme, quel qu'il soit, est affligé d'une maladie, l'humanité veut qu'il y ait un médecin à son chevet ; de même l'humanité et la loi elle-même commandent que tout accusé, quel que soit le forfait, soit assisté d'un avocat ; c'est le droit et c'est le devoir sacré de la défense. Le défenseur se laisse-t-il quelquefois entraîner à un accès d'ardeur ? C'est possible ; mais, je vous le demande, que diriez-vous de lui et de quel mépris ne le couvririez-vous pas, s'il pouvait mériter le reproche contraire ? N'oubliez pas que l'avocat opère, lui aussi, sur la nature vivante et palpitante, au milieu des émotions de l'audience, en plein combat pour la fortune, pour l'honneur, parfois pour la vie de son client ; tout l'excite et l'enflamme. Convenez d'ailleurs avec moi que ce n'est pas seulement dans les luttes judiciaires qu'on rencontre des vivacités de langage ; il s'en produit parfois jusque dans les plus graves académies, et on a vu des savants tout à fait respectables se laisser aller dans des discussions purement scientifiques, à des entraînements qu'il n'était pas possible de mettre sur le compte de la fougue de la jeunesse.

Messieurs, il faut savoir être indulgent pour la passion généreuse apportée dans l'accomplissement d'un devoir ; il faut envisager les institutions par leurs grands côtés ; il faut chercher ce qui nous unit et non ce qui pourrait nous diviser. Vous avez, comme médecins, une noble mission ; le barreau a aussi la sienne, non moins noble, il peut en être fier, et j'ose affirmer qu'il en est digne.

---

tous pareils, pour éviter de faire chambre d'hôtel ; des livres sans excès ; pas d'instruments ; des objets d'art, souvenirs ou acquisitions, pas trop nombreux et bien choisis. Il n'est pas indispensable que vous possédiez une Vénus de Milo sur votre cheminée ; c'est une belle pièce assurément, mais connue, très connue ; cependant, si l'on vous en donne un bel exemplaire en bronze, octroyez-lui une place d'honneur ; si c'est un peu banal, c'est aussi irréprochable. Comme gravures, *La leçon d'anatomie*, toujours de mise aussi, ou bien *La femme hydropique* de Gérard Dow, dont on trouve de belles reproductions à bon compte.

Sur votre table, un encrier qui ne soit pas monumental ; à côté, le siège destiné au client, et celui-ci toujours en face de la lumière et vous à contre-jour ; enfin, si votre installation le permet, ayez chez vous, outre votre cabinet proprement dit, une autre pièce qui soit votre chambre de travail, où ne pénètre que vous seul, ou vous pourrez vous mettre à l'aise, en robe de chambre l'hiver, en manches de chemise l'été, où vous laisserez traîner tout ce que vous voudrez comme il vous plaira ; ce second cabinet sera pour vous, l'autre pour le public ; c'est dans le second seulement que vous travaillerez bien, le corps et l'esprit libres, et sans penser au client, dont le spectre vous hanterait toujours dans la correction nécessaire de votre cabinet officiel.

P. Dubray.

©BIU Santé

J'aime à rappeler que nous appartenons aux deux grandes professions libérales ; elles se valent l'une l'autre. Cependant je dois dire, au risque de passer pour un impertinent, que celle qui est la mienne a sur la vôtre une supériorité, une seule, il est vrai, et je suis porté à croire que vous allez tous être de mon avis : elle a des vacances, ces chères et bienheureuses vacances grâce auxquelles, au barreau, nous restons toujours un peu écoliers. Il est si bon, quand on a les cheveux gris, et encore ce qui en reste, de garder quelque chose des joies de l'écolier. Nous avons les grandes vacances ; nous avons aussi les vacances de Pâques, et c'est à la campagne que j'ai reçu l'invitation de M. le président, qui est toujours le plus aimable des présidents. Il y a deux heures à peine que je suis descendu du chemin de fer, arrivant du fond de ma province, et me voilà au milieu de vous. — Savez-vous l'association d'idées qu'éveille en moi ce cénacle de docteurs? Je pense au médecin de mon village, qui est le type de beaucoup d'autres ; je pense au médecin de campagne et j'ai pour lui une sympathie profonde.

Je le vois courbé sur sa monture, pas fringants, ni le cavalier, ni la monture ; il marche tout le jour, souvent la nuit, par les mauvais chemins, par le mauvais temps, par le vent de bise comme aujourd'hui, par la pluie, par la neige ; il va toujours, pour arriver où? — Il n'amassera pas une fortune, il le sait ; il n'aura pas l'éclat de la renommée ; il n'aura même pas la satisfaction de savoir ses ordonnances fidèlement exécutées par les pauvres gens qu'il soigne ; son existence sera toute de labeur et de sacrifice. Et pourtant il aura sa récompense ; il aura la conscience d'une vie utile et noblement remplie, et il acquerra, ce qui vaut mieux que la fortune et ce que la fortune ne suffit pas à donner, la considération publique.

Messieurs, quand je vois autour de moi les sommités de la science médicale, je m'incline, je salue et j'admire : mais je salue et j'admire aussi le médecin de campagne, ce obscur et vaillant soldat de la phalange médicale qui a la mission pacifique de panser les plaies de l'humanité souffrante.

Messieurs, je vous propose un toast en l'honneur du médecin de campagne.

M. le docteur Monteil (de la Corrèze) remercie Me Bétolaud au nom des médecins de campagne.

Lettres d'Allemagne

Berlin, le 13 avril 1887.

L'ouverture du Congrès a lieu à midi et demi, sous la présidence de Volkmann. La salle est remplie ; malgré cela, j'entends dire de tous côtés qu'il y a beaucoup d'absences. Nouvelles sommités à citer : Lauer, le médecin de l'empereur, le prof. Socin (de Bâle), le prof. Mikulicz (de Kœnigsberg).

Discours présidentiel très court; quelques mots de bienvenue seulement pour les membres du Congrès et les médecins étrangers présents. Volkmann propose ensuite, au nom du bureau, d'accorder le titre de membre d'honneur à Billroth et à Spencer-Wells. (Acclamations.)

Volkmann est élu président, et Bergmann second président; ainsi finissent les préliminaires, dont nous ne voulons pas donner tout le détail.

Prof. **Madelung** (de Rostock) : *Incarcération interne, péritonite et perforation intestinale, au point de vue opératoire.* — C'est un sujet d'actualité qui, tout récemment encore, a préoccupé les chirurgiens de Paris, de Londres, de Hambourg, etc.

En premier lieu, nous nous heurtons aux difficultés de diagnostic; l'incarcération est-elle interne ou externe? Avons-nous une simple coprostase, une péritonite même? Puis, quel procédé opératoire présente le plus d'avantage, laparotomie, entérostomie? Les limites dans lesquelles chacune de ces deux opérations peut se faire ne sont pas même fixées. Combien de divergences d'opinions sur la technique de la laparotomie et plus encore sur celle de l'incision exploratrice! Il arrive souvent, dit l'orateur, que l'opéra-

©BIU Santé

tion, même bien indiquée, est impossible dans la clientèle ordinaire, en dehors des conditions spéciales d'une clinique; il faudra se borner à l'entérostomie.

Madelung insiste sur les dangers de la narcose, surtout à cause des vomissements de matières fécales qui, par leur pénétration dans les voies respiratoires, ont occasionné un nombre considérable d'insuccès. Depuis longtemps déjà, il ne laisse plus narcotiser un malade sans avoir lavé l'estomac avec la pompe de Kussmaul, et il s'en trouve fort bien.

Comment faut-il faire l'incision abdominale, large pour y faire pénétrer la main, étroite pour deux doigts seulement? La grande difficulté gît dans l'état de dilatation des intestins, qui sont fort gênants pour l'examen et très difficiles à réduire. Faut-il faire une ponction avec un trocart, comme le recommande Mikuliez? L'auteur préfère de beaucoup une incision longitudinale de l'intestin, en prenant les précautions antiseptiques nécessaires. Il attire une anse intestinale hors de la plaie, couche le malade sur le côté, isole l'anse, l'incise, laisse écouler longuement les matières fécales et les gaz, puis, après un lavage exact, suture la plaie et procède à la recherche de la sténose.

Pour cette recherche, faut-il, avec Kümmel, faire une très large incision abdominale, sortir les intestins et les examiner, ou simplement les tâter avec la main et chercher ainsi le siège de l'affection? Faut-il dévider tout le paquet intestinal à travers une plaie étroite, comme le font certains chirurgiens, qui tirent l'intestin d'un côté pendant qu'un aide le fait rentrer de l'autre?

Le siège de la sténose étant trouvé, que fera-t-on : la résection de l'intestin ou l'anus contre nature? Souvent il paraît préférable de réséquer la partie malade; on sait que c'est possible, puisque Kœberlé a réséqué *deux mètres* et Kocher 1 mètre 72 cent., sans que l'opéré, après sa guérison, s'en soit trouvé plus mal.

Madelung se déclare opposé à la réunion immédiate des deux bouts réséqués et conseille la formation d'un anus contre nature Il a pratiqué les deux systèmes et s'est mieux trouvé du second.

Outre la sténose, on peut, *dans tous les cas*, s'attendre à rencontrer une péritonite soit locale (peut-être enkystée), soit généralisée; dans ce cas, la désinfection la plus exacte de la cavité péritonéale lui paraît absolument indiquée. Il y a là tout un avenir de succès. Dans un cas de péritonite locale, il a obtenu par le lavage, la désinfection à l'iodoforme et le drainage par le vagin, une guérison parfaite.

Madelung dit en terminant qu'il ne croit pas motivé l'enthousiasme de beaucoup de chirurgiens pour la laparotomie dans le cas d'incarcération intestinale intense. Il ne faut pas se presser trop dans les cas aigus ; la statistique est généralement mauvaise il avoue que, dans plusieurs cas, le résultat de son intervention a été d'activer la mort du malade. Ce chapitre lui paraît un des plus difficiles et des plus obscurs de la chirurgie moderne.

Prof. **Kraske** (de Fribourg) : *Respiration artificielle et contraction artificielle du cœur.* — L'auteur fut amené à cette étude par le cas d'un enfant apporté à sa clinique en état de mort apparente. Pendant une heure trois quarts, la respiration artificielle par le procédé Sylvestre fut tentée. Peu après les premiers mouvements, les lèvres cyanosées, puis les joues reprirent une teinte naturelle, la pupille se rétrécit ; mais le cœur s'obstinait à ne pas vouloir battre et aucune inspiration naturelle ne venait encourager les opérateurs. A chaque pause de la respiration artificielle, la cyanose reprenait, pour cesser dès que le travail était recommencé. Après une heure trois quarts, une artère fut incisée et, comme il ne s'écoulait pas de sang, l'enfant fut abandonné.

Kraske a la conviction d'avoir travaillé dès le commencement sur un cadavre, chez qui il a, par des mouvements artificiels, produit une circulation évidente du sang. Il a répété l'expérience sur des animaux et sur des sujets morts depuis longtemps déjà. Or, en mettant la veine jugulaire en communication avec un vaisseau rempli d'un liquide coloré, et en appliquant le procédé Sylvestre, on arrive à faire pénétrer le liquide jusque dans le cœur gauche, voire même dans une partie de l'aorte. Il a obtenu ce résultat alors

©BIU Santé

même que de forts caillots se trouvaient dans le cœur, alors même qu'une insuffisance mitrale, constatée à l'autopsie, existait.

Prof. **Rosenbach** (de Gœttingue) : *L'érysipéloïde et son étiologie.* — Rosenbach s'est occupé depuis longtemps de cette curieuse affection qui a tous les caractères extérieurs du vrai érysipèle, et qui en diffère par une bénignité remarquable. Les personnes atteintes n'ont pas de fièvre, peu ou pas de douleurs. L'affection part d'un point, s'étend lentement et s'arrête ; elle n'a pas de durée fixe, d'où le nom d'érysipèle chronique, d'*érysipelas migrans* qu'on lui a donné.

L'auteur a réussi à isoler le microorganisme, qu'il cultive dans la gélatine ; il ne l'a rangé encore dans aucune catégorie de microbes connus, car il lui paraît différer de toutes les classes décrites jusqu'à présent. Au premier abord il n'avait reconnu qu'un micrococcus ; mais, depuis lors, en étudiant les cultures, il a découvert que son micrococcus n'est que la spore d'un mycélium très fin, qui demande à être encore étudié.

Rosenbach s'est vacciné lui-même avec son microorganisme, et dès le troisième jour une auréole rouge commençait à se former autour de la piqûre et s'étendait lentement pendant que le centre revenait à l'état normal, comme il l'a vu dans tous les cas observés d'érysipéloïde.

La température, pendant les quatre semaines qu'a duré l'affection, a oscillé entre 36°8 et 37°2.

Docteur **Albrecht** (de Hambourg) : a) *Etude anatomique de la scoliose.* — Albrecht attribue une certaine forme de scoliose, celle des vertèbres dorsales supérieures à la période embryonnaire, et veut que le mélange de sang veineux versé par le trou de Botal dans l'aorte soit la cause d'un plus faible développement de tout le côté gauche, principalement dans la région nourrie par la sous-clavière. Cette différence de développement amènerait une scoliose convexe à droite. Comme preuve, il montre le squelette d'une oie de Chine qui, étant données les conditions inverses de circulation chez l'oiseau, présente une scoliose convexe à gauche. Vu la facilité de produire une scoliose sur un squelette, cette démonstration ne convainc personne et provoque une grande hilarité.

b) *Maladies chirurgicales que l'homme s'est attirées en prenant l'habitude de se tenir debout.* — Une bonne partie des scolioses, les genu vulgum et varum, la spondilolisthésis sont, pour le docteur Albrecht, une suite de cette « position anormale » que l'homme a prise. Pour lui aussi, la descente du testicule, la luxation congénitale des ovaires (!) sont les suites de cette « inepte position ». Enfin, au moment où il allait démontrer la ressemblance entre le vomer et le sacrum, et prouver que l'œil n'est qu'une encéphalocèle, M. le président l'interrompt, et de nombreux cris de « clôture » l'obligent à regagner sa place.

Docteur **Fedor Krause** (de Halle) : *Dégénération ascendante et descendante des nerfs.* — Etude faite sur l'homme et l'animal. L'auteur constate en premier lieu que pendant fort longtemps on peut reconnaître avec un fort grossissement (1,000. Immersion Zeiss) l'emplacement des fibres nerveuses dégénérées. Il constate aussi que nombre de fibres restent intactes dans le bout périphérique du nerf sectionné, mais en nombre moins grand que dans le bout central, *que les fibres dégénérées dans le bout central sont intactes dans le bout périphérique,* ce qui prouve pour lui l'existence d'un double centre trophique, médullaire d'un côté, périphérique de l'autre. Le centre périphérique est en rapport avec les corpuscules terminaux de Pacini ; l'auteur croit le prouver par les préparations microscopiques qu'il a obtenues.

Krause ne croit pas à la possibilité de la régénération d'un nerf si les deux parties ne sont rejointes l'une à l'autre *directement.* Il croit que la fibre nerveuse se régénère seulement le long de la fibre nerveuse altérée dont l'existence est longtemps constatable après la dégénérescence.

(*A suivre.*)

SBIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues de la quinzaine :

Annales de médecine thermale, n° 4; — *Bulletin de la Société industrielle et agricole d'Angers*, LVe année, t. XXV, 3e série, 1er et 2e semestres 1884; — la *Revue de Portugal et de ses colonies*, publiée en français à Lisbonne, VIe année, numéros de janvier et février 1887; — circulaire du ministère de l'instruction publique demandant que, pour le 25e Congrès des Sociétés savantes, qui s'ouvrira à la Sorbonne le 31 mai, la Société veuille bien désigner ses délégués, au plus tard avant le 5 mai.

Correspondance manuscrite. — Lettre de remerciements de M. le docteur E. Desnos, nommé membre titulaire; — lettres de MM. Dehenne, Pellier et Larroque s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Dubrisay, au nom de la commission dont il faisait partie avec MM. Perrin et de Ranse, rend compte de l'entrevue que ces Messieurs ont eue avec la commission parlementaire présidée par M. Siegfried, et des observations qu'ils ont été amenés à présenter au sujet des projets d'organisation de l'hygiène publique. (Sera publié.)

Sur la proposition de M. Rougon, des remerciements sont votés à la commission; M. Rougon rappelle que, depuis 1806, la Société ne s'est jamais désintéressée des questions d'hygiène, et qu'elle leur a toujours accordé une large place dans ses travaux.

M. Le Blond lit un travail sur le *traitement du diabète par l'emploi de l'eau oxygénée.* (Sera publié.)

Après quelques observations de MM. Rougon, de Ranse, Bouloumié, la Société décide de porter à son ordre de jour la question du *traitement du diabète.*

M. Delefosse lit un rapport favorable sur la candidature de M. le docteur de Pezzer au titre de membre titulaire.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Doléris lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire sur l'*opération d'Alexander.* (Comm. MM. Desnos, Le Blond et Richelot, rapporteur.)

Elections. — MM. Auvard et Ruault sont élus membres titulaires à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nécrologie. — Le *Medical Press and Circular* du 23 mars 1887 annonce la mort regrettable du docteur Carrington, l'un des médecins (*Senior assistant Physician*) de l'hôpital de Guy (de Londres), qui a succombé à une pleuro-pneumonie. On pense qu'il a pu subir une infection en faisant l'autopsie d'un homme qui était mort avec des symptômes ressemblant à ceux de la morve. C'est le quatrième médecin que perd l'hôpital de Guy dans ces dernières quatre années.

Castration des chiens contre la rage. — M. Karüzo, habitant la Russie méridionale, affirme, dans le *Novorossûsky Telegraf* du 13 janvier 1887, que de nombreuses observations lui ont démontré que les chiens châtrés ne sont pas aptes à contracter la rage.

Longévité. — Si l'on en croit le *Rüssy Kürier* du 1er février 1887, une femme, nommée Ludivilla Christophor, vient de mourir à l'âge de 118 ans, à Rothdorf, dans le gouvernement de Courlande. Elle avait joui d'une excellente santé pendant toute sa vie.

Hôpitaux de Londres. — On se plaint beaucoup à Londres du peu de générosité des

©BIU Santé

habitants de cette capitale envers les institutions de charité. « Cette vaste métropole, dit sir Rutherford Alcock, dans une lettre adressée au *Times*, avec sa richesse sans égale, sa contribution foncière de 25,363,550 livres sterling (634,088,750 francs), et son luxe qui va toujours progressant, ne peut pas — ou ne veut pas — soutenir les 150 institutions créées pour le traitement et le soulagement de ses malades pauvres! Aucun de ces établissements n'a encore fermé ses portes, mais plusieurs ont fermé quelques-unes de leurs salles. L'insuffisance du revenu a amené la diminution notable du nombre des lits. La grande majorité des habitants de Londres restent étrangers à toute souscription en faveur des hôpitaux, qui ne sont secourus que par 100,000 sur une population de 4,000,000, c'est-à-dire 2 1/2 p. 100 seulement. » On sait que les établissements hospitaliers sont entretenus en Angleterre, non par l'État, mais par des souscriptions volontaires.

Vaccinations africaines. — Le *Journal de l'Association médicale américaine*, 12 mars 1887, rapporte le fait suivant : Archdeacon Farrar écrit de Magila, dans l'est de l'Afrique, qu'il vient de sauver le district de Magila d'une invasion de petite vérole en vaccinant tous les habitants sans exception. En effet, tandis que les districts voisins ont considérablement souffert de l'épidémie, celui de Magila, qui ne compte pas moins de cent villages et de plusieurs milliers d'habitants, n'a pas eu un seul malade. Ce résultat a produit un grand effet sur les populations. On ne saurait trop répandre les faits de cette nature, puisque la vaccine a encore des détracteurs. — R.

COURRIER

M. le docteur Bérenger-Féraud se présente comme candidat à la place de correspondant, laissée vacante, dans la section de médecine et chirurgie de l'Académie des sciences, par le décès de M. Leudet.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desvignes (d'Egleny) et Pétel (de Louviers).

Société de médecine de Paris. — Nous rappelons à nos lecteurs que les mémoires pour le prix Duparque devront être parvenus avant le 1er juin 1887 au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye.

Ce prix, de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs, sera décerné en 1887 au meilleur travail, manuscrit et inédit, sur un sujet quelconque de pathologie interne.

Société médico-pratique. — Séance du 25 avril. — *Ordre du jour :* 1. M. Richelot : Observation d'exstrophie de la vessie chez une petite fille. — 2. M. Coursserant : Observations de dacryo-adénite aiguë. — 3. M. Barette : Cure radicale des hernies; résultats d'une opération récente; pièce anatomique à l'appui. — 4. M. P. Chéron : Contribution à l'étude du danger de l'antipyrine. — 5. M. Brocq : Traitement des kéloïdes par l'électrolyse. — 6 M. Roux : Fracture du radius traitée infructueusement par le massage et la non-immobilisation.

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.

©BIU Santé

Sommaire

I. Lettres d'Allemagne. — II. Revue des Journaux : Accouchement pendant le sommeil hypnotique. — III. Thérapeutique : La médication de la tuberculose. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

Lettres d'Allemagne

Berlin, le 14 avril 1887.

Séance du 14 avril (matin). — Présidence de Volkmann.

Prof. **De Bergmann.** — *a*) Présentation du paquet intestinal d'un enfant mort il y a peu de jours et ayant eu des symptômes d'iléus. La sténose était produite par une bride fibreuse. Bergmann tenta l'anus contre nature, mais l'enfant mourut peu de temps après l'opération.

b) Invagination de l'intestin grêle, résection et mort au bout de six jours.

Hurry Fenwick (de Londres) : *Moulage de la prostate sur le vivant*, avec de l'argile, comme moyen de diagnostic de l'hypertrophie. — Après avoir cocaïnisé le rectum, l'auteur introduit dans sa cavité une boule d'argile plastique de la grosseur d'une prostate ordinaire ou un peu plus forte, qu'il applique et modèle avec deux doigts sur la partie postérieure de la prostate.

Helferich (de Greifswald). — *a*) Présentation d'un malade atteint de *myosite ossifiante généralisée*. La maladie a commencé d'une manière aiguë en 1876; depuis 1879, les manifestations sont plutôt stationnaires.

Presque tous les muscles sont dégénérés, et sur le corps du malade on ne voit et on ne sent que des bosselures osseuses.

Pour Helferich, la maladie est bien de nature inflammatoire et mérite son nom de myosite.

Volkmann ne croit pas à une myosite, à une affection rhumatismale ossifiante; pour lui, c'est une maladie de croissance qu'il rapproche de l'exostose cartilagineuse multiple de Virchow.

Helferich fait remarquer que, chez ce malade, toute lésion, coup, piqûre, etc., était suivie d'ossification dans le voisinage immédiat du trauma, ce qui parle en faveur de la nature inflammatoire de l'affection.

b) *Tumeur de la clavicule droite*, énorme, adhérente au thorax, s'accompagnant de paralysie dans plusieurs muscles du bras et d'un certain gonflement de la nuque. A l'autopsie, on trouva, outre la tumeur de la clavicule, des masses sarcomateuses dans les muscles de la nuque, dans le corps de la cinquième vertèbre, dans le rein droit, dans le foie. Helferich se demande si l'affection primaire n'était pas celle du rein, avec métastases emboliques multiples.

Bramann (assistant de Bergmann) : *Un cas de dégénération kystique du squelette.* — Femme de 34 ans, sans antécédents héréditaires; plusieurs accouchements normaux; grossesse il y a trois ans avec douleurs dans les membres; accouchement pénible au septième mois. Depuis lors, douleurs continues. En 1885, chute et fracture du fémur droit, qui guérit avec raccourcissement. La marche devient peu à peu très difficile. La malade se fracture le bras gauche dans son lit; pas de consolidation. Entrée à la clinique de Bergmann, la malade se fracture le bras droit. L'urine contient un peu d'albumine.

A l'autopsie, les côtes sont faciles à sectionner, les os de la colonne vertébrale sont très mous, le bassin rétréci, le fémur droit grossi dans la région de l'ancienne fracture, sa couche corticale excessivement faible. Sur la section de l'os, on trouve, dans le voisinage de la fracture, de nombreux kystes à parois lisses, qui paraissent s'être développés dans le cal. Le tissu entre les kystes présente le type du tissu ostéoïde. La dégénération kystique se retrouve au voisinage de toutes les fractures, mais aussi dans l'un des tibias, qui n'a pas été fracturé.

©BIU Santé

Setter (de Kœnigsberg en Prusse) : *Cancer du pylore.* — Opération le 17 février 1887. Excision de la tumeur, puis suture des deux bouts réséqués; guérison rapide; la malade se trouve aujourd'hui parfaitement bien.

Rydygier (de Culm). — Estomac réséqué il y a deux ans et demi pour un *cancer du pylore;* récidive locale; on ne peut reconnaître la place de la suture stomacale.

Un autre sujet vit depuis six ans sans signes de métastase ou de récidive locale (opération pour cancer du pylore). Un autre a été opéré il y a quatre ans pour ulcère rond et se porte à merveille.

Il paraît à l'auteur que l'on devrait agir chirurgicalement plus souvent qu'on ne le fait, dans les cas d'ulcère rond de l'estomac, en particulier dans les cas de perforation. Kocher et Mikulicz ont tous deux sauvé un malade par une laparotomie faite à temps avec suture de la perforation. Dans les deux cas, le contenu stomacal avait pénétré dans le péritoine; Mikulicz y trouva même plusieurs morceaux de pomme de terre.

Petersen (de Kiel) présente plusieurs préparations d'estomac (opérations faites par Esmarch).

a) Estomac d'un sujet mort sans récidive six ans après la résection du pylore pour carcinome. Pas de sténose cicatricielle.

b) Mort six semaines après l'opération, de collapsus. Ligne de suture parfaitement guérie; pas traces de récidive.

c) Mort trois jours après l'opération. Une partie de la suture s'était défaite par suite de gangrène locale de la paroi stomacale, probablement causée par la pression d'une pince.

d) Malade guéri en peu de jours et qui va très bien.

Wœlfler (de Graz) : *Résection du pylore.* — Malade opérée en 1881 et morte cinq ans après, avec de nombreuses métastases hépatiques. L'estomac a toujours fonctionné merveilleusement, la mort est survenue dans le marasme. L'estomac a sa forme naturelle et ne semble pas rétréci. Extérieurement on a de la peine à retrouver l'emplacement de la suture; celle-ci est marquée en dedans par une légère élévation de la muqueuse, surtout à l'endroit de la suture annulaire du duodénum avec l'estomac.

Kocher (de Berne) n'a pas trouvé le même résultat que Wœlfler, dans deux autopsies faites, l'une deux ans et demi après l'opération, l'autre six mois après. Les deux opérés sont morts avec des signes de sténose et l'on s'attendait à trouver une récidive locale. Dans les deux cas, c'était une simple rétraction cicatricielle à l'endroit de la suture annulaire.

Kocher se propose donc à l'avenir de fermer l'estomac et le duodénum chacun de leur côté et de faire la gastro-entérostomie.

Hahn (de Berlin) croit que la sténose n'est pas tant à craindre. Il présentera demain un malade chez lequel il a fait la gastro-entérostomie il y a deux ans et qui se porte à merveille, bien qu'on ait laissé en place une grosse tumeur du pylore, inopérable à cause de ses adhérences et qui avait été crue de nature carcinomateuse. Il avoue douter maintenant de son diagnostic.

Lauerstein (de Hambourg) rapporte un cas de résection du pylore; mort de pneumonie quelque temps après l'opération; commencement de récidive locale.

Wœlfler trouve les cas de Kocher très intéressants, parcequ'ils sont encore inconnus. Il se demande si la sténose cicatricielle ne dépend pas du genre de suture employée par l'auteur. Wœlfler ne croit pas que l'on doive préférer la gastro-entérostomie à la résection avec suture immédiate du duodénum à l'estomac. Par la gastro-entérostomie, le danger de sténose cicatricielle n'est pas écarté.

Prof. **Israel** (de Berlin) : *Cancer du rein.* — Israel croit que jamais tumeur du rein n'a été diagnostiquée dans une période aussi peu avancée que le cas présent.

Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans. En l'examinant sous le chloroforme, Israel toucha la partie inférieure du rein, et trouva une tumeur grosse comme une petite noisette. Le cas resta en observation et la tumeur paraissant grossir, le rein fut excisé. Incision lombaire au bord externe du muscle carré des lombes, incision concave parallèle à la douzième côte; guérison parfaite.

©BIU Santé

Le rein excisé n'est nullement grossi ; on trouve dans sa partie inférieure une petite tumeur de nature carcinomateuse, pas plus grosse qu'une cerise.

Madelung : *Kyste dermoïde du rein.* — Néphrotomie pour dilatation kystique d'une calice, en juillet 1886. Mort cette année d'un érysipèle. A l'autopsie on trouva un gros dermoïde (comme un œuf d'autruche) à contenu calcifié.

Certaines parties du rein sont encore normales et l'uretère n'est pas fermé. Dans la substance médullaire quelques petits kystes de rétention.

Lange (New-York) : *Néphro-lithotomie.* — Lange trouve que, si le diagnostic de calculs rénaux est difficile, l'extraction de certaines grosses pierres, envoyant des prolongements dans les calices, ne l'est pas moins.

Il cite un cas de suppression totale d'urine après une néphrotomie avec extraction d'un gros calcul. L'auteur, après avoir rouvert la plaie et constaté que tout était en ordre, fit la néphrotomie de l'autre côté, et trouva l'uretère bouché par un caillot sanguin mêlé à de petits graviers. Par une irrigation énergique de l'uretère, il arriva à tout faire rentrer dans l'ordre, et le malade guérit.

Küster (de Berlin) a diagnostiqué un cas de calculs rénaux multiples avec sûreté, car on sentait les calculs remuer sous la main et frotter l'un contre l'autre.

Prof. **Tillmanns**. — Présentation d'un rein avec calculs multiples. La néphrotomie a été faite, mais les calculs n'ont pas été trouvés, et le malade est mort peu après.

Docteur **Stelzner** (de Dresde). — Démonstration de nombreux *corps étrangers* extraits de l'estomac et de l'intestin par une opération.

Le sujet est un prisonnier qui, pour se tuer, avala divers objets, et qu'on amena à l'hôpital avec tous les signes de l'iléus. Laparotomie et extraction d'une dizaine de morceaux de bois de 8 à 10 centimètres de long de l'intestin grêle et de l'estomac; guérison.

Le prisonnier, s'étant trouvé mieux à l'hôpital que dans sa prison, recommença à avaler des corps étrangers avec le même succès, et il fallut lui extraire à nouveau, cette fois uniquement de l'intestin grêle, trois morceaux de bois de 9, 5 et 3 centimètres de long, plus un morceau de manchette en caoutchouc. Guérison, cette fois, sans récidive.

Volkmann communique le cas d'un individu chez qui il a extrait de la vessie 22 condoms en caoutchouc, quelques-uns intacts, d'autres incrustés de phosphates. Le malade se les était introduits consciencieusement dans l'urèthre, croyant que c'était la manière de s'en servir.

Le docteur **Stelzner** raconte l'histoire d'un jeune homme de 26 ans qui, en janvier 1887, tenta de se tuer en s'enfonçant une forte aiguille à coudre dans le cœur. Appelé quelques heures après, l'auteur constata un pouls très fréquent, irrégulier; à l'auscultation, on entendait un bruit de souffle systolique. Il attendit encore un peu, l'état restant relativement bon. Vingt-quatre heures après, des symptômes alarmants s'étant produits, on se décida à rechercher l'aiguille : incision de la peau, du muscle, résection d'une côte, sans trouver l'aiguille. Elargissement de l'incision, mise à nu de la plèvre qui recouvre le cœur; ouverture du sac pleural, dans lequel tombe par malheur un tampon de gaze iodoformé; enfin, incision du péricarde, où l'on trouve quelques peu de sang extravasé. On voit parfaitement où l'aiguille a pénétré, mais on ne la trouve pas. Stelzner introduit sa main derrière le cœur, arrive à sentir le corps du délit, le fait saillir, mais au moment où il veut s'en saisir avec une pince, la pointe a disparu, et, depuis lors, l'aiguille n'a jamais été revue ni sentie.

Le malade a parfaitement guéri et se porte à merveille, avec son aiguille dans le cœur et son tampon de gaze iodoformée dans la plèvre.

Hahn (de Berlin) présente une aiguille à tricoter de 13 centimètres, extraite par Bergmann du cœur d'une jeune fille apportée dans son service. Cette jeune fille tricotait, quand un soufflet de sa mère lui fit faire un mouvement et enfoncer son aiguille dans la région cardiaque. Pouls irrégulier, bruit systolique intense, cyanose, signes de collapsus. Extraction très lente de l'aiguille, pour laisser se former un caillot dans la

©BIU Santé

plaie; diminution progressive, pendant l'extraction, du bruit systolique, et chute du pouls de 128 à 96; guérison.

Dr Edmond Lardy.

REVUE DES JOURNAUX

Accouchement pendant le sommeil hypnotique. — Une femme chez qui les contractions utérines étaient excessivement douloureuses, fut mise dans un état de sommeil hypnotique et rendue inconsciente par le docteur G. Braun. Les contractions conservèrent leur énergie pendant l'état d'inconscience, mais leurs intervalles furent un peu plus prolongés. La dilatation des passages s'opéra de la manière la plus satisfaisante, et la délivrance s'accomplit rapidement. Le placenta, parvenu dans le vagin, fut facilement extrait. A son réveil, l'accouchée n'accusa aucune douleur, et s'endormit d'un sommeil naturel pendant plusieurs heures. Il n'y eut qu'un léger écoulement de sang. Un des traits les plus intéressants de ce cas, c'est que les contractions utérines déterminèrent les contractions des muscles abdominaux sans réveiller la patiente. (*Wiener med. Wochenschrift*, et *The american Lancet*, mars 1887.) — R.

THÉRAPEUTIQUE

La médication de la tuberculose,

Par M. le docteur Calmon.

Les médications proposées en ce moment contre la tuberculose pulmonaire sont si nombreuses qu'il me semble utile, pour les praticiens, qui ne peuvent donner beaucoup de temps à la lecture, de résumer en quelques lignes l'état actuel de la question. J'éliminerai, tout d'abord, les préparations qui ont pour but de calmer la toux ou de relever les forces du malade, et je ne m'occuperai que de celles qui, se basant sur la méthode antiseptique, visent spécialement la destruction du bacille.

Voici le résultat de mes expériences personnelles ou de celles que j'ai pu recueillir :

L'*iodoforme*, pur ou associé au goudron, en capsules ou en pilules, a donné des résultats appréciables comme antiseptique gastro-intestinal, en agissant ainsi par contact; mais, contre la phthisie, même après un traitement prolongé, les bacilles n'ont pas disparu des crachats; l'état général ne s'est pas amélioré; il y a eu même, dans deux cas, aggravation par suite de la perte de l'appétit.

Les *injections rectales gazeuses* n'ont pas prévenu les poussées tuberculeuses et n'on pas arrêté l'évolution de la phthisie. Les sueurs n'ont pas été influencées. Il n'y a pas eu d'abaissement de température. J'ai observé quelques troubles intestinaux, par suite du ballonnement du ventre et du dérangement de l'heure des repas. Comme MM. Spillman et Parisot, j'ai obtenu quelquefois un sommeil calme, dû à l'action de l'acide carbonique; comme eux, je crois que cette médication peut être utilement employée, dans certains cas, comme palliative, mais non curative.

L'*aniline* en solution, pilules, pulvérisation, m'a donné des résultats inférieurs à ceux obtenus par le goudron naturel dont elle est du reste extraite.

Le *sulfite de soude* et les *sulfureux* sont depuis longtemps connus et conseillés comme ayant une efficacité marquée contre certaines formes catarrhales, mais ne détruisent pas les bacilles, alors même qu'ils sont administrés à des doses difficilement tolérées.

Les *injections sous-cutanées d'Eucalyptus* ou de ses dérivés, dont MM. Ball et Dujardin-Beaumetz se sont récemment occupés à l'Académie ne donnent pas de meilleurs résultats. « Je n'ai jamais observé, dit M. Dujardin-Beaumetz, la disparition des bacilles dans les crachats. Je reconnais que l'Eucalyptol en injections sous-cutanées modifie l'expectoration, en diminue la quantité, mais la dyspnée et la gêne respiratoire augmentent, l'exhalation de l'Eucalyptol gêne les malades et leur fait perdre l'appétit. » Nous n'insisterons pas.

A la suite de ces quelques expériences, j'ai remis mes malades à la médication pré-

©BIU Santé

conisée, depuis près de dix ans, par MM. Bouchard et Gimbert et depuis par les plus éminents praticiens qui n'ont du reste adopté la créosote de hêtre qu'après bien des expériences comparatives. Serait-ce que dix ans d'existence sont assez longs pour un médicament, pour l'abandonner et recourir à de nouveaux, qui n'ont rien à leur actif? Je donne à mes malades 8 à 12 capsules Dartois par jour, c'est-à-dire de 4 à 6 aux deux repas de midi et du soir; le matin je donne, selon les cas, de l'iodure, du tannin, des phosphates, des sulfureux. — Après quelques jours de traitement, l'expectoration diminue et j'ai observé, plusieurs fois, la disparition complète des bacilles, cessation de la fièvre, retour rapide de l'appétit et des forces. Lorsque, au lieu de phthisie confirmée, je n'ai eu affaire qu'au catarrhe ou à la bronchite chronique, dont les formes variées peuvent quelquefois donner lieu à un diagnostic incertain, la guérison a toujours été la règle. Ces excellents résultats n'ont pas lieu d'étonner si l'on considère que la créosote de hêtre est une heureuse association naturelle de principes antiseptiques et balsamiques complets.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Steinher (de Naples), a enlevé sur des animaux les canaux demi-circulaires et il a constaté que cette opération n'avait aucune influence sur la coordination des mouvements. Il en conclut que chez l'homme il en serait de même et M. Vulpian, tout en trouvant la conclusion un peu prématurée, pense que les expériences de M. Steinher doivent être prises en sérieuse considération.

— M. Germain Sée lit une note intitulée : *de l'antipyrine contre la douleur*. L'antipyrine, découverte par Knorr en 1883, a pour formule C^{11} H^{12} Az^2 O, et pour mode d'action sur l'organisme, un pouvoir réfrigérant, rapide et passager: 1° dans les fièvres, où elle ne saurait lutter avec la quinine ; 2° dans le rhumatisme fébrile, où elle peut, jusqu'à un certain point, soutenir le parallèle avec le salicylate de soude, qui agit néanmoins plus sûrement et plus vite dans les rhumatismes intenses et généralisés, ainsi que je l'ai constaté chez treize rhumatisants gravement atteints.

Mais ce n'est plus là l'intérêt véritable de la question: il importe maintenant de déterminer quels sont, outre la fièvre, les éléments morbides véritablement justiciables de l'antipyrine.

Pour résoudre le problème, il suffit d'appliquer le remède aux affections rhumatiques ou goutteuses, qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou mieux encore, aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur. Or, sur quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, qui avaient été traités inutilement par les pointes de feu ou par le salicylate de soude, la douleur avec l'engorgement articulaire disparurent en quelques jours, sans récidive, quand on eut le soin de continuer la médication à petite dose, pendant une semaine environ.

Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, et fixés sur les poignets ou les jointures des membres inférieurs; l'antipyrine, à la dose de quatre à six grammes, fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage.

Mais c'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit le maximum d'action. Une première série de quatorze observations relatives aux douleurs de tête, porte sur quatre cas de névralgies faciales, dont une invétérée, qui cédèrent rapidement ; six migraines anciennes et répétées, dont cinq guérirent en deux heures de temps à l'aide de deux grammes d'antipyrine ; une seule résista au traitement que la malade ne put pas supporter (voir des faits analogues récemment cités par White) ; la série se complète par deux céphalées dues à la croissance, et par deux autres cas dus à une cause infectieuse.

©BIU Santé

Une deuxième série de dix-huit observations comprend diverses névralgies ou névrites et des douleurs musculaires, à savoir : cinq cas de sciatique (voir observations analogues publiées dans ces derniers jours par Ungar et Martins); une névrite grave des nerfs du bras ; deux névrites chez des diabétiques ; trois névrites dues au zona, dont deux cessèrent immédiatement (un insuccès) ; des observations de lumbago datant de deux à dix semaines ; enfin des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées, et des fatigues musculaires douloureuses telles qu'on les observe si souvent chez des individus surmenés ou névropathiques.

A ces deux catégories d'état nerveux, il faut ajouter une grave affection du système nerveux, caractérisée par les douleurs les plus vives, les plus persistantes et rebelles à toutes sortes de moyens thérapeutiques ; je veux parler de l'ataxie locomotrice, localisée, en tant que douleurs, par Charcot, dans la moelle épinière, et plus récemment, dans les nerfs périphériques.

Il y a quelques semaines, Lépine (de Lyon) avait reconnu le pouvoir de calmer ces douleurs fulgurantes à un remède antithermique récemment découvert, à savoir : l'antifébrine ou acétanilide, qui vient d'être appliquée à certains états nerveux ; c'est un moyen précieux, mais difficile à manier parce qu'il est insoluble, inefficace au-dessous d'un demi-gramme, dangereux au delà d'un gramme ; son action est alors souvent marquée par une grave altération du sang qui devient brun chocolat, se charge de méta hémoglobine au lieu de l'hémoglobine naturelle, perd une partie de son oxygène et détermine une coloration livide appelée cyanose, comme le dit Lépine lui-même dans un mémoire paru il y a quelques jours. En même temps il survient chez les fiévreux surtout un trouble profond de la circulation avec collapsus général (phénomène constaté tout récemment au congrès de Moscou).

L'antipyrine lui est supérieure de tous points ; elle produit les mêmes résultats, et calme les douleurs sans présenter le moindre danger ; j'en ai eu la preuve dans quatre cas d'ataxie, un cinquième cas résista à l'un et à l'autre remède.

Il me reste à mentionner un dernier groupe de maladies qui, elles aussi, se présentent parfois avec des douleurs vives : je veux parler des maladies du cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires cardiaques qui se traduisent par des douleurs locales à la pointe ou à la base du cœur, et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche ; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques sous l'influence répétée de 4 à 5 grammes d'antipyrine, laquelle a d'ailleurs le grand avantage de ne troubler en rien ni la force ni la régularité des battements cardiaques, et peut être continuée longtemps sans aucun inconvénient.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, que rien ne rapproche que l'élément douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins, de 6 grammes au plus, qu'on administre à une ou quatre heures d'intervalle, sous forme de solution aqueuse contenant 1 gramme par cuillerée. De cette façon, le médicament ne produit aucun effet préjudiciable, si ce n'est parfois des nausées, des vomissements ou des vertiges passagers ; il importe alors de fractionner la dose par demi-gramme, et de la délayer dans de l'eau glacée.

A l'aide de cette précaution, on n'observe en général aucun trouble dans les fonctions de l'organisme : la respiration reste normale, le cœur continue à battre sans que les pulsations soient augmentées ni diminuées ; la température reste la même, excepté dans la fièvre, où il se développe, avec des sueurs énormes, une réfrigération souvent dangereuse. L'inconvénient le plus sérieux qu'on observe, surtout par la prolongation du traitement ou par les doses trop élevées, consiste dans une éruption semblable à l'urticaire ou aux plaques de la scarlatine ; dès qu'on réduit la quantité, l'éruption disparaît.

Dans tous les cas, le médicament s'élimine en nature, et on peut le retrouver dans les urines filtrées, à l'aide du perchlorure de fer qui leur communique une teinte rouge très prononcée, et cela pendant un à deux jours encore après la cessation du médicament.

On peut conclure, de toutes ces recherches, que l'antipyrine est un remède de la

©BIU Santé

douleur. Comment se produit cette sédation des affections douloureuses? L'expérimentation que nous avons pratiquée avec mon chef de laboratoire, M. Gley, nous éclairera à ce sujet.

Injectée à la dose de 2 grammes sous la peau d'un chien de 10 kilog., l'antipyrine produit trois sortes de phénomènes : d'abord une diminution très notable de la sensibilité, et même une véritable analgésie dans le membre injecté, parfois en même temps du côté opposé.

En deuxième lieu, chez l'animal antipyriné, l'excitation électrique du nerf sciatique ne produit plus dans les muscles du côté opposé qu'une contraction réflexe très amoindrie, ce qui indique un affaiblissement de la perceptivité sensitive et du pouvoir réflexe de la moelle épinière.

En troisième lieu, si on empoisonne l'animal excepté un seul membre dont on lie l'artère, on voit que les muscles antipyrinés se contractent lentement, difficilement, tandis que le membre préservé conserve sa contractilité; ceci prouve que l'antipyrine agit aussi directement sur les nerfs musculaires.

A ces trois faits positifs, qui démontrent l'action de l'antipyrine sur la moelle épinière ainsi que sur les nerfs musculaires de la périphérie, il importe d'ajouter un fait négatif d'une haute portée, à savoir la complète intégrité du cœur qui y reste, pour ainsi dire, indifférent, et des vaisseaux qui n'éprouvent aucune modification dans la pression sanguine normale.

Ainsi l'expérimentation physiologique vient confirmer toutes les données de l'observation : suppression de la sensibilité et de l'excitabilité réflexe chez les animaux, suppression de la douleur dans l'organisme malade, sans trouble ni dans le rhythme du cœur, ni dans la force de la circulation.

L'antipyrine peut donc être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Suite de la discussion sur l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. — Rapports sur deux observations de plaies de l'abdomen par coup de feu; sur un mémoire intitulé : « Des plaies de l'abdomen pendant l'expédition du Tonkin. » — Observation de plaie de la main par arme à feu ; amputation en V, guérison. — Observation de pied-bot varus traité avec succès par la tarsotomie après plusieurs tentatives de ténotomie. — Présentation de malade : tumeur blanche du genou traitée par la résection, guérison sans raccourcissement.

M. Le Dentu, à l'occasion du procès-verbal, fait ressortir la pénurie des observations de trachéotomie sous le chloroforme publiées en France. Les bulletins de la Société de chirurgie ne contiennent que des témoignages de réprobation contre cette méthode opératoire. Dans son ouvrage récent sur la *diphthérie*, M. le docteur Sanné la repousse

Il n'en est plus de même si, passant la frontière, on s'enquiert de la pratique des chirurgiens étrangers. Ici, par un contraste frappant, la chloroformisation dans la trachéotomie a entraîné l'assentiment de la presque généralité des chirurgiens.

M. Peyrot n'a pas eu l'occasion d'employer le chloroforme dans l'opération de la trachéotomie, mais il s'en est servi avec grand avantage dans l'opération de l'ablation des amygdales chez les enfants. Il suffit d'anesthésier légèrement le petit sujet pour avoir toute facilité de lui ouvrir la bouche et de lui enlever ses amygdales. L'enfant déglutit le sang qui s'écoule de la plaie; ce sang est rejeté quelque temps après.

M. Reclus a pratiqué plusieurs fois l'amygdalotomie sous le chloroforme sans avoir jamais eu d'accidents; mais il sait de source certaine qu'un chirurgien de Paris a eu, dans sa pratique, un cas de mort par hémorrhagie, à la suite d'une semblable opération.

M. Le Dentu a donné deux fois du chloroforme à des enfants indociles pour leur pratiquer l'ablation des amygdales, et il n'a pas éprouvé d'accidents.

©BIU Santé

M. Peyrot fait remarquer, à propos du cas de mort par hémorrhagie cité par M. Reclus, qu'il n'est pas nécessaire d'endormir profondément les petits sujets ; un commencement d'anesthésie suffit ordinairement pour permettre au chirurgien de pratiquer en toute sécurité l'opération ; l'enfant se réveille promptement et il est facile de se rendre maître de l'hémorrhagie si elle se produit.

M. Chauvel fait un rapport sur deux observations de plaies de l'abdomen par coup de feu, adressées par M. le docteur Sévastopoulo (de Constantinople).

Le sujet de la première observation est un lutteur de profession qui, en octobre 1880, fut blessé par une balle de revolver du calibre 5 ou 5 1/2. Un liquide jaunâtre est immédiatement sorti par l'ouverture et tâche les vêtements. Une heure après l'accident le docteur Sévastopoulo constate une hémorrhagie en nappe. La pression fait sortir des caillots et des gaz à odeur intestinale. Le blessé est pâle, refroidi, très anxieux ; de l'urine non sanguinolente est retirée de la vessie. Quoique pris au dépourvu, sans instruments, sans chloroforme, M. Sévastopoulo, convaincu de l'existence d'une lésion de l'intestin, se décide à agir immédiatement. Avec de forts ciseaux guidés par le doigt, il agrandit la plaie verticalement, en haut et en bas, et sectionne toute la paroi, le péritoine compris, dans une étendue de 15 centimètres. Issue de sang liquide et de caillots en abondance, sortie des anses intestinales souillées de matières fécaloïdes. Une de ces anses, affaissée, présente, sur sa convexité, une plaie allongée, avec un lambeau flottant presque détaché, la muqueuse renversée en dehors. Ne pouvant réunir cette large perte de substance, sans retrécir considérablement le calibre de l'intestin, le chirurgien résèque la totalité de la partie blessée, invagine le bout supérieur dans l'inférieur, séreuse contre séreuse, et les réunit par la suture de Lembert dont l'un des fils, gardé long, maintenait l'intestin au voisinage de la plaie abdominale.

Lavage de la cavité abdominale avec de l'eau phéniquée, bouillie et chaude, suivant la méthode de Gaillard Thomas ; suture double de la plaie pariétale avec de la soie plate, non ourdie. Pansement à l'iodoforme, enveloppement ouaté, opium, lait et eau-de-vie. Enlèvement des sutures le huitième jour. Guérison complète et définitive, sans hernie et sans obligation de porter un bandage.

M. le rapporteur fait remarquer que l'opération pratiquée en 1880 par M. le docteur Sevastopoulo serait une des premières en date et que les règles à suivre dans ces cas n'étaient pas encore, à ce moment, établies avec netteté, comme elles le sont actuellement.

Dans un remarquable travail publié tout récemment dans *The Journal of American medical Association* (1887), M. le docteur Thomas Horton (de Philadelphie) a réuni 57 cas de laparotomie pour traumatisme de l'abdomen. Faite 4 fois seulement jusqu'en 1881, 5 fois en y comprenant le cas de M. Sevastopoulo, la section abdominale dans ces conditions est pratiquée : 7 fois en 1883, 5 fois en 1884, 13 fois en 1885, 29 fois en 1886, et sans doute quelques faits sont restés ignorés. Cette progression croissante montre que l'intervention devient de jour en jour la règle de conduite acceptée ; rien que dans les derniers mois, M. Chauve la relevé 9 laparotomies pour coups de revolver, non comprises celles de MM. Trélat et Pozzi. Ces 9 observations, en y ajoutant le fait de M. Sevastopoulo, donnent 3 guérisons et 7 morts.

M. le rapporteur discute ensuite la question de savoir s'il convient de pratiquer dans tous les cas la laparotomie immédiate, ou s'il vaut mieux attendre que les accidents indiquant nettement l'existence d'une perforation intestinale se soient prononcés. D'une part, l'intervention est périlleuse, le diagnostic souvent indécis, bon nombre de faits montrent la possibilité de la guérison spontanée sans opération ; d'autre part, les partisans de l'intervention immédiate allèguent que toute perforation de l'intestin par balle est presque fatalement suivie de mort, et que chaque minute de retard dans l'intervention enlève des chances de succès.

M. le rapporteur se rallie à cette dernière pratique.

M. Chauvel fait un second rapport sur le même sujet à l'occasion du mémoire de M. le docteur Nimier, intitulé : *Des plaies de l'abdomen pendant l'expédition du Tonkin.*

©BIU Santé

L'intervention chirurgicale, adoptée en principe et généralement mise en pratique dans les conditions ordinaires, doit-elle être acceptée de même pour les plaies de l'abdomen par projectiles de guerre et dans la chirurgie d'armée?

Dans son mémoire, M. Nimier se prononce pour la négative et son opinion est basée sur les faits de plaies de l'abdomen par coups de feu, observées au Tonkin. Sur 109 cas, il note 41 plaies *non pénétrantes*, avec 40 guérisons, et 68 plaies *pénétrantes* avec 53 décès seulement (78 p. 100 de mortalité).

L'auteur, insistant sur les difficultés d'une antisepsie suffisante dans l'encombrement qui résulte du combat, sur le choc intense que produisent les balles des armes actuellement en usage, pense que la laparotomie primitive est le plus souvent inexécutable en campagne.

En somme, rejetant la laparotomie immédiate, sauf dans des cas exceptionnels qu'il ne spécifie pas, M. Nimier, hors les cas de péritonite franche traduisant la pénétration du projectile dans l'intestin, se rattache à la thérapeutique médicale.

M. le rapporteur ne saurait partager cette manière de voir; de l'analyse des faits réunis par l'auteur du mémoire, il tire des déductions opposées relativement à la fréquence de la mort rapide et au nombre des guérisons spontanées, dont le chiffre doit être diminué. M. Chauvel allègue, en outre, l'insuffisance des détails des observations, qui ne saurait permettre des conclusions aussi nettes que celles de M. Nimier.

Il conclut à l'utilité et à la nécessité de l'intervention immédiate dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre, comme dans les cas de la pratique ordinaire.

— M. Reclus se propose de lire prochainement à la Société de chirurgie un travail qu'il fait en collaboration avec son interne, M. Noguez, et qui est basé sur de nombreuses expériences faites sur le cadavre et sur des animaux vivants. Il croit pouvoir affirmer, dès à présent, qu'il est possible d'arriver à une statistique des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu meilleure que celles qui ont cours actuellement, et semblable à celle de M. Nimier relative aux plaies de cette nature observées au Tonkin. Comme M. Nimier, M. Reclus pense que ces plaies, traitées par l'expectation et l'intervention médicale simple, peuvent donner des résultats meilleurs que ceux obtenus par les opérations chirurgicales, la nature ayant en elle-même des ressources que n'ont pas les chirurgiens, et sachant, beaucoup mieux que ces derniers, pratiquer la suture de ces plaies.

M. Kirmisson fait remarquer que les journaux américains sont remplis de faits de laparotomie pour des plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles d'armes à feu. La tendance de la chirurgie américaine est partout, aujourd'hui, à la laparotomie immédiate, dans les cas de ce genre, et l'on peut lire, dans les journaux de ce pays, des exemples extrêmement remarquables de succès.

— M. le docteur Guerlain, chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer, communique une observation de plaie de la main par arme à feu, traitée et guérie par une amputation en V. Le traumatisme avait été produit par un coup de pistolet chargé de 64 grammes de poudre. La main avait éclaté, sauf le pouce, et les métacarpiens avaient disparu.

— M. le docteur Duret lit une observation de pied-bot varus, traité avec succès par la tarsotomie après plusieurs tentatives de ténotomie. (Comm. M. Polaillon.)

— M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, présente un enfant qu'il a opéré d'une tumeur blanche du genou par la résection. L'enfant a guéri sans raccourcissement. — A. T.

FORMULAIRE

Pommade contre les ulcères syphilitiques — Terrillon.

Acide pyrogallique..... 10 grammes

©BIU Santé

Amidon pul.....	10 grammes.
Vaseline.....	30 —

F. s. a. une pommade, qui doit être conservée dans un flacon bouché à l'émeri. — On étend cette pommade sur de la charpie, et on l'applique une fois par jour, sur les ulcères vénériens. On ne fait deux pansements, que quand l'ulcère est très étendu. Dès le second pansement, les chancres ont perdu leur virulence. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Crémation. — Le bel établissement créé à New-York est, dit-on, dans un état peu prospère. Il paraît que peu de familles choisissent la crémation pour leurs parents décédés. (*The amer. Lancet*, mars 1887.)

Hydrophobie en Egypte. — Une explosion récente de rage canine au Caire est signalée par la *Lancet* du 26 mars 1887. Un grand nombre d'habitants, dit ce journal, ont été mordus par des chiens enragés et sont morts d'hydrophobie! On attribue l'introduction de la maladie au chien d'un officier européen, qui a mordu plusieurs chiens indigènes. Cinq ou six mille de ces derniers auraient été détruits, dit le journal anglais, qui ajoute : « On doit croire qu'il reste encore beaucoup de chiens enragés! »

Extraction d'un hameçon. — Le *College and medical Record* raconte le fait d'un médecin qui aurait extrait un hameçon de la gorge d'un homme en lui frictionnant le périnée avec un onguent! Il aurait de cette manière provoqué le rire, qui aurait fait rejeter le corps étranger!! (*The amer. Lancet*, mars 1887.) — R.

COURRIER

Les membres du jury du concours pour la nomination à une place de prosecteur de la Faculté de médecine, qui s'est ouvert hier lundi 25 avril 1887, à midi et demi, sont : MM. les professeurs Duplay, Farabeuf, Lannelongue, Le Fort et Panas ; les juges suppléants sont : MM. les professeurs Guyon et Trélat.

Société française d'ophthalmologie. — La Société française d'ophthalmologie se réunira, à Paris, le 2 mai, à neuf heures du matin, au Palais des Sociétés savantes, 16, rue des Poitevins.

La veille, une réunion amicale aura lieu à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione, à neuf heures. — Le banquet de la Société aura lieu mardi soir.

Les orateurs sont priés de remettre sur le bureau en prenant la parole, un résumé très succinct de leur communication pour le compte rendu analytique des séances.

Les mémoires (*in-extenso*) devront être remis avant le 1er mai, terme de rigueur, au Secrétaire général de la Société.

Séance du 2 mai 1887, à 9 heures du matin.

Docteur Javal, à Paris : Sur l'ophtalmométrie pratique.

Docteur Bull, à New-York : Optométrie rapide.

Docteur de Tscherning, à Paris : Contribution à l'ophtalmométrie.

Docteur G. Martin, à Bordeaux : Existe-t-il une relation entre la direction du staphylome postérieur et celle de l'astigmatisme.

Docteur Boucheron, à Paris : Notation horaire de l'astigmatisme.

Professeur Cuignet, à Lille : Représentation graphique des images kératoscopiques.

Docteur Zieminski, à Varsovie : Détermination du degré de l'amétropie par la Rétinoscopie.

Docteur Coppez, à Bruxelles : Un cas d'ophthalmie diphtéritique chez un enfant de 71 jours.

©BIU Santé

Docteur Boucheron, à Paris : Cyclitis minima rhumatismale et goutteuse.

Docteur Pechdo, à Villefranche : Du larmoiement curable.

Docteur Dehenne, à Paris : Rapports existant entre les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels de l'œil.

Docteur Dianoux, professeur à Nantes : Des formes anomales de la rétinite pigmentaire.

Séance du 3 mai.

Professeur Poncet, Secrétaire Général : Rapport sur l'enquête de la Société relativement aux Décollements de la rétine.

Docteur Coppez, à Bruxelles : Statistique des décollements rétiniens opérés : valeur des procédés.

Docteur Galezowski, à Paris : Du choix de la méthode opératoire de la cataracte et des moyens de guérir les complications.

Docteur de Wecker, à Paris : De l'arrachement de la capsule antérieure dans l'extraction de la cataracte.

Docteur Vacher, à Orléans : Lavage de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte.

Docteur Rohmer, agrégé à Nancy : Maturation artificielle de la cataracte.

Docteur Dor, à Lyon : Cataracte naphtalinique.

Docteur Suarez de Mendoza, à Angers : Succès immédiat et insuccès tardif dans l'opération de la cataracte.

Docteur Teillais, à Nantes : De certaines manifestations glaucomateuses.

Docteur Vacher, à Orléans : De l'ophtalmotomie postérieure dans le glaucome.

Professeur Motais, à Nantes : Traitement du glaucome par la création d'une fistule conjonctivale.

Docteur Suarez de Mendoza, à Angers : Oulétomie et iridectomie secondaire dans la récidive du glaucome opéré.

Séance du 4 mai.

Docteur Chibret, à Clermont-Ferrand : Kératites à hypopion.

Docteur Trousseau, à Paris : De la kératite interstitielle (étiologie).

Docteur Gillet de Grandmont, à Paris : Kératite trabéculaire.

Docteur Vacher, à Orléans : Tatouage multicolore de la cornée.

Docteur Coppez, à Bruxelles : Tumeur de l'orbite chez un enfant — ligature de la carotide primitive, ablation de l'œil et de la tumeur — guérison.

Docteur Abadie, à Paris : De l'importance des médications locales en thérapeutique oculaire.

Docteur Darier, à Paris : Recherches cliniques sur l'action des injections sous cutanées de pilocarpine sur l'œil normal et pathologique.

Docteur Grandclément, à Lyon : Indications principales de l'ésérine.

Docteur Vacher, à Orléans : Péritomie ignée.

Docteur Debierre, à Paris : Corps étrangers intra-oculaires.

Docteur Redard, à Paris : Sur quelques difformités et anomalies congénitales des paupières et du globe oculaire.

Séance du 5 mai.

Docteur Galezowski, à Paris : Etiologie et thérapeutique de la myopie.

Docteur Motais, à Nantes : Procédé opératoire dans la strabotomie.

Docteur Javal, à Paris : Sur le traitement du strabisme.

Docteur Landolt, Vision binoculaire après l'opération du strabisme.

Docteur Rohmer, agrégé à Nancy : Observation de paralysie de la sixième paire avec mydriase du même côté.

Docteur Armaignac, à Bordeaux : Amaurose hystérique monoculaire ancienne chez une petite fille de 10 ans, guérison subite et spontanée.

Docteur Pechdo, à Villefranche : Enucléation d'un globe oculaire amenant la guérison de l'épilepsie.

©BIU Santé

Docteur Dor, à Lyon : Forme particulière d'aphasie de transmission pour la dénomination des couleurs.

Docteur Grandclément, à Lyon : Troubles visuels provoqués par une perturbation des fonctions digestives.

Docteur Rolland, à Mont-de-Marsan : Les troubles de la vision dans le diabète sucré sont-ils des phénomènes de consomption ?

Faculté de médecine de Nancy. — La Faculté a 18 chaires et 5 cours complémentaires. Elle perd cette année 5 de ses membres admis en vertu du décret du 22 juillet à faire valoir leurs droits à la retraite. Ce sont MM. Parisot, Herrgott, professeurs en titre et MM. Rousselle, Béchet, Demange, professeurs adjoints, de l'ancienne école de Nancy. — Elle s'est accrue de 7 agrégés nouveaux, nommés à la suite des concours de 1886 ; de ces agrégés 6 appartenaient déjà à la Faculté à différents titres.

La Faculté a profité du droit accordé récemment aux Conseils d'émettre des vœux pour demander des modifications dans le régime des examens. Le rapport rédigé par M. Coze, et approuvé par la Faculté, conclut à reporter toutes les épreuves pour le doctorat au commencement de la 5e année et à se contenter d'interrogations semestrielles ou annuelles pendant les premières années d'études. Le rapport demande aussi que le 1er examen (sur les sciences dites accessoires) soit supprimé, que l'enseignement des sciences accessoires soit fondu avec l'enseignement médical, que les interrogations de chimie, physique, sciences naturelles ne portent plus que sur les applications de ces sciences à la médecine et qu'elles soient faites à l'occasion des branches de la médecine aux quelles elles se rapportent.

L'institut anatomique est en voie de création. On a reconnu que les établissements anatomiques placés au centre de la ville, loin des hôpitaux, étaient insuffisants ; l'État et la ville se sont mis d'accord, pour la création du nouvel Institut ; l'État accorde 500,000 francs, la ville 300,000 francs ; le Conseil général de Meurthe-et-Moselle a voté 100,000 francs, le Conseil des Vosges 10,000 francs. Une Commission de la Faculté a rédigé le programme de l'établissement en tenant compte des exemples donnés par les Instituts anatomiques des Universités françaises et étrangères.

La Faculté a en tout 121 étudiants, dont 83 seulement en cours d'inscriptions (1er année 20, — 2e 28, — 3e 14, — 4e 21). Elle n'a que 2 étudiants à l'officiat. Les règlements nouveaux, en augmentant d'un an la durée d'étude de l'officiat et en exigeant, outre le certificat de grammaire, des examens de sciences, ont diminué le nombre des aspirants à ce grade.

La majorité sont, non des jeunes gens de Meurthe-et-Moselle (28 seulement), mais de Alsaciens-Lorrains (50 pour cette année). Une seule bourse a été accordée pour l'année 1886-87 ; mais la Faculté espère en accorder à l'avenir un plus grand nombre. Elle a déjà reçu un legs de Mme Lanternier, destiné à donner une bourse à un étudiant du département des Vosges. — Près du quart des étudiants appartiennent au service de santé de l'armée, et 12 étudiants de Nancy ont été reçus en septembre 1886 au concours du Val-de-Grâce. Pour le recrutement de la médecine militaire, Nancy vient en 2e ligne, immédiatement après Paris.

La Faculté a reçu 17 docteurs, dont 12 militaires. Elle a fait passer 194 examens et prononcé 18 ajournements (10 p. 100) ; la proportion est de 25 p. 100 pour le 1er examen (sciences accessoires) et diminue beaucoup pour les épreuves médicales.

Les collections se sont enrichies et le doyen espère qu'on pourra créer prochainement un *laboratoire de bactériologie*. La bibliothèque s'est accrue de 861 volumes.

La Faculté, outre le vœu relatif à l'Institut anatomique, demande une clinique pour les maladies d'enfants, un laboratoire microbiologique, l'établissement à Nancy d'une des 2 sections de l'école du service de santé militaire et l'admission à l'hôpital militaire des étudiants en médecine engagés conditionnels. (*Revue internationale de l'enseignement.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Ch. Schmit : Quelques considérations à propos de quatre cas de doigt à ressort. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 26 avril 1887. — L'Académie a entendu aujourd'hui deux communications intéressantes à des titres divers, l'une de M. Colin (d'Alfort) sur un point de physiologie expérimentale, l'autre de M. Verneuil sur une question de pathologie générale et de thérapeutique.

La communication de M. Colin est relative au problème des mouvements de l'estomac, problème non encore élucidé, a-t-il dit, bien qu'il ait été cent fois posé et que cent fois il ait reçu des apparences de solution.

Suivant M. Colin, les moyens employés depuis Haller jusqu'à nos jours pour arriver à la notion des mouvements de l'estomac ont été défectueux. En particulier les expériences faites sur l'homme après décapitation ne nous apprennent absolument rien.

L'habile professeur d'Alfort a voulu reprendre, à son tour, cette étude expérimentale en se plaçant dans des conditions aussi normales que possible, pendant la digestion et à ses diverses périodes, de manière : 1° à pouvoir examiner le viscère à l'extérieur dans toute son étendue; 2° à le voir à l'intérieur afin de juger des déplacements qu'il imprime aux matières alimentaires et de la façon dont il chasse ces matières dans l'intestin. De cette étude, qu'il a faite d'abord sur les ruminants, le bœuf, en particulier, puis sur le cheval et le chien, animaux monogastriques comme l'homme, le savant physiologiste conclut que, si nous connaissons un peu les mouvements de l'estomac des animaux, nous n'avons qu'une idée très imparfaite de ces mouvements chez l'homme. On ne pourrait ajouter à nos connaissances sur ces derniers, que dans les cas où l'estomac de l'homme serait mis à découvert et incisé sur une grande étendue. S'il en est ainsi, il faut se résigner sans nul doute à une éternelle ignorance sur ce point intéressant de physiologie.

La communication de M. Verneuil a pour sujet le traitement de certaines épistaxis rebelles.

Tout le monde sait avec quelle prédilection et avec quel succès le savant professeur de clinique chirurgicale de la Faculté s'occupe des questions de pathologie externe qui confinent à la médecine et souvent se confondent avec elle. Ses nombreux et importants mémoires sur les rapports des protopathies avec le traumatisme ont renouvelé, pour ainsi dire, le champ de la thérapeutique opératoire ; du moins les chirurgiens se préoccupent aujourd'hui beaucoup plus qu'ils ne le faisaient autrefois, au point de vue des indications et des contre-indications des opérations, de l'état général et de l'état local des sujets. Le malade à opérer est-il ou non atteint d'une affection du cœur, des poumons, du foie, des reins; est-il sous l'influence de l'impaludisme, d'une albuminurie, etc., telles sont les questions que se pose tout chirurgien consciencieux justement préoccupé des chances heureuses ou malheureuses de son intervention.

La question traitée aujourd'hui par M. Verneuil à la tribune de l'Académie, pour être moins générale, n'est pas moins digne de l'attention et

©BIU Santé

de l'intérêt des praticiens. Il s'agit, comme il l'a dit, d'une question de thérapeutique étiologique.

Etant donnée une épistaxis rebelle, quelle en est la cause et quel est le moyen d'y remédier?

Suivant M. Verneuil, cette cause doit souvent être cherchée dans un état pathologique du foie, et il cite trois observations dans lesquelles il lui a suffi, pour se rendre maître d'épistaxis rebelles à tous les moyens ordinaires de traitement : ergot de seigle, digitale, sulfate de quinine, cautérisation, tamponnement, etc., d'appliquer un large vésicatoire sur la région du foie et d'opérer une révulsion énergique sur cet organe.

La priorité de l'indication de la révulsion sur le foie, dans l'épistaxis, appartient à Galien, comme il résulte d'un passage de cet auteur, cité par M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté, passage ainsi conçu : « Les grandes ventouses appliquées sur les hypochondres arrêtent les hémorrhagies nasales. » M. Verneuil l'a reconnu avec sa franchise et sa loyauté habituelle. Mais le savant professeur ne nous a pas dit à quel auteur ancien ou moderne appartient la priorité de la découverte de la relation qui existe entre les états pathologiques du foie et les hémorrhagies nasales.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Verneuil, on ne s'est pas occupé davantage de ce point de l'historique du sujet. Ni M. Colin, ni M. Dujardin-Beaumetz, pas plus que M. Verneuil, ne l'ont traité. L'influence des états pathologiques du foie sur l'épistaxis n'est cependant pas une notion nouvelle. Le professseur Monneret, dans ses cours, appelait souvent l'attention sur ce point que l'on trouve signalé également dans le *Compendium de médecine pratique*, le *Traité de pathologie générale*, le *Traité de pathologie interne*, et dans un mémoire spécial publié, en 1854, sous le titre suivant : *Sur les hémorrhagies de provenance hépatique* (Archives générales de médecine, page 641). La solution de ce problème historique mériterait peut-être de tenter la curiosité d'un chercheur, et nous nous permettons de le signaler à l'attention de M. Verneuil, ainsi qu'à celle de M. le docteur L.-H. Petit, son élève si distingué et si compétent dans les questions de bibliographie médicale. — A. T.

Quelques considérations à propos ds quatre cas de doigt à ressort.

Le doigt à ressort n'est pas une affection fréquente, il ne constitue pas du moins un article commun dans la littérature médicale.

La meilleure preuve, c'est que, depuis la fondation de l'*Union médicale*, c'est-à dire depuis quarante et une années, deux fois seulement ce sujet a été abordé dans ces colonnes par M. Charpentier (1) et Maurice Notta (2).

Pour notre part, dans un travail récent (3), nous avons eu la plus grande peine à réunir 69 observations de ce mal bizarre.

Quatre cas nouveaux viennent d'être publiés en Allemagne. Nous tenons à les résumer ici, afin que les expérimentateurs français qui tenteraient de nouvelles recherches sur l'étiologie encore obscure du doigt à ressort puissent trouver, en France, les principaux éléments de la question.

(1) *Union médicale*, 3 août 1884.
(2) *Union médicale*, page 950, 1884.
(3) *Bulletin général de thérapeutique*, 28 février 1887 et suiv.

SBIU Santé

Observation Ire. — Jurisconsulte, 23 ans. Les mains de ce jeune homme ne présentent aucune déformation apparente; les troubles fonctionnels, dont le début remonte à neuf mois, ne sont perceptibles que pendant les mouvements des doigts.

Lorsqu'on prie le malade de fermer les mains, tous les doigts exécutent fort bien le mouvement prescrit, à l'exception des deux annulaires qui, arrivés à 3 centimètres environ de la paume de la main, hésitent, s'arrêtent comme devant un obstacle insurmontable. Pour amener enfin l'extrémité des doigts rebelles au contact de la face palmaire, les fléchisseurs se contractent avec énergie. Tout à coup, comme si un ressort se détendait, un petit bruit sec se fait entendre, les phalanges se fléchissent subitement pendant que de vives douleurs se font sentir dans toute la périphérie des annulaires. Même phénomène de ressaut, même bruit pendant l'extension et pendant les mouvements passifs. Enfin, l'abduction active et passive est aussi impossible, quoique l'interosseux qui préside à ce mouvement réponde parfaitement à l'excitation électrique.

La palpation permet de constater au côté antérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne, le long du tendon du fléchisseur sublime, un petit nodule gros comme une lentille, dur, semblant faire une saillie plus forte du côté radial du tendon. La pression sur ce nodule provoque de vives douleurs, bien que, pendant les mouvements, le malade localise nettement les sensations douloureuses dans les articulations phalangiennes. Enfin, en fixant le nodule et en imprimant aux doigts malades des mouvements forcés, on acquiert bien vite la conviction que la petite tumeur tendineuse est bien le point de départ des troubles fonctionnels, la cause enfin de tous les phénomènes morbides.

Chez ce jeune homme, l'étiologie de l'affection est difficile à élucider. Il vient de terminer son volontariat, et il admet que c'est la crosse du fusil, venant buter contre l'extrémité inférieure de la paume de la main, qui a provoqué la difficulté des mouvements des doigts. Il faut noter, en outre, que le malade étudiait aussi le violoncelle avec ardeur.

Au bout de six semaines, le traitement électrique a fait presque complètement disparaître tous les symptômes.

Pour éviter les redites, nous n'indiquerons plus, dans les observations suivantes, que les faits essentiels.

Obs. II. — 50 ans, compositeur d'imprimerie, très suspect de saturnisme (arthralgies, pas de coliques); doigts atteints : pouces et petits doigts des deux mains.

Les symptômes sont les mêmes que dans le cas précédent, avec cette différence que les nodosités perçues sur le trajet du tendon fléchisseur, au niveau de la tête des métacarpiens, ne sont pas douloureuses à la pression. Guérison.

Ces deux premiers malades appartiennent au professeur A. Eulemberg (1), de Berlin, les deux derniers au professeur Bernhardt (2).

Obs. III. — Cette femme, de 61 ans, a constaté, il y a six semaines, qu'après un surcroît de travail consistant à préparer des laines (zephirwolle) pour les vendre, elle éprouvait de grandes difficultés à mouvoir les doigts de la main droite. Son médius droit présente tous les symptômes du doigt à ressort. Les mouvements actifs et passifs sont douloureux, et la palpation permet de constater que le siège de l'obstacle douloureux à la pression se trouve au point d'élection, c'est-à-dire à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne. Elle est en traitement depuis trop peu de temps pour qu'on puisse avoir à noter le moindre résultat thérapeutique.

Obs. IV. — Cette observation concerne un médecin de 48 ans, le docteur G..., Sanitatsrath. Son index droit, atteint depuis deux ans, présente tous les signes caractéristiques du doigt à ressort. La douleur à la pression est ressentie au niveau de la tête du métacarpien, tandis que pendant les mouvements ce sont les articulations phalangiennes

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 1, 1867.
(2) *Id.*, n° 3, 1887.

©BIU Santé

qui sont douloureuses; au repos, ces mêmes articulations sont insensibles même sous l'influence de fortes explorations. Tous ces symptômes sont moins marqués le matin que le soir. Du reste, l'affection est aujourd'hui en voie de guérison, et n'empêche nullement le malade d'écrire.

Ces faits sont intéressants. La dernière observation surtout montre que les médecins n'échappent pas non plus au doigt à ressort; elle est à rapprocher de celle de M. A. Desprès, observation que le distingué chirurgien de la Charité a prise sur lui-même, et qu'il nous a si obligeamment autorisé à publier.

Il est à remarquer que les malades du professeur Eulemberg sont affectés tous deux de lésions symétriques, ce qui porte à une dizaine les cas de ce genre. Le doigt à ressort symétrique intéresse plus particulièrement le pouce et l'annulaire, fait peu étonnant si l'on songe que ces derniers doigts sont, avec le médius, les plus constamment éprouvés. Comme on pouvait s'y attendre encore, la lésion symétrique s'observe surtout chez les malades portant des stigmates diathésiques (arthritisme), ou chez ceux dont les occupations mettent également en jeu les mouvements des deux mains (musiciens, travaux de femme).

Deux points restent encore à élucider dans la question du doigt à ressort; d'abord l'étiologie, et ensuite l'anatomie pathologique de la lésion, car les deux seules autopsies qu'on possède semblent, à notre avis, avoir malheureusement porté sur deux exceptions.

Néanmoins, dans les quatre nouveaux cas, on a toujours constaté la présence d'une petite nodosité probablement tendineuse au niveau de la face antérieure de la tête des métacarpiens. C'est une confirmation des déductions cliniques déjà connues. Insistons encore sur ce fait non encore signalé, à notre connaissance : l'impossibilité de l'abduction d'un doigt atteint. (Observation I.)

Au point de vue étiologique, dans les quatre cas rapportés par les médecins allemands, il n'est fait aucune mention des antécédents diathésiques et surtout rhumatismaux des malades. C'est là une lacune fort regrettable.

Quoi qu'il en soit, en l'absence de ces importants renseignements, voici de quelle manière nous serions tenté d'envisager la cause du mal chez les malades qui font le sujet des trois premières observations, car il est évident que l'observation IV échappe à toute discussion sur ce point.

Il nous semble que, dans l'observation I, c'est l'étude du violoncelle qu'il faut incriminer et non le choc chronique de la crosse du fusil, car cette crosse est presque toujours soutenue par la main gauche, fait qui explique mal l'invasion symétrique du doigt à ressort, tandis que l'étude de l'instrument nécessite l'action égale des deux mains.

L'occupation professionnelle peut aussi être justement invoquée chez le compositeur d'imprimerie. C'était un saturnin ayant beaucoup des dispositions morbides du goutteux. La fatigue manuelle imposée par le métier est venue probablement localiser sur les doigts les manifestations de la diathèse.

Quant à la femme de l'observation III, c'est manifestement après un surcroît de travail, après la préparation pour la vente de grandes quantités de laines que se sont déclarés les douleurs et les signes de l'affection. Ce travail, dont nous ne connaissons pas la nature intime, met très certainement en jeu l'agilité des doigts.

©BIU Santé

En somme, ces quatre observations portent à 73 les cas de doigts à ressort qui nous sont connus. Ils ne nous semblent modifier en aucune façon les conclusions que nous avons cru pouvoir tirer d'un précédent travail déjà cité.

Dr Ch. SCHMIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur H. Moissan, professeur de toxicologie à l'Ecole de pharmacie de Paris;

2° Un mémoire de M. le docteur Chassinat (d'Hyères), *Sur un nouveau traitement de l'ongle incarné, sans opération.*

M. BROUARDEL présente : 1° au nom de M. le docteur Bories (de Montauban), ancien médecin-major de l'armée, un travail manuscrit intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde par contamination des eaux d'alimentation,* observée à Bruniquel (Tarn-et-Garonne);

2° Au nom de M. le docteur Cyr, médecin-inspecteur adjoint à Vichy, un volume intitulé : *Traité pratique des maladies du foie.*

M. LABOULBÈNE présente de la part de M. le docteur Moura : 1° une brochure sur le rôle physiologique du muscle aryténoïdien ; 2° une brochure sur la *laryngométrie.*

M. PROUST dépose, au nom de M. le docteur Callaman, une brochure intitulée : *Du rôle de l'eau dans la nutrition.*

M. BOURGOIN offre en hommage : 1° au nom de M. Frémy et au sien, un ouvrage intitulé : *Encyclopédie chimique;*

2° De la part de M. le docteur Philbert, une brochure intitulée : *Du traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents.*

M. PETER présente, au nom de M. le docteur Joâo Paulo de Carvalho (de Rio-Janeiro), un opuscule *Sur les lésions du cœur.*

— M. Gabriel POUCHET lit un travail intitulé : *Essai sur les conditions de développement et de conservation du bacille typhique.*

— M. COLIN (d'Alfort) fait une communication *Sur les mouvements de l'estomac,* problème cent fois posé, dit-il, cent fois résolu en apparence, et qui, cependant, attend encore sa solution.

L'auteur critique d'abord la méthode expérimentale employée depuis Haller jusqu'à nos jours et les faits qu'elle a paru mettre en évidence. Elle est, suivant lui, absolument défectueuse.

Pour constater la locomotion rhythmique de l'estomac et s'en faire une idée exacte, il faut, dans les conditions aussi normales que possible, pendant la digestion et à ses diverses périodes : 1° examiner le viscère à l'extérieur dans presque toute son étendue; 2° le voir à l'intérieur, afin de juger des déplacements qu'il imprime aux matières alimentaires et de la façon dont il envoie ces matières dans l'intestin.

Cette sorte d'enquête expérimentale, dit M. Colin, n'est pas précisément facile, mais les difficultés ne sont pas insurmontables. La grande affaire est de bien choisir les sujets et de les prendre dans les moments favorables aux investigations. Tous ne donnent pas ce qu'on cherche, mais ce qu'on ne tire pas des uns on l'obtient des autres, à la condition d'user d'une longue patience et de ne pas se laisser dépister par les sinuosités des voies qu'on est obligé de suivre; puis, par synthèse, on dégage l'ensemble avec une sûreté presque mathématique.

©BIU Santé

Le savant expérimentateur entre ensuite dans des détails où nous ne pouvons le suivre sur la manière de procéder à ces recherches sur les animaux, suivant qu'il s'agit d'observer les mouvements de l'estomac à l'extérieur ou à l'intérieur; il étudie, à ce point de vue, les quatre estomacs des ruminants en notant sur chacun les particularités qu'ils offrent à l'observateur. Il déclare que ces diverses constatations sont possibles seulement sur l'animal vivant, à l'état normal, et que, une fois la digestion troublée ou suspendue par une cause quelconque, l'ensemble des contractions du viscère s'évanouit et se trouble, remplacé par une inertie presque complète ou par des mouvements bizarres, non coordonnés, sans rapport appréciable avec un but quelconque.

Il compare à l'homme deux espèces animales monogastriques, le chien et le cheval; il montre qu'on ne peut pas conclure de l'animal à l'homme et que tout ce qu'on obtient après la mort par les stimulations diverses, notamment par l'électricité, n'est qu'une série de contorsions sans analogie avec la locomotion de l'état physiologique.

En somme, dit M. Colin en terminant, si nous connaissons un peu les mouvements de l'estomac des animaux, nous n'avons qu'une idée très imparfaite de ces mouvements chez l'homme; nous ne pourrons ajouter à nos connaissances sur ces derniers que dans les cas où l'estomac de l'homme se trouverait dénudé sur une grande étendue ou bien largement ouvert comme sur des animaux d'expérience.

— M. Verneuil communique un travail intitulé : *Traitement de certaines épistaxis rebelles*.

M. Verneuil rappelle que les épistaxis, quand elles ne sont causées ni par une blessure, ni par un corps étranger, ni par un néoplasme des fosses nasales ou du pharynx, doivent être considérées comme symptôme de toxémie ou au moins de dyscrasie. D'où la nécessité de faire, dans le traitement, la plus large part aux médicaments hémostatiques dits indirects pris à l'intérieur et de n'attribuer qu'un rôle, utile sans doute, mais secondaire, aux moyens physiques, chimiques ou mécaniques qui n'ont prise que sur le symptôme sans atteindre la cause.

Dans les épistaxis, dites médicales ou spontanées, provoquées par les maladies du cœur, des reins, du foie, ou par les fièvres ou par la malaria, M. Verneuil compte beaucoup plus de succès obtenus par la digitale, le seigle ergoté, le sulfate de quinine, etc., que par la cautérisation directe ou le tamponnement.

Dans trois cas où les médicaments avaient été impuissants, et où le tamponnement n'avait pas mieux réussi, M. Verneuil se préoccupa de rechercher l'origine, le point de départ de l'hémorrhagie, et quand il crut l'avoir trouvé dans un des grands viscères de l'économie, il fit à son niveau une révulsion énergique qui produisit aussitôt l'effet demandé, c'est-à-dire l'arrêt définitif du sang.

Ayant soupçonné une origine hépatique dans trois cas d'épistaxis rebelle, il appliqua sur l'hypochondre droit un large vésicatoire volant qui amena du coup la guérison. Dans la première observation, il s'agit d'une épistaxis à forme intermittente, probablement symptomatique d'une cirrhose du foie, dans laquelle le sulfate de quinine, l'ergotine et la digitale avaient échoué; la guérison fut promptement obtenue par l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique.

Dans la seconde observation, une épistaxis traumatique persistait résistant à la médication interne et mécanique; l'application d'un vésicatoire volant sur la région du foie amena une guérison rapide.

Chez le malade, on avait cherché à arrêter l'hémorrhagie par l'introduction de tampons d'ouate que l'on enlevait après quelques heures. M. Verneuil, ayant remarqué un jour une ascension du thermomètre survenue sans cause appréciable, fut frappé, en enlevant lui-même le tampon, au moment de la visite, de l'odeur infecte qu'exhalait ce tampon, odeur qui se faisait sentir également quand on faisait respirer le malade dont les fosses nasales étaient obstruées par des caillots. Il lui fut dès lors démontré que l'ascension de la température était le résultat d'une septicémie cavitaire, c'est-à-dire de l'absorption par la muqueuee pituitaire, sinon même par les voies respiratoires ou digestives, du sang décomposé accumulé dans les aufractuosités des fosses nasales.

Guidé par cette hypothèse, il pratiqua l'antisepsie des fosses nasales par le nettoyage

BIU Santé

de ces cavités à l'aide d'injections suivies de l'introduction de longues mèches de charpie saupoudrée de poudre d'iodoforme. Le malade fut rapidement guéri.

M. Verneuil tire de ce fait la conclusion que le tamponnement total, quand il paraîtra indispensable, devra être maintenu le moins longtemps possible et qu'on devra se servir, pour l'exécuter, de substances antiseptiques volatiles ayant sur les fluides retenus dans les fosses nasales une action antiseptique continue.

La troisième observation est relative à une épistaxis à répétition chez un sujet atteint d'une ancienne néphrite, d'une affection du cœur, d'une congestion du foie, et chez lequel avaient échoué le tamponnement, l'ergotine, l'eau de Léchelle, le perchlorure de fer, etc. La guérison fut obtenue immédiatement par l'emploi simultané du sulfate de quinine et d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit.

Ces trois faits, à peu de chose près identiques, permettent d'affirmer, dit M. Verneuil, que certaines épistaxis apyrétiques, à répétition, à marche relativement bénigne, sont sous l'influence de lésions anciennes, latentes et peu graves du foie, et qu'en pareil cas on possède dans la révulsion locale une ressource d'autant plus précieuse que la thérapeutique ordinaire des affections hépatiques n'est ni sûre, ni expéditive.

Et maintenant, ajoute M. Verneuil en terminant, quelle explication donner à ces succès? Sont-ils dus uniquement à l'action révulsive du vésicatoire, sans que son point d'application y soit pour quelque chose? Eût-on aussi bien réussi en le plaçant ailleurs que dans la région hépatique et en irritant un point quelconque du tégument?

La question est difficile à résoudre. La révulsion à l'aide des vésicatoires n'est pas usuelle dans le traitement des hémorrhagies; peut-être serait-elle plus en faveur si on lui connaissait un lieu d'élection pour chaque hémorrhagie. On sait combien le vésicatoire appliqué au-dessus de l'arcade crurale est efficace contre certaines hémorrhagies dépendant de l'ovarite chronique ou de la congestion ovarique douloureuse. On se rappelle qu'Hippocrate recommandait les ventouses contre les hémorrhagies internes, et que Galien combattait l'épistaxis à l'aide du même moyen appliqué aux hypochondres; de sorte qu'en réunissant tous ces renseignements épars, on est autorisé à appliquer généralement la révulsion juste au niveau de l'organe malade ou dans une région reconnue réflexogène.

D'où ces deux conclusions :

1° Les affections latentes et encore bénignes du foie peuvent provoquer ou entretenir des épistaxis rebelles;

2° La révulsion obtenue à l'aide d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit paraît le meilleur moyen de guérir les hémorrhagies de ce genre.

M. Colin (d'Alfort) demande à M. Verneuil quel rapport il trouve entre l'affection du foie et les épistaxis.

M. Verneuil répond qu'il s'agit là d'un fait clinique qu'il constate sans avoir la prétention de l'expliquer.

L'observation clinique montre que, dans l'immense majorité des hémorrhagies de nature septique, il existe une lésion du foie. — De même M. Verneuil a constaté que, dans les tumeurs ulcérées du sein, qui donnent rarement lieu à des hémorrhagies, lorsqu'il se produit des hémorrhagies, le foie est presque toujours malade.

M. Colin (d'Alfort) dit qu'il faut chercher plus haut la cause des hémorrhagies; ce n'est pas le foie, mais le cœur qui doit être mis en cause; c'est du cœur que dépend l'hypertrophie du foie. Tous les physiologistes savent qu'il existe un *pouls veineux* plus ou moins marqué qui s'exagère quand il y a gêne du retour du sang dans le cœur. Dans ses expériences sur les animaux vivants, M. Colin a vu, sous l'influence de cette gêne du retour du sang dans le cœur, le pouls veineux se manifester jusque dans les veines du cerveau, et des hémorrhagies incoercibles se produire, tant que la gêne circulatoire persiste, par suite de l'augmentation de la tension vasculaire.

Quant à la révulsion, c'est une erreur de croire que plus on la fait près du siège du mal, plus elle est efficace. Loin d'atténuer l'irritation de l'organe, la révulsion l'exagère au contraire, comme cela se voit lorsque, dans la congestion du cerveau, par exemple, on applique les révulsifs à la région cervicale.

©BIU Santé

M. Dujardin-Beaumetz est d'avis que l'on peut donner une explication scientifique très satisfaisante des faits énoncés par M. Verneuil. En effet, la physiologie moderne, renouvelée de Galien, nous apprend que le foie est un organe hématopoiétique; donc la maladie du foie produit l'altération du sang par suite de la suppression de l'hématopoïèse. En second lieu, les affections du foie retentissent sur le cœur, à l'inverse de l'opinion de M. Colin, qui veut que la gêne de la circulation cardiaque donne naissance à l'hypertrophie du foie. Enfin, on sait que les maladies du foie donnent lieu à une altération particulière des capillaires sanguins, et, comme la muqueuse pituitaire est de toutes les membranes muqueuses celle qui possède le réseau capillaire le plus riche, c'est elle qui devient le siège des hémorrhagies.

M. Verneuil répond à M. Colin qu'il connait bien, pour les avoir particulièrement étudiées, les hémorrhagies chirurgicales d'origine cardiaque; mais de ce que le cœur est la cause de certaines hémorrhagies, il ne faut pas en conclure que toutes les hémorrhagies proviennent des lésions cardiaques; il existe des hémorrhagies secondaires dans la production desquelles le cœur n'entre pour rien et dont l'unique facteur est la lésion hépatique.

Quant à la révulsion, M. Verneuil n'admet pas avec M. Colin, qu'elle doive être toujours appliquée loin de l'organe malade; il n'admet pas non plus que l'action révulsive soit sous la dépendance de la communauté des rapports circulatoires entre les parties; il convient, en effet, d'avoir égard aux influences réflexes, et, suivant M. Verneuil, le rôle du système nerveux est ici beaucoup plus considérable que celui du système circulatoire.

M. Verneuil, répondant ensuite à M. Dujardin-Beaumetz, déclare qu'il ignore absolument l'influence des altérations du foie sur les dyscrasies et sur l'altération des capillaires sanguins. La science est loin d'être fixée à ce sujet; le plus sage, suivant lui, est d'accepter le fait clinique des hémorrhagies liées à un état d'altération du foie, sans chercher à expliquer ce qui est encore inexplicable dans l'état actuel de la science.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Angine de poitrine et iodures alcalins. — Traitement de la laryngite tuberculeuse par le raclage. — Traitement de la syphilis par les injections de peptone mercurique ammonique. — Examen histologique des tissus après les injections sous-cutanées du calomel.*

M. Huchard répond à certaines objections que M. Guyot avait opposées à sa dernière communication sur la guérison de l'angine de poitrine par les iodures alcalins.

M. Guyot a refusé d'accepter la théorie ischémique de l'angine de poitrine; il a dit que l'iodure de potassium ne lui avait jamais paru efficace dans les affections aortiques, et que, l'angine de poitrine pouvant guérir spontanément, il n'était pas légitime de conclure à l'action curative de l'iodure parce que les malades n'ont pas eu de nouveaux accès depuis le début du traitement.

M. Huchard présente une pièce anatomique qui lui a été fournie par M. A. Robin; chez un homme mort dans un accès d'angine de poitrine, on a trouvé les orifices des coronaires dilatés, il est vrai, mais sur leur trajet existaient plusieurs rétrécissements.

M. Huchard cite plusieurs cas de guérisons d'anévrysme aortique par le traitement ioduré.

Pour ce qui est de la curabilité spontanée de l'angine de poitrine, elle n'est guère admise; les auteurs lui ont toujours attribué une mortalité de 9 sur 10. Le traitement ioduré fait tomber la mortalité à 3 ou 4 pour 10. L'iodure qui diminue la tension artérielle est indiqué dans les maladies du système circulatoire où celle-ci est aug-

©BIU Santé

mentée ; ce qui est le cas dans l'angine de poitrine, où M. Huchard a toujours constaté le retentissement du bruit diastolique de la base.

A propos du tabac, M. Huchard conseille à ses malades non seulement de ne pas fumer, mais de fuir la société des fumeurs.

M. Guyot a dit qu'il avait vu un cas d'iodisme après l'administration d'une faible dose d'iodure de sodium. Si M. Huchard préfère l'iodure de sodium, ce n'est pas parce que ce sel expose moins aux accidents d'iodisme ; c'est parce que les sels de potasse administrés longtemps sont des poisons pour le cœur ; or les malades qui ont des affections artérielles ont souvent de l'imperméabilité rénale ; enfin l'estomac supporte mieux les sels de sodium.

M. Huchard profite de l'occasion pour indiquer certains médicaments qu'il faut s'abstenir de donner aux angineux ; ce sont la digitale, le belladone, l'ergot de seigle, qui augmentent la tension artérielle. Le bromure de potassium même doit être employé avec réserve ; la cocaïne, préconisée récemment par Laskewitch, prédispose à la syncope et l'antipyrine doit être laissée de côté, quoiqu'on ait voulu l'opposer indistinctement à toutes les manifestations douloureuses.

M. Guyot réplique que M. Huchard a eu une singulière chance de réunir en quelques années 172 cas d'angine de poitrine, alors que lui-même, dans une pratique de trente années, n'en a vu que 8 cas, et que des confrères ayant de vastes clientèles n'en ont jamais vu. Il maintient qu'ayant donné de l'iodure de potassium à un grand nombre de gens atteints de maladies aortiques, il n'a jamais constaté que ceux-ci en eussent tiré bénéfice ; il n'est pas certain non plus que le médicament soit un poison du cœur.

M. Hallopeau cite le cas d'un malade qui n'a plus d'accès angineux depuis qu'il est soumis à l'iodure de potassium, mais qui est repris de ses accès dès qu'il cesse l'usage de ce médicament.

M. Chantemesse rapporte un cas de guérison d'anévrysme de l'aorte ascendante par l'iodure de potassium.

M. Huchard ajoute que c'est seulement chez les cardiaques que l'iodure de potassium joue le rôle d'un poison. Chez les sujets qui ne peuvent supporter aucune préparation iodurée, on a dans la nitro-glycérine, médicament vaso-dilatateur, un succédané médiocre, il est vrai, des iodures.

— M. Gougenheim présente de la part de M. Hering (de Varsovie) des pièces anatomiques et des dessins qui montrent les étonnants résultats obtenus par ce médecin par le *traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse*. C'est à l'aide de curettes spéciales que M. Hering opère le râclage des ulcérations, il pratique aussi des injections sous-muqueuses d'acide lactique, d'iodoforme, et dans certains cas, des injections de cocaïne pour rendre le râclage moins pénible. Sur cent malades ainsi traités, M. Hering a obtenu vingt-huit guérisons, dont plusieurs ont été confirmées par l'autopsie, — affirmation qui n'est paradoxale qu'en apparence, — car, ces malades ayant succombé ultérieurement à la phthisie pulmonaire, l'examen micrographique du larynx a prouvé que les lésions de cet organe avaient été complètement guéries.

M. Chantemesse demande quelle preuve M. Hering fournit de la nature tuberculeuse des ulcérations qu'il a guéries par le râclage.

M. Gougenheim répond que les bacilles de Koch ont été constatés dans les crachats et dans des coupes faites sur les tissus enlevés par le râclage.

M. Martineau ouvre la discussion sur la *thérapeutique générale de la syphilis* en résumant l'expérience que lui a fournie une pratique de dix ans. Tout d'abord il repousse l'excision du chancre, qui n'est pas l'origine de l'infection, mais seulement son premier signe. La guérison de la syphilis se fait toujours à l'aide des trois médications mercurielle, iodée et sulfureuse employées alternativement.

Ces trois médications suffisent, avec l'aide de l'hygiène et de la médication tonique,

©BIU Santé

à guérir la syphilis chez des sujets jusque-là bien portants. Dans les cas où existent des tares constitutionnelles, diathésiques ou organiques, il peut être nécessaire de modifier le terrain par des moyens appropriés.

M. Fournier a montré que la thérapeutique de la syphilis doit être continuée pendant deux ans, avec des intervalles de repos. M. Martineau a modifié légèrement sa formule. Il prescrit pendant cinq ans un traitement ainsi combiné : mercure pendant deux mois, iodure pendant deux mois, repos pendant deux à trois mois.

Quant aux modes d'administration du mercure, des trois voies stomacale, pulmonaire et cutanée, deux seulement doivent être discutées. — La voie stomacale ne convient pas aux cas où il faut frapper fort et vite, quand un syphilome est en train de détruire un organe important. Dans le traitement nosocomial, les pilules doivent être délaissées, parce que les malades ne les prennent pas; on peut employer les préparations solubles à la condition que l'ingestion en soit faite en présence des surveillants. La voie stomacale favorise les accidents gastro-intestinaux du mercurialisme.

La voie cutanée comprend les frictions et les injections hypodermiques. M. Martineau n'utilise les frictions que chez les enfants de 2 mois à 3 et 4 ans. Les injections hypodermiques lui paraissent le meilleur mode de traitement de la syphilis à la condition d'employer une préparation soluble, la solution de peptone mercurique ammonique (formule de Delpech), qui contient 10 milligrammes de sublimé par seringue. Pendant les trente derniers jours, on pratique une injection quotidienne à la partie postérieure du dos; pendant les trente jours suivants, il suffit de faire prendre aux malades, par la voie buccale, une cuillerée à café de la même solution, qui contient 5 milligrammes de sublimé. Il ne doit jamais y avoir d'accidents locaux, si l'injection a été convenablement pratiquée. Depuis 1881, M. Martineau a traité ainsi 6,000 syphilitiques environ; c'est donc 180,000 injections qu'il a pratiquées. Fort d'une pareille expérience, il déclare que cette médication suffit à tous les cas et il n'éprouve pas le besoin de recourir aux injections de sels insolubles, comme le calomel.

M. Balzer rapporte deux observations qui pourraient être interprétées d'une manière défavorable à la méthode de Scarenzio, s'il ne semblait pas qu'elles sont exceptionnelles. Une femme phthisique et syphilitique est traitée par les injections de calomel. Elle succombe peu après aux progrès de sa phthisie, et l'autopsie permet d'examiner micrographiquement les foyers des quatre injections. Tous avaient, au volume près, le même aspect; le plus ancien était gros comme une noisette, le plus récent comme une petite noix. Au centre de chacun d'eux existait un noyau caséeux, dans lequel l'examen histologique révéla peu de leucocytes, mais beaucoup de granulations graisseuses, des cristaux d'acides gras, et surtout des débris de fibres conjonctives et élastiques. Ainsi, il était évident qu'une nécrose partielle des tissus s'était faite dans chacun des foyers d'injection par suite de l'intensité des réactions chimiques. Cependant, il n'y avait pas eu en apparence de phénomènes locaux réactionnels pendant la vie. Peut-être l'injection n'avait-elle pas été poussée assez profondément; peut-être aussi cette femme phthisique avait-elle des tissus prédisposés à la nécrose par leur mauvaise nutrition?

Dans un autre cas, à la suite d'une injection d'oxyde jaune de mercure dans la région fessière, la malade ayant commis l'imprudence de se balancer assise sur une corde, dès le lendemain un abcès se forma. Le pus, qui fut examiné au microscope, contenait des globules blancs et rouges, mais surtout des gouttelettes de graisse, des caillots et des fibres de tissu conjonctif et des fibres élastiques. Dix jours après l'injection, la pile de Smithson décelait la présence de traces de mercure dans le contenu du foyer.

M. Du Castel avait pratiqué comparativement d'un côté de la colonne vertébrale quatre injections de calomel et, de l'autre, quatre injections d'oxyde jaune chez un paralytique général suspect de syphilis. L'autopsie montra, un mois après l'injection, qu'il n'existait la moindre trace d'inflammation dans aucun de ces foyers. On avait injecté chaque fois une demi-seringue, et très profondément. — P. L. G.

©BIU Santé

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU MOIS D'AVRIL 1887.

Du 1er au 19. — Pas de thèse.

Mercredi 20. — M. Boiffin : Des hernies adhérentes au sac. (Président, M. Trélat.) — M. Hallé : Urétérite et pyélite. (Président, M. Guyon.) — M. Lafosse : Etude clinique de la céphalée neurasthénique. (Président, M. Charcot.) — M. Bouton : De la métrite chez les vierges. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 21. — M. Brunon : Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive. (Président, M. Vulpian.) — M. Grenier : Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques. (Président, M. Ball.) — M. Achard : De l'apoplexie hystérique. (Président, M. Brouardel.) — M. Mayer : L'avenir des pleurétiques. (Président, M. Grancher.)

Vendredi 22. — M. Beraud : Suppurations dans les fractures fermées. (Président, M. Trélat.) — M. Bouquet : Contribution à l'étude des fractures de jambe. (Président, M. Guyon.)

Samedi 23. — M. Veper : De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie. (Président, M. Duplay.) — M. Persy : Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'urémie. (Président, M. Proust.) — M. Chibrac : Nouvel appareil à pointe métallique pour être associé à une gouttière plâtrée. (Président, Le Fort.) — M. Dessaux : De la curabilité relative de quelques accidents hépatiques d'origine alcoolique. (Président, M. Peter.)

Du lundi 25 au mercredi 27. — Pas de thèse.

Jeudi 28. — M. Lallemand : Monographie des névroses professionnelles et de leur traitement. (Président, M. Ball.) — M. Couderc : Des ophthalmies chez les aliénés. (Président, M. Ball.

Vendredi 29. — Pas de thèse.

Samedi 30. — M. Le Roy : De la fracture marginale antérieure de la malléole externe, ou fracture verticale par arrachement de la partie inférieure du péroné. (Président, M. Le Fort.) — M. Papail : De l'emploi du corset plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale. (Président, M. Duplay.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DES PAUPIÈRES. — Charvot.

Pendant la période aiguë, lotions amidonnées, compresses émollientes, et mieux encore, masque facial en caoutchouc. — Pendant la période chronique, poudres ou pommades à base d'oxyde de zinc, de calomel, etc., ou bien du goudron et de l'huile de cade. Lorsque l'épiphora persiste, supprimer cette cause continue d'irritation, en fendant les points lacrymaux par la méthode de Bowman. — Le traitement général consiste dans l'emploi des purgatifs légers répétés, des remèdes antiscrofuleux, et des solutions arsenicales chez les sujets herpétiques. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le correspondant parisien de la *Deutsche med. Wochenschrift*, en annonçant aux lecteurs du journal de Berlin (numéro du 24 mars) l'apparition des *Annales de l'Institut Pasteur*, en critique le titre mal choisi, à son avis, et tendant à faire supposer que les *Annales* sont l'organe d'une école ou d'un parti. Cependant, le caractère indépendant (freidenkender Kopf) du rédacteur en chef, M. Duclaux, le rassure quelque peu à cet égard.

AUTRICHE. — La proposition faite à la Chambre des députés par le docteur Roser, — proposition sur laquelle nous avons déjà insisté, — tendant à créer, à Vienne, un

©BIU Santé

comité de santé analogue à celui de Berlin, vient d'être soumise à l'examen d'une commission composée des docteurs Billroth, Bamberger, Ludwig et Weichselbaum. On sait que le gouvernement n'est pas favorable à ce projet. — Ch. S.

JOURNALISME MÉDICAL. — Un nouveau journal de médecine vient de naître à New-York, sous le nom de *Foreign Medical Press*, et au prix *modeste*, dit l'*American Lancet*, de 20 dollars (100 francs) par an! — R.

COURRIER

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix de l'hygiène de l'enfance : 1,000 francs.* — Question posée pour 1888 : « Des paralysies dans les deux premières années de la vie ; en étudier, par des observations cliniques, les causes et la nature. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1888.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les candidats du concours qui s'est ouvert lundi 25 avril 1887 pour la nomination à une place de prosecteur sont au nombre de dix, ce sont : MM. Delbet, Dumoulin, Festal, Lejars, Lyot, Potherat, Récamier, Sebileau, Thiéry et Villemin.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 avril 1887, Mmes Valet et Daux, sages-femmes de première classe, ont été nommées sages-femmes du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement de Paris. (Emplois créés.)

— Les candidats du concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés sont au nombre de trois, ce sont : MM. les docteurs Chaslin, Pichon et Saury. Le jury, modifié par non-acceptation d'un certain nombre de membres, se compose de MM. Jules Voisin, Falret, Espiaut de Lamaëstre, Bourneville, Bucquoy, Rigal et Dujardin-Beaumetz.

— Le dimanche 24 avril, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, la réunion annuelle de l'Association des médecins de la Seine. Le compte rendu, lu par M. le docteur Barth, secrétaire général adjoint, fait connaître la situation prospère de cette association bienfaisante, qui a distribué, l'année dernière, près de 38,000 francs à des médecins malheureux, à leurs veuves ou à leurs enfants. Le nombre des sociétaires est actuellement de 857 ; le capital placé dépasse 1 million.

Ont été nommés, à l'unanimité : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon ; trésorier, M. Genouville. (*Gazette des hôpitaux.*)

— M. le docteur Guesdron est nommé médecin de l'hospice de Buzançais, en remplacement de M. le docteur Bénard, décédé.

— Le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 2 mai, à cinq heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur A. Fournier reprendra ce cours le vendredi 29 avril, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS. — *Déclaration de vacance pour une place de membre titulaire.* — Conformément aux statuts de la Société, tout candidat au titre de membre titulaire, est tenu de faire acte de candidature, en venant lire, dans une des séances de la Société, un travail ayant trait à l'obstétrique ou à la gynécologie. (Les séances de la Société ont lieu tous les seconds jeudis du mois, à trois heures et demie, au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

BIU Santé

Sommaire

I. Lancereaux : Les troubles nerveux de l'urémie. — II. Lettres d'Allemagne : Congrès de chirurgie de Berlin. — III. Thérapeutique : Etude sur l'iodure de fer. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les troubles nerveux de l'urémie (1).

(Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.)

Les *désordres moteurs* dans l'intoxication urémique sont moins complexes que les troubles de la sensibilité. Ils se manifestent sous la forme de contractures, de convulsions, et même sous la forme de paralysies.

La *contracture* est relativement rare. Dans la majorité des cas où elle se présente, elle est passagère, mobile, et associée à une paralysie transitoire ou à des accès éclamptiques. Quand elle est isolée, elle se localise presque toujours aux muscles de la région postérieure du cou, et détermine de la raideur avec léger renversement de la tête en arrière. J'ai plusieurs fois observé cette modalité de la contracture, en même temps qu'un rétrécissement considérable des pupilles, dans la néphrite aiguë, et particulièrement dans la néphrite scarlatineuse. Un jeune enfant de 11 ans, chez lequel un confrère distingué avait diagnostiqué une méningite, se trouvait atteint, un mois environ après le début d'une scarlatine dont il s'était mal remis, de vomissements verdâtres, d'une céphalée intense, de resserrement des pupilles, puis de raideur de tous les muscles du cou, de quelques-uns des muscles du dos, et enfin de somnolence et de coma. C'étaient bien là les signes d'une méningite, et, comme il n'existait pas trace d'anasarque, on comprend que l'erreur était facile. Néanmoins, la

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 mars 1887.

FEUILLETON

CAUSERIE

Conseils à un débutant. (Suite et fin.)

Si vous fuyez les grands centres pour vous fixer dans une petite ville, ce n'est plus un appartement qu'il vous faudra, mais une maison entière pour vous tout seul; dans les petites villes, on se met à l'aise, on ignore l'entassement et la cohabitation de nos phalanstères parisiens, et là, quand même vous en trouveriez le moyen, il ne vous serait pas permis de vous en tenir à un appartement; la maison est de rigueur, avec jardin, écurie et remise.

Choisissez-la bien entendu dans le centre et autant que possible se distinguant des autres par un détail de construction, quelque chose qui la rende très reconnaissable et permette d'en faire facilement la description; par exemple, un perron de deux ou trois marches, un balcon au premier étage, des moulures Renaissance encadrant les fenêtres; vous comprenez l'utilité de ces appendices, en apparence insignifiants, comme points de repère pour signaler votre maison dans les renseignements donnés aux malades. Si les architectes du pays n'ont pas prévu le parti que vous pourriez tirer un jour de leurs fantaisies, vous aurez, pour y suppléer, la ressource de la glycine grimpant sur votre mur, ou du marteau de porte volumineux, luisant, bien astiqué et figurant un dauphin, une chimère, un ange bouffi avec des ailes. Quoi que ce soit, il vous faut enfin

©BIU Santé

marche rapide des accidents, l'existence d'une scarlatine antérieure et l'absence des causes habituelles d'une méningite éveillèrent nos soupçons et nous firent penser à l'urémie. Les urines rares et épaisses étaient d'un rouge verdâtre et contenaient des flots d'albumine, en sorte qu'il ne pouvait y avoir de doute sur la nature des accidents. Ajoutons qu'au moment de notre examen, le malade fut pris d'un crachement de sang, et que, malgré le traitement prescrit : scammonée, lavement purgatif, lait cru, il succomba dans les vingt-quatre heures.

La contracture s'observe également au cours des urémies lentes ; presque toujours chez des artério-scléreux affectés de néphrite conjonctive ; mais, alors, il est bien difficile de préciser si la raideur de la nuque tient à l'insuffisance rénale ou à l'athérome des artères de la base de l'encéphale. Dans d'autres cas, la contracture est généralisée aux quatre membres. Un fait, que nous avons récemment observé à la salle Lorain, nous démontre que, dans la néphrite artérielle même, une contracture même étendue peut être l'effet de l'empoisonnement urémique. Il s'agit d'une femme de 71 ans, que l'on trouva sans connaissance sur le plancher de sa chambre, sans morsure de la langue, mais avec de l'écume à la bouche. Je la vis le lendemain à l'hôpital dans l'état suivant : étendue sur le dos, cette femme, dont le facies est calme et tranquille, semble dormir. Cependant la respiration est bruyante, stertoreuse, et affecte le type abdominal. Les quatre membres sont fortement contracturés, dans la demi-flexion. On soulève la malade tout d'une pièce ; la tête, le cou et le tronc forment comme une tige rigide. La sensibilité est diminuée, mais non anéantie, les réflexes peu modifiés. L'examen de l'urine ayant révélé la présence d'une forte proportion d'albumine, sur-le-champ fut prescrit un lavement des peintres ; il provoqua des évacuations abondantes. Dès le jour suivant, la contracture avait disparu ; la malade était revenue à elle, et pouvait se lever ; mais elle présentait encore de l'agitation et se plaignait d'une céphalée intense. La médication purgative fut continuée et la contracture ne reparut pas.

---

marquer votre maison par un signe particulier, comme on dit sur les passe-ports et les permis de chasse. Parmi les plus avantageuses à tous les points de vue sont les maisons faisant l'angle de deux rues, et vous donnant ainsi double façade ; on les indique et on les trouve plus facilement que les autres, elles attirent naturellement l'attention ; soyez donc heureux si l'on peut dire de vous, à l'inverse d'une réclame célèbre, que vous êtes « au coin du quai. »

Un voisinage aussi devra vous préoccuper : non pas celui d'un pharmacien, qui n'aura plus ici la même influence de quartier que dans les grandes villes, mais celui du marché ou du champ de foire ; sans y toucher de trop près, n'en soyez pas éloigné, car les trois quarts de vos malades profiteront des jours de marché pour venir vous consulter, et il seront bien aises de vous avoir sous la main ; vous passerez ainsi, sans dérangement pour eux, entre l'achat d'un veau et la vente de quelques poulets, et l'on vous saura gré de prélever pour votre compte le moins de temps possible sur les affaires ou le cabaret. Vos grandes assises se tiendront ainsi les jours de marché, où vous aurez peine à suffire à l'affluence des campagnards, complétant leur tournée à la ville par une visite chez vous ; sans compter que les gens de la ville viendront aussi plus volontiers ces jours-là, où tout le monde est habillé et dehors.

A côté de la porte donnant accès chez vous devra se trouver une grande porte cochère, ouvrant sur une cour où seront votre cheval et votre voiture ; car vous aurez d'emblée l'équipage qui n'est dans les grandes villes que le couronnement des carrières fortunées ; ailleurs, il est l'instrument indispensable du métier, puisque c'est surtout de la

©BIU Santé

Un fait analogue s'est offert à notre observation quelques semaines plus tard. Cette fois, l'autopsie est venue prouver qu'il s'agissait bien d'urémie. Ces exemples, en montrant que l'urémie peut revêtir le masque de la méningite, du tétanos et de quelques formes d'ischémie cérébrale, avertissent le clinicien qu'il ne doit pas négliger l'analyse des urines en présence de certaines contractures plus ou moins étendues. Cet examen lui permettra quelquefois au moins de réformer son diagnostic, et le mettra sur la voie des indications thérapeutiques. Mais d'ailleurs, si certains phénomènes de l'urémie ont une grande analogie avec ceux d'une affection méningitique, reconnaissons que l'évolution des accidents ne permet pas de confondre deux états si différents quant à leur origine. La stabilité et la progression des symptômes de la méningite sont en opposition réelle avec la mobilité de la contracture urémique. Semblables réflexions s'appliquent à la distinction qu'il y a lieu d'établir entre la contracture urémique d'une part, le tétanos et l'ischémie cérébrale de l'autre. Ces affections diffèrent essentiellement par leur marche et leur durée.

Les *convulsions* représentent le type le plus commun des désordres moteurs de l'urémie. Elles sont partielles ou généralisées. Les convulsions partielles consistent en soubresauts des tendons et en secousses convulsives, analogues à des secousses électriques. Les convulsions généralisées ont une grande analogie avec l'attaque d'épilepsie; elles sont connues sous le nom d'*éclampsie urémique*. Il est à remarquer que cette éclampsie est l'apanage de certaines insuffisances rénales, à l'exclusion de certaines autres. C'est ainsi qu'on l'observe très fréquemment chez les scarlatineux, chez les femmes en couches, et chez les saturnins. Les grandes convulsions sont, au contraire, exceptionnelles dans la variété commune de néphrite interstitielle qui se lie à l'athéromasie généralisée : et pourtant les malades affectés de cette néphrite forment la majorité des urémiques. Depuis 1878, je n'ai rencontré qu'un seul cas d'éclampsie au cours de la néphrite artérielle, chez une femme que vous avez pu observer cette année même dans notre salle.

---

médecine kilométrique que vous allez faire (ne pas confondre avec d'autres médecines ayant même nombre de syllabes et même désinence). Pour la forme des voitures, chaque province a ses habitudes; au premier abord, vous pourrez être peu séduit par le genre de véhicule qu'on vous proposera; ce sont souvent des carrioles haut perchées, d'une ascension difficile, totalement dépourvues d'élégance et de légèreté; prenez-en une cependant telle quelle, parce que, dans chaque pays, les voitures sont faites pour les chemins à parcourir, et si vous cédiez à la tentation de commander une voiture un peu soignée chez un carrossier de Paris, vous vous exposeriez à la voir très promptement hors de service, ou à vous embourber jusqu'aux lanternes après la première pluie. Fiez-vous donc à l'industrie locale pour la construction de votre équipage, et si vous l'achetez d'occasion, qu'il soit du modèle déjà adopté par vos confrères de l'endroit; surtout ne vous laissez pas induire à l'acquisition d'un de ces chars antiques, que la bonne volonté de vos concitoyens pourrait tirer pour vous du fond des remises, et qui rappelleraient vaguement la berline de la fuite à Varennes ou les voitures du sacre de Charles X. Quand vous ne serez pas en courses, il n'y aura pas de mal qu'on voie dans votre cour, à travers la grande porte ouverte à deux battants ou même dans la rue, le long du trottoir, votre voiture lavée et frottée par votre domestique, celui-ci en tablier bleu, gilet à manches et casquette cirée, pour qu'un petit bout de livrée paraisse dans la tenue de votre personnel; ce simple spectacle sera remarqué des promeneurs, et c'est déjà de la notoriété que de faire dire aux passants : « Tiens, voici la voiture du docteur Untel! »

©BIU Santé

Les soubresauts des tendons sont de petites secousses que la main appliquée à leur niveau perçoit facilement, surtout aux membres supérieurs. Peu différents des soubresants qui surviennent dans les fièvres graves, ils précèdent ou accompagnent les secousses convulsives. Celles-ci, brusques et subites, rapides comme l'éclair, portent sur un seul membre dont quelques muscles se contractent pour retomber presque immédiatement au repos ; elles sont les phénomènes précurseurs habituels de l'attaque d'éclampsie. Ce syndrome se produit tantôt soudainement, tantôt à la suite de migraines, de vertiges, de céphalalgie ou de somnolence. L'attaque, assez semblable à une crise épileptique, débute ordinairement par quelques muscles pour s'étendre bientôt au reste du corps. Ce clonisme partiel du début consiste en petits mouvements des lèvres et des muscles de la face, strabisme, soulèvement brusque d'un membre. Puis le malade est pris d'une raideur tétanique, il se renverse en arrière, le visage se congestionne et la respiration se suspend. Avec la reprise des mouvements inspiratoires, surviennent les convulsions cloniques qui peuvent affecter toutes les variétés, y compris la forme d'épilepsie hémiplégique. Ces convulsions s'épuisent en quelques instants et le malade tombe dans le coma, d'où il ne sort souvent que pour retomber dans de nouvelles attaques.

Ainsi donc, comme dans l'accès d'épilepsie vulgaire, les mouvements convulsifs accompagnés de perte de connaissance et généralisés, passent par les deux périodes de contraction tonique et de contraction clonique, pour finir par un état de somnolence avec respiration stertoreuse. Toutefois, même dans les cas où elles ressemblent le plus aux crises épileptiques, les attaques convulsives de l'urémie éclamptique se distinguent par l'absence du cri initial et de la pâleur cadavérique au début de l'accès ; la prédominance des spasmes dans un côté du corps est la règle dans l'épilepsie, l'exception dans l'urémie ; ajoutons en outre que, dans certains cas, le collapsus cérébral fait défaut et les convulsions existent seules.

L'épilepsie vraie est d'ailleurs, comme on sait, une affection qui se montre dès le jeune âge et qui diffère essentiellement par sa marche des

---

Si votre cabinet méritait tous vos soins à Paris et dans les grands centres, dans une petite ville vous n'avez pas à vous en soucier. Arrangez-le comme vous voudrez, mettez-y ce que vous voudrez, cela n'a pas d'importance. Les objets d'art y seraient tout à fait superflus ; l'ameublement sommaire d'un parloir de couvent suffira, la majeure partie de votre future clientèle étant tout à fait indifférente aux recherches d'intérieur où nous nous complaisons à Paris ; et pas seulement indifférente, mais portée à la défiance, si vous l'éblouissiez par un luxe insolite au milieu duquel elle se sentirait gênée, et qui lui ferait soupçonner chez vous des prétentions redoutables quant au prix de la consultation. Pour la clientèle semi-rurale des petites villes, il ne faut pas être un trop beau monsieur trop bien logé, pas plus que vous n'irez voir vos malades chez eux en souliers vernis et tout parfumé d'héliotrope blanc.

Ainsi, *Vénus de Milo, Leçon d'anatomie, Femme hydropique*, souvenirs et bibelots, reléguez tout au salon, encore que celui-ci doive être fort peu utilisé pour la réception de vos clients, mais seulement vous servir de pièce d'apparat, ou de refuge pour les intimes. Vous n'irez pas ouvrir votre salon comme salle d'attente aux clients déjà nommés qui vous arriveront en sabots, avec un grand parapluie bleu tenu le manche en bas, et un panier contenant deux douzaines d'œufs ou un couple de lapins. Ces visiteurs auraient bientôt fait de mettre à mal vos tapis, vos fauteuils, et s'intéresseraient fort peu à vos tableaux, non plus qu'aux livres ou albums qu'ils trouveraient sur vos tables. Il vous sera toujours loisible de faire entrer dans votre salon les visiteurs de distinction, les gens du monde qui n'y seront point dépaysés ; à la condition que vous ne preniez pas

©BIU Santé

accès convulsifs de l'urémie. Aussi est-ce à tort qu'on a appelé du nom d'*épilepsie* les accidents convulsifs qui surviennent à une période avancée du saturnisme, alors que les reins, ainsi que nous avons cherché à le montrer depuis longtemps, sont sclérosés, granuleux et profondément modifiés dans leur structure.

Les convulsions urémiques ont pu, dans quelques circonstances, être confondues avec les désordres engendrés par un néoplasme des méninges ou de la périphérie du cerveau; l'erreur même est d'autant plus facile que parfois l'albuminurie est symptomatique d'une lésion de ce genre. La quantité et la qualité de l'urine émise dans les vingt-quatre heures permettront de reconnaître si l'albuminurie est primitive ou secondaire; d'ailleurs, les caractères des accidents convulsifs sont toujours plus accusés dans un des côtés du corps lorsqu'il existe une lésion matérielle de l'encéphale. La marche de ces accidents servirait la plupart du temps à les différencier des phénomènes urémiques.

L'urémie convulsive est d'un pronostic toujours sérieux, car la mort peut survenir dans le cours d'une attaque, comme je l'ai constaté en 1869 à l'hôpital de la Charité chez un de mes malades atteint de néphrite saturnine, et qui succomba presque instantanément pendant une crise éclamptique. En présence de semblables faits, le médecin doit conserver son sang-froid, provoquer des excitations et des révulsions énergiques à la région du cœur et de l'épigastre, pratiquer la respiration artificielle et recourir même à l'emploi de l'électricité, pour réveiller les contractions cardiaques. (*A suivre.*)

Lettres d'Allemagne

CONGRÈS DE CHIRURGIE DE BERLIN.

Séance du jeudi 14 avril 1887, à deux heures. — Présidence de VOLKMANN.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'incarcération interne.

l'habitude provinciale de n'avoir votre salon habitable que le dimanche, et d'y faire pousser des champignons toute la semaine en fermant les volets; non, vous n'entretiendrez pas dans votre maison un de ces lugubres caveaux qui sentent le moisi, où la garniture de cheminée est enveloppée de mousseline, où les meubles sont blindés de fortes housses, comme des chevaux d'armes caparaçonnés pour un tournoi. Vous aurez un vrai salon, qui s'ouvrira pour quelques-uns de vos clients.

Pour les autres, une chambre assez vaste, avec des chaises de paille, suffira parfaitement. Qu'elle soit autant que possible, ainsi que votre cabinet, tout près de la porte d'entrée, qu'on y accède sans pénétrer plus avant dans vos appartements; une aile, un pavillon distinct seraient l'arrangement le plus commode pour la partie professionnelle du logis, surtout pour la salle d'attente, où souvent des clients venus de loin, et arrivés pendant que vous-même serez en course, auront longtemps à se reposer avant votre retour.

* * *

Grande ou petite ville, quelle que soit votre résidence, il y a une précaution dont vous vous trouverez toujours bien pour votre cabinet; c'est d'en garnir les portes de tapisseries ou de battants rembourrés, qui, dès le premier coup d'œil, donnent au client la certitude que rien ne pourra être entendu de ce qu'il va vous confier. Cette garantie matérielle de la discrétion de vos murailles est nécessaire au malade qui va vous raconter les peines de son corps, quelquefois aussi celles de son âme et de son cœur; quand

©BIU Santé

Rydygier (de Culm) : *Contribution au traitement opératoire de l'incarcération interne.* — Rydygier a opéré sept cas dans ces derniers temps.

a) Femme de 35 ans; depuis deux ans, tumeur dans l'hypochondre droit. Grossesse au huitième mois. Douleurs vives dans l'hypochondre; signes de sténose complète de l'intestin. Laparotomie après diagnostic d'étranglement intestinal par une bride du péritoine.

Incision sur la ligne blanche, de l'appendice xiphoïde au voisinage de l'ombilic. La bride qui étrangle une anse intestinale est facile à trouver, on la prend entre deux ligatures et on a sectionne. Guérison suivie d'accouchement normal.

Rydygier trouve que l'on opère en général trop tard; beaucoup d'insuccès sont mis sur le compte de l'opération, qui ne devraient être attribués qu'à l'état général du malade.

Il ne croit pas que les cas graves soient jamais soulagés par le lavage de l'estomac avec la pompe de Kussmaul.

En général, il laisse sortir l'intestin le moins possible; si le météorisme est trop considérable, il vide l'intestin par une ou plusieurs incisions longitudinales, qu'il suture ensuite.

b) Invagination iléo-cœcale, opération, mort de « choc ».

c) Volvulus de l'S iliaque, opération très simple; mort le sixième jour avec tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse. Pas d'autopsie.

d) Coudure d'une anse intestinale fixée dans le petit bassin. Rydygier a dû employer, dans ce cas, le procédé de Mikulicz pour la recherche de l'endroit sténosé; il a dévidé tout le paquet intestinal à travers la plaie.

Libération de l'anse fixée, guérison.

e) Cas analogue, guérison.

f) Enfant de quelques jours, intestins obstrués ou rétrécis en plusieurs endroits; résection de 25 centimètres d'intestin, mort.

g) Carcinome de l'S iliaque. Anus contre nature. Mort.

Rydygier croit que Madelung va trop loin en disant que la laparotomie ne doit être tentée que dans les cas les plus favorables où le météorisme est peu marqué. Par l'entérotomie simple, la cause de la sténose n'est pas éclaircie et souvent l'opération doit rester sans résultat ou être suivie de mort, car la gangrène de la partie atteinte s'ensuivra dans beaucoup de cas.

Mikulicz (de Kœnigsberg) partage en grande partie les idées de Madelung. Il a déjà

---

même votre cabinet serait isolé, doublez-en les issues de façon à donner aux patients la preuve qu'ils y sont à l'abri de toute surprise, qu'ils y peuvent parler en toute confiance. C'est une condition indispensable de sécurité pour les malades, et on ne la trouve pas toujours réalisée d'une façon assez évidente, même quand elle existe en fait.

* * *

D'une petite ville à la campagne, votre installation ira encore se simplifiant; pour le rude labeur du médecin de campagne, la façon dont vous serez installé n'importera guère; vous serez toujours dehors, battant le pays par les chemins de traverse, et votre cabinet de consultation ne jouera plus qu'un rôle secondaire dans votre existence. Ce sera une pièce quelconque, où vous ne ferez pas de longs séjours; les malades qui pourraient y venir n'y viendront pas tant qu'ils seront en état de se rendre jusque chez vous; ils vous feront venir chez eux quand ils ne pourront plus bouger, et les émissaires qui viendront vous chercher se reposeront plus volontiers dans votre cuisine que partout ailleurs; ou bien ils vous trouveront à table, choisissant l'heure de vos repas pour vous joindre, et vous les ferez entrer sans façon dans votre salle à manger pour écouter leur communication.

Ce n'est pas seulement des soucis matériels d'une installation appropriée à votre état que vous serez affranchi à la campagne, mais encore de toutes les règles de tenue et de conduite qui nous sont imposées dans les villes; j'entends parler seulement, vous le comprenez bien, des menues règles de la civilité puérile et honnête, et non point des

©BIU Santé

opéré environ 30 cas d'ileus et a été frappé de la difficulté qu'on éprouve à décider les malades à se laisser opérer à temps.

Malgré de nombreux succès, il est revenu de son enthousiasme pour la laparotomie dans les cas où le malade est fortement déprimé.

Il ne saurait non plus répondre d'une façon absolue à la question : « Quand doit-on opérer? » Il croit qu'en général il faut opérer le plus tôt possible. Cependant, si les indications ne sont pas claires, il pense qu'on peut attendre et opérer suivant les indications qui se produisent.

Dans trois cas qui lui avaient été envoyés par des collègues pour l'opération, il a attendu, et tous trois s'en sont allés guéris sans intervention chirurgicale, et cependant il y avait des symptômes très clairs d'obstruction.

Dans le cas où il trouve un fort météorisme, il incise longitudinalement l'intestin, y introduit un drain qu'il attache à la plaie, en l'enveloppant de gaze iodoformée; puis, l'intestin vidé, il recoud la plaie, réduit l'anse et procède à la recherche de la sténose.

Mikulicz croit que beaucoup d'insuccès dans l'opération de l'iléus sont dus à une péritonite secondaire septique, produite par la pénétration des matières fécales dans le péritoine. Il croit que dans ce cas nous devons agir à nouveau et immédiatement. Mais que fera-t-on? On a proposé trois procédés :

1° Ponction, incision et drainage;

2° Laparotomie secondaire, toilette du péritoine et drainage;

3° Lavage antiseptique du péritoine.

Mikulicz a cherché à éclaircir la question en faisant avec son assistant des expériences sur les animaux.

Dans les cas de péritonite locale, Mikulicz recommande beaucoup l'emploi de l'iodoforme. Mais il ajoute en terminant que l'on n'obtient pas d'aussi bons résultats chez l'homme que chez l'animal.

Schede (de Hambourg) trouve que la chirurgie a fait peu de progrès dans cette direction, malgré l'antisepsie. Il estime qu'une des plus grandes difficultés git dans le diagnostic.

Qu'on fasse une grande ou une petite incision, l'anus contre nature ou la résection, il n'y a pas là matière à grande discussion. L'auteur trouve plus important ce que lui ont affirmé nombre de médecins, à savoir que plus de la moitié des cas d'iléus guérissent sans intervention. On connaît même un cas de guérison après trente-cinq jours d'obstruction complète.

---

principes, qui sont les mêmes partout. Dans votre village, si vous voulez prendre le frais le matin devant votre porte, en fumant votre pipe, personne ne le trouvera mauvais; s'il vous plaît de casser une croûte à l'auberge, pendant vos longues tournées, avec le facteur rural ou le cantonnier, ne vous gênez pas davantage; faites de l'agriculture, soyez chasseur ou pêcheur, et considérez-vous comme affranchi des rites qui entourent notre sacerdoce dans les milieux urbains. Vous ne perdrez rien, au contraire, dans la considération des paysans, en partageant leurs occupations, leur costume, leurs habitudes et leur langage; la crainte de vous compromettre n'aurait que faire avec eux; la poignée de main et le verre de vin vous feront la réputation d'un bon vivant auprès des gens bien portants; quant aux malades, quoi que vous fassiez, ils ne changeront jamais leurs habitudes de vous faire appeler à la dernière minute, de vous déranger la nuit plus souvent que le jour, et de vous payer très peu ou point du tout; vous auriez donc bien tort de vous contraindre pour un si mince résultat. P. Dubray.

Mixture contre la périostite dentaire. — Rodier.

Teinture d'iode	4 grammes.
Alcoolature d'aconit	1 gramme.

Mêlez. — Deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau, on étend cette mixture sur le rebord gingival, dans le cas de périostite chronique, et surtout dans les caries non pénétrantes, lorsqu'après une obturation prématurée, la pulpe reste sensible au chaud et au froid. — L'inflammation s'arrête ordinairement après 3 ou 4 jours de traitement. — N. G.

©BIU Santé

Il a vu guérir trois malades qui pendant dix jours ont vomi des matières fécales.

Il a vu par l'entérotomie des cas de volvulus se réduire et tout rentrer dans l'ordre en peu de jours sans autre opération. Dans d'autres cas on peut, le malade étant mieux, après l'anus contre nature, tenter la cure radicale par la laparotomie.

Schede fait remarquer que beaucoup de cas d'obstruction à symptômes très aigus sont causés par un cancer de l'intestin, en général facile à opérer.

Schœubom est de l'avis de faire dans la plupart des cas l'entérotomie ; il conseille une incision très étroite de la paroi abdominale et plus encore de l'intestin.

Stelzner (de Dresde) est un partisan convaincu de la laparotomie avec cure radicale, résection ou débridement. Il a obtenu de très bons résultats. Dr Edmond Landy.

THÉRAPEUTIQUE

Étude sur l'iodure de fer

Par M. le docteur Delmis.

Le *Protoiodure de fer* est à la fois le ferrugineux et le reconstituant le plus usité de la médication toni-analeptique : il doit cette vogue sans cesse croissante à sa composition double, qui le fait participer en même temps des propriétés *recorporantes* du fer et *altérantes* de l'iode ; et s'il agit avant tout comme sel de fer pour modifier les dyscrasies sanguines, transitoires ou constitutionnelles, il est parallèlement non moins efficace par son iode, pour modérer les combustions organiques et ralentir les phénomènes nutritifs.

Aussi les indications du protoiodure de fer ne sont-elles pas, à l'exemple de ses congénères martiaux, limitées au traitement des chloro-anémies ; elles s'étendent aux principaux états diathésiques tels que la tuberculose, la lympho-scrofule et la syphilis, dans lesquelles ses propriétés plasmiques et globulaires sont fréquemment utilisées et déterminent un grand nombre de cures remarquables.

Le protoiodure de fer, substance éminemment soluble, est facilement absorbé par le système circulatoire, où il se décompose partiellement, pour être éliminé ; l'iode se retrouve rapidement dans l'urine à l'état d'odure de sodium, tandis que l'apparition du fer sous forme d'oxyde de fer est plus tardive. Mais ce qui individualise le protoiodure de fer, c'est l'absorption de son fer à l'état de protoiodure de fer, qui passe en nature dans la plupart des liquides sécrétoires physiologiques, salive, lait, mucus bronchopulmonaire, sueur. L'honneur de cette découverte fondamentale revient aux mémorables expériences de Claude Bernard, et elle nous permet d'interpréter l'action antimicrobienne, jusqu'à ce jour inexpliquée, que plusieurs cliniciens ont reconnue au protoiodure de fer dans la tuberculose et la furonculose.

Le protoiodure de fer, mentionné par le *Codex*, est un sel verdâtre, quelque peu hydraté (4 ou 5 molécules d'eau), astringent, fusible, volatil et déliquescent ; au contact de l'air et surtout de l'air humide, il est aisément dédoublé en iode qui s'évapore ou s'oxyde, et en oxyde de fer ; lorsque l'intervention de l'oxygène atmosphérique se prolonge, l'acide iodique formé se combine avec l'oxyde de fer ; l'iode et l'iodate libres qui en résultent, souvent mélangés de sulfates et de chlorures, lorsque l'iodure de fer employé était primitivement impur, transforment les propriétés natives de ce précieux agent ; pur, il n'exerce qu'une action topique insignifiante ; altéré, il devient nocif et peut provoquer des troubles d'irritation gastro-intestinale, capables de compromettre l'intervention thérapeutique. L'iode libre est lui-même un véritable caustique pour la muqueuse stomacale.

On peut déduire des considérations précédentes que le *protoiodure de fer* est difficilement obtenu à l'état chimiquement pur et que cette condition est indispensable pour obtenir la somme d'activité thérapeutique qui lui est propre. D'où l'obligation pour le médecin de ne prescrire qu'un iodure de fer absolument pur. Or celui-ci, en raison des difficultés qui entourent sa manipulation, ne pouvant être préparé qu'exceptionnellement dans le laboratoire ordinaire, c'est au praticien de choisir une préparation spéciale, qui lui offre toutes les garanties exigibles.

©BIU Santé

Les *préparations d'iodure de fer de Gille*, connues et expérimentées depuis quarante ans par les médecins, réunissent au plus haut point la fixité et l'inaltérabilité que doit réaliser l'iodure de fer thérapeutique.

Ces préparations sont au nombre de deux : *Dragées* et *Sirop*.

1° Les *Dragées*, dont chacune représente 5 centigrammes de protosel, exactement dosées, sont recouvertes par un enrobage inaccessible à l'air humide, mais parfaitement soluble dans les liquides digestifs, et qui favorise singulièrement la dilution complète de l'iodure dans le suc gastrique ; c'est là un point de supériorité indéniable sur la forme pilulaire, rejetée par un grand nombre de médecins parce que trop souvent la pilule d'iodure de fer, comme tous les similaires, traverse le tube intestinal sans être attaquée ni dissoute.

L'iodure de fer de ces dragées ne noircit pas les dents, ne communique aucune fétidité à l'haleine, ni saveur styptique à la bouche ; il ne donne jamais lieu à aucune manifestation gastralgique. Cette innocuité est la conséquence de son inaltérabilité constante.

Enfin elles présentent, par la modicité de leur prix, l'avantage d'un traitement iodo-ferrugineux à bon marché.

2° Le *Sirop*, dont chaque grande cuillerée répond à 10 centigrammes d'iodure ferreux, jouit des mêmes propriétés que les *Dragées*, et il conserve ce sel indécomposé.

La saveur de ce *Sirop* ne laisse aucun arrière-goût atramentaire, ce qui est l'écueil de la plupart des sirops ferrugineux : ce privilège tient à la stabilité invariable de l'iodure de fer incorporé.

Son goût, uniformément agréable, en facilite l'administration chez les enfants de tout âge et fait de ce médicament le reconstituant le plus appréciable de la médecine infantile, le succédané presque toujours préféré de l'huile de foie de morue.

Le sirop de protoiodure de fer convient encore aux personnes délicates ou dysphagiques, aux hystériques particulièrement, et aux neurasthéniques, qui ne peuvent avaler l'iodure de fer solide.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les délégués de la Société de médecine de Paris, MM. Dubrisay, E. R. Perrin et de Ranse

DEVANT LA COMMISSION PARLEMENTAIRE (PRÉSIDENT, M. SIEGFRIED)

Chargée de l'examen de divers projets de loi concernant la création d'une Direction centrale de la santé publique.

Messieurs, vous nous aviez confié il y a deux mois la mission de vous représenter devant la Commission parlementaire chargée de l'examen de divers projets de loi concernant la création d'une Direction de la santé publique.

Nous venons aujourd'hui vous rendre compte de la manière dont nous nous sommes acquittés de cette mission.

Par suite d'une entente préliminaire, il avait été convenu entre nous que l'un des délégués présenterait d'abord sur l'ensemble des projets quelques considérations générales ; que les deux autres délégués traiteraient ensuite spécialement de certains points particuliers :

1° Considérations générales sur l'ensemble des projets soumis à la Commission, M. Dubrisay, délégué de la Société de médecine de Paris.

Trois projets ont été soumis à l'examen de la Commission : l'un par le Comité consultatif d'hygiène publique de France ; le deuxième par M. le ministre du commerce et de l'industrie ; le troisième, dû à l'initiative d'un certain nombre de députés, est connu sous le titre de *Projet Siegfried*.

©BIU Santé

Entre ces trois projets, les différences sont assez nombreuses, mais nous avons constaté avec une vive satisfaction que, quelles que fussent ces différences, il y avait entre les trois projets un lien commun : tous les trois ont pris comme base de l'organisation qu'ils proposent, les trois conditions suivantes :

1° La centralisation de tous les services de l'hygiène ;

2° La création d'agents spéciaux chargés de l'observation des règlements ;

3° L'application de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, qui donne le droit aux préfets de se substituer aux maires, dans des conditions déterminées, pour l'application de certaines prescriptions de l'hygiène.

En dehors de ces trois conditions primordiales, l'action d'une Direction de la santé publique serait nulle ; appuyée, au contraire, sur ces principes fondamentaux, elle peut exercer une action utile et féconde. Nous ne pensons pas devoir reproduire ici *in extenso* les divers arguments, d'ailleurs connus, que nous avons présentés devant la Commission, et nous passons aux autres considérations exposées par nous.

Dans le projet Siegfried, aussi bien que dans celui du ministre du commerce et de l'industrie, les questions d'assistance hospitalière, celle des enfants assistés sont laissées de côté : c'est une lacune qui nous paraît inacceptable.

Comment s'occuper de la construction, de l'hygiène des hôpitaux, de l'assistance à domicile, et s'arrêter devant l'assistance hospitalière elle-même?

Nulle question, plus que celle-là, ne fait, selon nous, partie intégrante d'une Direction de la santé publique.

Sur un autre point encore, nous sommes en désaccord avec les auteurs des projets. A quel ministère devra être rattachée la Direction de la santé publique?

M. le ministre du commerce et de l'industrie la retient au ministère du commerce ; M. Siegfried propose que la question soit tranchée ultérieurement ; dans son projet, elle est réservée.

Nous sommes d'un avis opposé.

Pour que le projet, si bien étudié qu'il soit, ne reste pas à l'état de lettre morte ; pour qu'il ne vienne pas se classer à côté de l'organisation toute platonique des Conseils d'hygiène de 1848, il faut que sa mise à exécution en soit confiée à celui des ministères qui a entre les mains les éléments de l'action la plus vive ; par suite, du succès. C'est donc au ministère de l'intérieur que doit ressortir la Direction de la santé publique.

Confier au ministère du commerce les intérêts du commerce et ceux de l'hygiène, c'est lui confier des intérêts qui sont en luttes perpétuelles ; c'est le placer sans cesse, l'histoire du passé le prouve, dans l'impossibilité de prendre une décision ferme.

Du ministère de l'intérieur dépendent déjà un grand nombre de services qui seront naturellement rattachés à la Direction de la santé : pour n'en citer que quelques-uns, ce sont les enfants assistés, les enfants du premier âge, la mairie, l'assistance à domicile, l'assistance hospitalière, et enfin, ce qui sera le cadre même de la nouvelle organisation, l'administration municipale dans toutes ses ramifications.

Ces diverses considérations présentées par le délégué de la Société de médecine de Paris ont paru obtenir l'assentiment de tous les membres de la Commission parlementaire.

2° Considérations présentées par M. DE RANSE sur l'inspection des stations d'eaux minérales.

M. de Ranse appelle l'attention de la Commission parlementaire sur le paragraphe 13 de l'article premier qui énumère les différentes attributions de l'Administration de la santé publique. Ce paragraphe est ainsi rédigé :

« L'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux particuliers et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres. »

M. de Ranse trouve le mot *amélioration* assez vague, insuffisant, et émet le vœu qu'on lui substitue ou qu'on y ajoute le mot *surveillance*.

La question de l'inspectorat des eaux minérales est actuellement à l'étude ; elle est en ce moment même l'objet d'une discussion au sein de l'Académie de médecine. Or, il

©BIU Santé

semble à M. de Ranse que cette inspection des eaux minérales, au lieu de donner lieu à une organisation spéciale, doit faire tout simplement et tout naturellement partie de l'organisation générale contenue dans le projet de loi. C'est ce que consacrera le paragraphe qui précède, modifié comme il le propose.

Dans chaque station thermale importante serait instituée une Commission médicale qui, à la surveillance ou inspection des eaux, joindrait la police sanitaire de la station ; cette Commission serait, à tous les points de vue, assimilée aux Commissions régionales de la santé publique instituées dans l'article 13 du projet de loi.

Dans les stations de second ordre, où l'on ne rencontrerait pas les éléments constitutifs d'une commission médicale, un docteur en médecine, délégué par le ministre, sur la proposition du Conseil national de la santé publique, remplirait les fonctions attribuées, dans les autres stations, au président de la Commission médicale.

En réponse à une question de M. Labrousse, membre de la Commission parlementaire, M. de Ranse ajoute que, dans ces dernières et petites stations, la surveillance des conditions sanitaires pour laquelle l'autorité du médecin délégué par le ministre pourrait être insuffisante, serait exercée par la Commission de la santé publique et le sous-inspecteur départemental de la circonscription où se trouverait la station thermale.

Le vœu exprimé par M. de Ranse et les réflexions dont il l'appuie sont pris en considération par la Commission parlementaire.

3° Considérations présentées par M. Perrin sur les commissions régionales et sur la création des agents de la santé publique :

« Il ne me reste que peu de chose à ajouter après ce qui vient d'être exposé par mes honorables collègues, MM. Dubrisay et de Ranse. Je dirai cependant quelques mots des Commissions régionales et de l'inspection. Pour ce qui est des Commissions, il ne faut pas, à notre avis, trop compter sur elles. A l'exception de quelques-unes, la plupart ne fonctionneront que peu, ou point ; et cela, malgré les jetons de présence et l'excellente idée qu'on a eue de les organiser sans tenir compte des circonscriptions administratives actuelles. Il en sera de ces commissions, comme il en est aujourd'hui des Commissions locales instituées par la loi du 19 mai 1874, sur *le travail des enfants employés dans l'industrie*. Elles ne fonctionneront que très mollement. Elles seront, d'autre part, d'un recrutement difficile, si surtout, comme le stipule l'article du projet de loi émanant de l'initiative parlementaire, la moitié au moins de ses membres doit être prise parmi les médecins dont la compétence est à coup sûr indéniable, mais dont les intérêts professionnels pourraient être gravement compromis ; comment bon nombre d'entre eux consentiraient-ils, en effet, à accepter des fonctions pour l'accomplissement desquelles ils auraient parfois à sévir, sanitairement parlant, contre leurs propres clients ? Il y a là un point noir qui soulève de sérieuses réflexions.

Quant à l'inspection, ou à la création d'un service d'agents de la santé publique, conformément à l'article 4 du projet, et si heureusement renforcée par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, *sur l'organisation municipale*, on ne saurait entourer cette création de trop de précautions pour en assurer le bon fonctionnement. C'est, en effet, sur l'inspection bien organisée et offrant la plus grande somme de garanties techniques dans la personne de ses agents, que les intérêts de l'hygiène publique pourront être sérieusement sauvegardés. Le concours, ou des examens spéciaux, devront être exigés des postulants. Les fonctions qu'ils auront à remplir devront rappeler celles qui sont actuellement dévolues aux inspecteurs sanitaires anglais (*Inspector of nuisances*), si utilement institués, en vertu de l'acte de salubrité publique (*the public health act. 1875*).

Quant à la part contributive de l'Etat et des départements dans les dépenses obligatoires, nous pensons qu'il ne serait pas équitable, conformément à l'article 28 du projet de loi précité, que ces dépenses fussent *indistinctement* supportées par moitié par l'Etat, et pour l'autre moitié par le département. Autrement, les départements les plus pauvres, et ils sont nombreux, auraient à supporter des charges budgétaires hors de toute proportion avec leurs ressources, et cela, d'autant plus fâcheusement, que ce sont précisément ces mêmes départements pauvres, qui laissent le plus à désirer sous le rapport

©BIU Santé

sanitaire, et qui, par là même, appellent les mesures les plus nombreuses et les plus coûteuses d'assainissement.

En terminant, je n'ajouterai plus qu'un mot, et en exprimant le vœu que, dans le mode d'exécution des mesures d'hygiène et de salubrité formulées dans l'article 27 du projet, notre loi sanitaire future ne soit pas, à l'exemple de la loi du 13 avril 1850, *sur les logements insalubres*, paralysée dans l'application par une procédure compliquée ou d'une lenteur désespérante, à la faveur desquelles tout intéressé, quelque peu processif par tempérament, puisse faire que l'affaire la plus simple reste *légalement* en suspens pendant des années. C'est ainsi que nous avons été amené, il y a quelques jours, en notre qualité de membre de la Commission des logements insalubres, à déposer un dernier rapport dans une affaire de simple assainissement de loge, qui remontait à près de sept ans, et qui durerait encore, si le propriétaire n'avait pris le parti de démolir le bâtiment dans lequel cette loge était autrefois située. »

Telles sont, Messieurs, en résumé, les diverses considérations que vos délégués ont présentées à la Commission parlementaire devant laquelle ils ont eu l'honneur d'être appelés.

Ils ont pensé qu'il était de leur devoir de les soumettre à votre appréciation.

DUBRISAY, E.-R. PERRIN, DE RANSE.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — Il est question de créer des Chambres médicales chargées d'assurer le bon état des régions sanitaires soumises à leur surveillance.

— Une exposition d'hygiène aura lieu à Warschau du 15 mai au 1er juin 1887.

— Le docteur Devyl vient d'être chargé du cours des maladies des yeux à la Faculté de médecine de Prague.

NÉCROLOGIE. — Le professeur Liberkhun, mort à Marbourg d'une attaque d'apoplexie, docteur Brummerstadt, docent de gynécologie à Rostock. — Ch. S.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — La Faculté a eu 756 étudiants de tout ordre (elle n'en avait que 325 il y a dix ans, quand l'École de médecine a été transformée en Faculté). Le doyen, M. Lortet, dit que ce chiffre est cependant insuffisant ; la création des deux Facultés nouvelles de Bordeaux et de Lyon n'a pas augmenté le nombre des médecins dans la proportion qui avait été annoncée par Paul Bert et à laquelle on devait s'attendre. La cause, suivant M. Lortet, est surtout l'organisation défectueuse du baccalauréat ès sciences restreint, auquel les élèves ne savent comment se préparer ; les Facultés des sciences refusent sans pitié les candidats dans l'espoir de détruire le baccalauréat restreint ; les élèves ou les familles se découragent et renoncent aux études de médecine, faute d'un titre que la Faculté de Lyon regarde comme sans valeur. Le doyen demande donc qu'on supprime l'obligation du baccalauréat restreint, et si on tient à le remplacer, qu'on crée un baccalauréat ès sciences physiques et naturelles.

La Faculté a fait passé 486 examens de médecins, 157 de pharmaciens. Elle a reçu 42 docteurs, 15 pharmaciens de 1re classe, 20 pharmaciens de 2e, 16 herboristes, 28 sages-femmes, pas un seul officier de santé. Il y a eu 14 docteurs de moins que l'année dernière, beaucoup de médecins de la marine ayant été empêchés de venir passer leur examen à Lyon. (*Revue internationale de l'enseignement*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Mort du professeur Gosselin. — II. Compte rendu de la séance annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

Mort du professeur Gosselin.

Nous ne pouvons qu'annoncer aujourd'hui la mort du professeur Gosselin, à laquelle on s'attendait depuis quelques semaines. La disparition d'un homme, qui a tenu une si grande place dans la science contemporaine et dans l'éducation chirurgicale de beaucoup d'entre nous, laisse dans notre corporation de profonds et unanimes regrets. Nous aurons à cœur de rappeler aux lecteurs de l'*Union médicale* la carrière scientifique et les éminentes qualités d'un de nos plus vénérés maîtres.

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

VINGT-HUITIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Tenue a Paris, les 17 et 18 avril 1887, sous la présidence de M. Henri Roger.

Première séance.

M. le Président Roger déclare la séance ouverte et prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Confrères,

Avant de vous parler de nos joies (et la plus grande est de voir aujourd'hui, réunis plus nombreux que jamais, les meilleurs amis de l'Association), permettez-moi de recommander à votre souvenir le nom d'un membre éminent du Conseil général, M. Gallard, que nous venons de perdre, et qui a été ravi presque subitement à l'estime et à l'affection de tous.

Notre dévoué Secrétaire général a bien voulu me remplacer à la pénible cérémonie des adieux suprêmes; en m'inspirant du discours qu'il a prononcé sur la tombe, en redisant les paroles émues qu'il a adressées au cher mort, et, en les répétant devant vous, dans cette salle de nos Assemblées générales où Gallard était toujours présent, je m'assure des applaudissements sur lesquels M. Foville a droit de partage.

Je louerai d'abord l'hygiéniste qui, par d'intéressants travaux, avait conquis une place à l'Académie de médecine, et le clinicien qui, pendant presque toute sa vie hospitalière, cultiva la gynécologie avec ardeur et succès; qui honora cette spécialité, la perfectionna par d'excellents écrits, et la vulgarisa par un remarquable enseignement.

Je dois encore de justes éloges à Gallard pour avoir été l'un des fondateurs de la *Société de médecine publique* et le créateur de la *Société de médecine légale;* c'est pour lui un titre sérieux à l'estime de ses contemporains que d'avoir puissamment contribué à la formation de deux Compagnies savantes qui ont une si haute utilité sociale : l'une, qui a pour but l'union des médecins et des juristes dans la recherche de la justice et de la vérité; l'autre, où la maladie est étudiée, non pas seulement chez les individus, mais dans les diverses classes de citoyens, dans le peuple

©BIU Santé

entier; ainsi, l'homme de l'art, dont la mission s'agrandit et s'élève sans cesse, devra et saura veiller au salut de la famille, de la cité, de la nation, et finalement de l'humanité.

Gallard a bien mérité de l'Association : alors que s'organisait, sous la forte impulsion de Rayer, notre OEuvre de fraternité et de solidarité professionnelle, il fut le collaborateur d'Amédée Latour; Vice-Secrétaire de la Société naissante, puis Conseiller général, il en fut, pendant vingt-huit années, un des plus vaillants, des plus fidèles et des plus utiles serviteurs. Honorons la mémoire du savant médecin de l'Hôtel-Dieu, gardons une place dans nos cœurs au confrère dévoué à la profession, qui fut, dans notre sainte communauté laïque, l'ouvrier de la première et de la dernière heure, travailleur infatigable dont l'activité ne s'arrêta qu'au moment du repos éternel.

Chers Associés, la plupart des Présidents de Sociétés locales, élus depuis notre dernière Assemblée, siègent en ce jour au milieu de nous; ils sont connus déjà dans notre république familiale, où ils ont rendu des services comme Trésoriers, Secrétaires, Vice-Présidents; c'est par promotion de grade qu'ils ont été élevés à la présidence, et leur avancement s'est toujours fait au choix. Je leur souhaite la bienvenue et leur promets un cordial accueil, car je suis certain que la devise de ces nouveaux collègues est celle de leurs anciens : *Faire le bien et le bien faire.*

Ne dois-je pas aussi l'expression de nos sympathies les plus vives à nos frères de la Société des Alpes-Maritimes qui, victimes du tremblement de terre de Menton, enveloppés dans le désastre commun, plusieurs même privés de leur foyer, n'ont point failli aux devoirs du médecin et du citoyen? Réunis sous la présidence de M. le docteur Farina, les membres de l'Association, auxquels s'étaient adjoints plusieurs confrères de la Société de médecine de Menton, ont, immédiatement après la catastrophe, consacré leurs efforts au soulagement des effroyables misères qui venaient de fondre sur la population, et à la réparation des ruines de la ville bouleversée. Ils ont aidé de leurs conseils la municipalité pour la construction des baraquements, pour les mesures d'hygiène urgentes; s'oubliant eux-mêmes, ils n'ont songé qu'au salut public et au relèvement de la malheureuse cité.

Vous avez pu connaître, dans la salle de vos délibérations préparatoires, les noms des candidats que nous vous proposerons de nommer demain pour compléter le Conseil général. Les deux candidats parisiens sont membres distingués du corps médical; tous deux ont en même temps l'avantage, très précieux à notre sens, de faire partie des grandes assemblées gouvernementales et d'y occuper une situation importante. Nous nous félicitions de compter déjà dans le Conseil général deux sénateurs qui sont toujours prêts à nous appuyer de leur légitime influence : M. le docteur de Mahy, membre de la Chambre des députés et ancien ministre, M. le docteur Cazelles, qui, après avoir été, au ministère de l'intérieur, le premier directeur de l'Assistance publique, vient d'être appelé à siéger au Conseil d'Etat, nous apporteront un concours efficace et nous feront profiter du crédit dont ils jouissent.

Je laisse à M. Foville le soin de vous parler affaires et vous savez comme il s'en acquitte. Il vous signalera les questions qui, en petit nombre, ont appelé l'attention du Conseil et de plusieurs sociétés locales : il vous dira en même temps à quelle phase de la procédure parlementaire se trouvent les questions intéressant le corps médical, qui sont actuellement sou-

BIU Santé

mises aux Chambres, et qui ont été, les années précédentes, l'objet de nos efforts et de nos préoccupations.

Une de ces questions, la plus considérable de toutes, celle de la loi relative à l'exercice de la médecine, après avoir été longtemps étudiée dans les Sociétés locales et dans les Assemblées générales, est aujourd'hui passée dans la sphère plus élevée des débats parlementaires. Comme il importe que chacun des membres de la profession soit en état de bien connaître le projet du gouvernement, le Conseil général a prié un de ses membres de vous en présenter un exposé complet et méthodique. Vous apprécierez vous-mêmes demain les mérites de l'étude de notre collègue, M. le docteur Riant ; quant à moi, je tiens à le complimenter dès aujourd'hui au nom du Conseil et du Bureau, pour le zèle et le talent avec lesquels il a accompli sa tâche.

Notre trésorier a éprouvé, cette année, une vive satisfaction en voyant affluer dons et legs. Il va proclamer tout à l'heure la série complète des donateurs de 1886 ; vous y trouverez, comme d'habitude, les noms des fonctionnaires, parisiens ou départementaux, dont les libéralités sont annuelles, si bien qu'elles semblent inhérentes à la fonction ; vous y retrouverez encore ceux de plusieurs de nos co-sociétaires, obstinés à se porter au-devant des infortunes professionnelles ; certes, il ne m'en voudra pas de signaler avant lui quelques-unes des bonnes actions, j'allais dire des actions d'éclat, consignées dans son rapport : en citer les auteurs deux fois, n'est-ce pas obtenir pour eux une double approbation ?

Il y a peu de jours, M. Horteloup, chirurgien des hôpitaux, était nommé par ses pairs membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique : le lendemain, il remerciait ses électeurs par un billet de cinq cents francs à l'adresse de nos pensionnés.

M. le docteur René Marjolin ne ressemble guère à certains philanthropes de la fin du XVIIIe siècle qui, en qualité d'amis du genre humain, se dispensaient d'aimer la patrie, voire même leur prochain : simple membre ou dignitaire dans beaucoup d'institutions philanthropiques et de Sociétés protectrices de l'enfance, il met à leur service, depuis un quart de siècle, son expérience, son talent, sa fortune. Sa charité extensive s'épanche silencieusement sur toutes sortes de misères : afin d'alléger sa douleur filiale, il vient, avec la complicité de sa digne compagne, Mme Ary Scheffer Marjolin, de décupler ses largesses multiples ; il a porté à mille francs sa contribution à la Caisse des pensions, ainsi que sa cotisation dans la Société centrale, avec promesse de renouvellement annuel. Que mon cher collègue me pardonne d'avoir violé sa modestie par ces révélations (qui sont d'ailleurs incomplètes), et de l'avoir dénoncé à la reconnaissance de ses confrères.

Quand les familles des associés que nous avons perdus envoient un don posthume en remembrance de l'absent, elles le font revivre dans la mémoire de ceux qui l'ont aimé : ainsi a pensé Mme Gallard ; ainsi ont pensé le fils et la fille de Prosper Yvaren, qui fut l'honneur de la médecine Avignonnaise. En les remerciant de leur touchante offrande, nous inscrivons, sous leur dictée, les noms de Gallard et d'Yvaren sur la liste des bienfaiteurs de l'Association.

Nous y inscrivons aussi une donatrice inattendue : quel magnifique usage a fait de sa fortune Mme veuve Dagnan ! Américaine de naissance, française de cœur et française par son mariage, elle était riche de deux millions :

©BIU Santé

elle en a légué un à ses parents et à ses amis, et l'autre à des établissements charitables de tout genre (hospices, écoles, Sociétés d'assistance, de sauvetage, de secours mutuels, etc.); une subvention de cent mille francs a été accordée à la plus admirable Société, celle de sauvetage des naufragés, qui a une flotte de canots protecteurs sur toutes les côtes de France : cette flotte, on l'a justement appelée « la marine du dévouement ». Quand l'exécuteur testamentaire, M. Boinod, qui fut mon excellent camarade de collège, a su par hasard l'existence de l'Association générale, il avait dépensé tout le million, et il s'est excusé de ne pouvoir nous attribuer, sur un fonds de réserve, qu'une modeste allocation. Je n'en ai pas moins remercié mon vieil ami, et mêlé ma voix au concert de bénédictions méritées par cette tante d'Amérique.

« Quand tu es au plein de tes jours, fais du bien à ton ami sans attendre » : Mme la baronne Cloquet, qui, dans ses libéralités persistantes, s'est inspirée deux fois déjà de ce conseil biblique, vient encore d'augmenter d'une vingtaine de mille francs la *fondation Jules Cloquet,* d'après le système financier dont elle a la priorité, et dont le mécanisme est aussi simple qu'avantageux. Par un titre doublement nominatif, elle assure à l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France la nue propriété de cinquante obligations du chemin de fer d'Orléans dont elle se réserve l'usufruit : notre gracieuse bienfaitrice n'a-t-elle pas la « main d'or » du poète arabe, toujours ouverte aux malheureux? Offrons à Mme la baronne Cloquet l'hommage de notre respectueuse admiration et de notre éternelle gratitude.

Deux de nos confrères ont eu une dernière pensée pour l'Association et lui ont fait des legs importants : celui de M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi) est de dix mille francs, et celui de M. le docteur Roth dépasse cent mille francs, ce donateur magnifique ayant partagé sa fortune entre l'Association et l'OEuvre de l'hospitalité de nuit, « cette œuvre de sélection de la misère à Paris ». Inégales sont les libéralités de nos deux généreux confrères, mais nous les payons d'une égale reconnaissance : les louer, alors même qu'ils ne peuvent plus nous entendre, c'est pour nous un devoir et une satisfaction.

Nous l'avouons, sans détour, nous avons la soif de la richesse, car, pour les Sociétés comme la nôtre, la richesse, qui est d'ailleurs une condition *sine qua non* d'existence, est une force, une puissance pour le bien. Quand la fortune de l'Association, grossie et assurée, lui permettra d'aider plus largement les Sociétés qui réclament son appui, d'augmenter le nombre des pensions et d'en élever le taux jusqu'au maximum promis par le règlement; quand, en un mot, nous serons en mesure de tenir les engagements sacrés contractés avec nos co-sociétaires, il sera temps alors de prêter notre concours aux diverses institutions de prévoyance établies ou proposées récemment (Caisse des retraites, Assurance en cas de maladie, etc.), institutions dont les auteurs et le but méritent d'ailleurs toute sympathie.

Chers amis, je viens d'affirmer la prospérité continue et progressive de l'Association, et les preuves vous en seront données tout à l'heure : par notre grande œuvre de solidarité, la famille médicale a été constituée; elle est nombreuse, elle est forte; gardons qu'aucun ferment de désunion ne vienne compromettre sa santé. Soyons indissolublement unis, soyons frères et ne laissons jamais pénétrer dans nos cœurs le microbe de l'égoïsme. Rappelons-nous avec Voltaire que

C'est n'être bon à rien de n'être bon qu'à soi.

©BIU Santé

Exposé de la situation financière de l'Association générale par M. Brun. Trésorier :

Messieurs,

L'année 1886 a été tout particulièrement favorable aux finances de l'Association, tant par les dons et legs qu'elle a encaissés que par les legs qui lui ont été faits et dont nous poursuivons encore la délivrance.

Monsieur le Président vous a fait connaître nos principaux donateurs. Nous en donnerons tout à l'heure la liste complète.

CAISSE GÉNÉRALE

Recettes

L'Association générale possède à la Caisse des Dépôts et Consignations une somme de 81,670 francs. Et votre trésorier avait en sa caisse particulière, au commencement de l'exercice, la somme de 6,851 fr. 07. Cette somme a été augmentée d'une somme de 3,654 fr. 75 c. pour intérêts des fonds à la Caisse des Dépôts et Consignations et d'une autre somme de 22,523 fr. 26 c. par versements des Sociétés locales.

Savoir :

Pour droits d'admission	Fr.	4.044 »
En augmentation de 462 francs sur l'année précédente.		
Pour dixième des cotisations		9.568 92
Pour dixième des revenus		3.064 34
Pour remboursements d'Annuaires		5.846 »

En total une somme de 33,029 fr. 08 c. dont le Conseil général a réglé l'emploi comme suit :

EMPLOI DES FONDS ET DÉPENSES

Les frais d'administration, impressions, circulaires, les frais de secrétariat et de trésorerie ont absorbé la somme de	Fr.	2.800 30
Le loyer et frais accessoires, impôt, chauffage, éclairage, service, ont entraîné une dépense de		855 85
L'annuaire a coûté pour impression et distribution		7.189 50
La Caisse a payé en allocations diverses et en subventions à six Sociétés locales la somme de		3.110 »
Elle a payé encore pour recouvrements de legs		405 90
Et enfin la Caisse générale a versé au compte de fonds de retraites la somme de		12.000 »

Le chapitre des recettes soldant par la somme de 33,029 fr. 08 c. et celui des emplois et dépenses par 26,361 fr. 55 c., il reste en caisse particulière du trésorier la somme de 6,667 fr. 53 c. pour les premiers besoins du nouvel exercice et pour solder les frais du prochain *Annuaire*.

CAISSE DES PENSIONS

Le compte de fonds de retraites de l'Association s'élevait le 1er avril 1886 à la somme de 955,572 fr. 78 c. Savoir :

594,935 francs à la Caisse de la vieillesse pour le service des pensions.

357,554 francs pour la constitution de nouvelles pensions.

3,082 fr. 93 c. en caisse du trésorier.

Cette somme de 955,572 fr. 78 c. s'est augmentée pendant le dernier exercice de 63.324 fr. 63 c.

Soit pour dons et legs de	Fr.	17.970 »
Par versements des Sociétés locales		18.741 06
Par subvention de la Caisse générale		12.000 »
Par le produit des rentes constituées		2.771 »
Par intérêts des fonds capitalisés à la Caisse des Dépôts et Consignations		11.842 57
Total	Fr.	63.324 63

©BIU Santé

Ce qui porte le capital de la Caisse des pensions à 1,018,897 fr. 41 c. Lequel capital se trouve réparti en ce moment comme suit :

676.687 » Fr.	pour le service de 54 pensions.
338.305 64	pour la création de nouvelles pensions.
3.904 77	en caisse du trésorier.
1.018.897 41 Fr.	

L'an dernier il a été délivré 38 pensions ou augmentations de pensions pour la somme de 246,661 francs.

Du 1er avril 1886 au 31 mars 1887, de 67 pensionnés existant au commencement de l'exercice 13 sont décédés et la somme de 167,643 francs qui avait servi à constituer leurs pensions a été réintégrée au compte des fonds de retraites de l'Association. Si demain les 17 pensions demandées sont votées par l'Assemblée, elles exigeront l'emploi d'une somme de 253,000 francs et la Caisse des pensions ne possédera plus de libre que la somme de 87,209 fr. 41 c. pour la création des pensions de l'avenir.

Etant fait observer qu'à cette somme viendront s'ajouter pour les pensions de 1888 les sommes réintégrées par suite d'extinctions de pensions et les recettes annuelles de la Caisse des pensions d'environ 60,000 francs.

En fin de compte.

L'avoir de l'Association générale est :

Pour la Caisse générale, de	Fr.	88.337 53
Pour la Caisse des pensions, de.....		1.018.897 41
Total.....	Fr.	1.107.234 94

Cette situation, qui ne laisse pas que d'être très satisfaisante, sera notablement améliorée encore pendant le cours du présent exercice si nous pouvons encaisser les legs de dix mille francs chacun que nous devons à la libéralité de MM. Oulmont et Bourdin et le legs de plus de cent mille francs provenant du docteur Roth, qui a eu la généreuse pensée de constituer l'Association générale sa légataire universelle de compte à demi avec la Société de l'Hospitalité de nuit de la Ville de Paris.

Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier par M. DE RANSE :

MESSIEURS,

Le Conseil général m'a confié la mission de vérifier les comptes de notre trésorier, mission doublement agréable, car elle m'a permis de constater, pièces en mains, la prospérité chaque jour croissante de notre Association et me fournit l'occasion de rendre un nouvel hommage au zèle infatigable et au dévouement sans limites de M. Brun.

Il me paraît inutile de reproduire ou même de résumer les chiffres qui viennent de vous être présentés et dont l'éloquence, à laquelle vous venez d'applaudir, n'a d'égale que leur parfaite exactitude. Je vous demanderai simplement la permission de vous soumettre de très courtes réflexions qu'ils m'ont suggérées.

Et d'abord il est bon de noter que six Sociétés locales seulement ont dû recourir à la Caisse générale de l'Association, et que les subventions qu'elles ont réclamées et qui leur ont été accordées ont à peine atteint le chiffre de 2,500 francs. Ceci prouve que la situation des Sociétés locales en particulier n'est pas moins prospère que celle de l'Association générale dans son ensemble. Malgré leur contribution à l'accroissement du fonds commun, leur fortune propre se développe et suffit à leurs besoins. On ne saurait souhaiter de meilleures conditions pour le présent et pour l'avenir.

La Caisse des pensions viagères qui, l'an dernier, possédait un capital de 953,572 fr. 78, dépasse cette année le million; elle atteint, en effet, le chiffre de 1,018,897 fr. 41. Elle va permettre de servir, durant le présent exercice, 71 pensions de 600 francs.

Quelques années à peine ont suffi pour arriver à ce beau résultat. Et savez-vous, Messieurs, en dehors des dons et des legs, quelle a été la part contributive de chacun de nous? Sur la cotisation annuelle de 12 francs, déduction faite de ce qui est retenu

©BIU Santé

par les Sociétés locales et de ce qui est nécessaire pour couvrir les frais généraux, il reste à peu près 4 francs pour alimenter et grossir la Caisse des pensions. Ainsi, avec une cotisation annuelle et effective de 4 francs, et en moins de vingt années, l'Association a pu créer un capital de plus d'un million et se mettre en mesure de servir toutes les pensions qui lui sont légitimement demandées.

Messieurs, je ne crois pas être suspect d'exclusivisme. Toute œuvre, toute institution confraternelle ayant pour but de prévenir quelques-unes des misères de notre profession, a et aura toujours mes sympathies, et ces sympathies ne restent pas purement platoniques : j'en veux pour preuve la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français* dont j'ai été l'un des premiers adhérents. Mais si j'admets qu'à côté de l'Association générale il puisse y avoir place pour d'autres institutions véritablement recommandables et utiles, je suis obligé de reconnaître et je suis heureux de proclamer bien haut, en m'appuyant sur les chiffres qui précèdent, que l'Association générale a résolu d'une manière merveilleuse l'un des problèmes les plus difficiles et mérite, sans conteste, le titre de bienfaitrice de la profession.

Ce n'est, certes, pas avec notre contribution de 4 francs par sociétaire que l'Association générale serait aujourd'hui en situation d'employer les revenus d'un capital de 931,687 francs au service des 71 pensions mentionnées plus haut. Mais, si elle prêche aux uns la prévoyance en insistant sur la modicité de l'économie à réaliser chaque année, elle fait appel, chez les autres, aux sentiments les plus élevés du cœur humain et cimente ainsi, entre tous, les liens d'une étroite solidarité professionnelle. De là l'affluence des dons et des legs qui enrichissent la caisse commune et qui, il faut bien le reconnaître, feraient défaut si le côté sentimental était exclu de notre Œuvre, s'il n'y avait plus place que pour les mots : *droit, doit, avoir*.

Dans cette sage et féconde direction de l'Association, une part capitale revient à notre Trésorier. M. Brun n'est pas seulement, en effet, un comptable d'une exactitude irréprochable, il est aussi un conseiller prudent et, quand il s'agit de représenter ou de défendre les intérêts de l'Œuvre commune, un négociateur habile. Tous les ans, ceux qui, comme moi aujourd'hui, ont eu à noter et à apprécier la somme de travail, d'intelligence et de dévouement qu'il donne à l'Association, lui ont rendu le même témoignage. J'ose espérer, Messieurs, que personne ici n'est fatigué de ce tribut annuel d'éloges, et qu'il ne se levera parmi vous aucun Athénien pour frapper d'ostracisme notre excellent collègue. Aussi c'est avec confiance que je vous propose de lui voter d'unanimes remerciements.

Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1886, par M. Foville, Secrétaire général :

Messieurs et chers Collègues,

..... L'année qui vient de s'écouler a été exempte de luttes, et de ces faits saillants qui sont à peu près les seuls que l'histoire des sociétés, comme celle des nations, se charge d'enregistrer; mais il ne faudrait pas en conclure qu'elle a été stérile pour le développement et la prospérité de notre Œuvre de confraternité professionnelle. Loin de là, le calme dont celle-ci a joui paraît avoir été particulièrement favorable au bien qu'elle a mission de répandre autour d'elle, et à l'accumulation des ressources à l'aide desquelles elle pourra en faire encore davantage à l'avenir.

M. le Président, M. le Trésorier viennent de vous faire connaître les actes de munificence dont l'Association a été l'objet, tant de la part d'une généreuse bienfaitrice à laquelle nous sommes heureux de pouvoir renouveler l'expression de notre reconnaissance, que de celle de différents de nos membres qui, malheureusement, sont décédés, et dont nous devons nous borner à honorer la mémoire.

La Caisse des pensions de retraites n'a pas été seule à bénéficier de bienfaits de ce genre; plusieurs Sociétés locales ont reçu des legs plus ou moins importants. Permettez-moi d'insister particulièrement sur l'un d'eux, en faisant un emprunt textuel au Rapport de M. Sous, trésorier de la Société de la Gironde.

Aujourd'hui, dit M. Sous en s'adressant à ses collègues, vous vous trouvez en pré-

©BIU Santé

sence d'un nouveau legs, celui de Barthe (Noël), décédé à Saint-Emilion le 15 septembre 1885. En faisant ses dernières dispositions, notre regretté collègue et notre bienfaiteur a voulu mettre en pratique la maxime : *Redde Cæsari quæ Cæsaris sunt*, et il a écrit ces mots : « Mon avoir me provenant de l'exercice de la médecine à Saint-Emilion, et dans les communes environnantes, où j'ai pratiqué avec honnêteté, et sans charlatanisme, cette utile profession, pendant plus d'un demi-siècle, une part de cet avoir doit revenir à la médecine. »

N'est-ce pas là, Messieurs, un sentiment bien délicat et un bien touchant exemple? Ne devons-nous pas l'hommage de notre reconnaissance et de notre admiration à cet honorable praticien de campagne qui, non content de donner à notre Association une part des produits dus à ses rudes labeurs de plus de cinquante ans, enveloppe sa générosité dans les apparences modestes d'une simple restitution. Quel témoignage élevé de respectueux dévouement pour la profession! quel noble modèle offert à l'imitation de tous ceux auxquels cette profession procure plus que la satisfaction des besoins journaliers de la maison et de la famille!

Au simple récit de ces faits touchants, vous pressentez déjà, Messieurs, que la fortune de l'Association a encore fait de notables progrès dans l'année qui vient de s'écouler. Je me contenterai de vous en présenter, ici, le tableau d'ensemble, sous la forme habituelle, à l'aide des matériaux réunis avec grand soin par MM. Brun et Martineau.

Le bilan des différentes caisses de l'Association s'élève donc, en fin d'exercice, aux chiffres suivants :

Capitaux de la Caisse générale.....	Fr.	88.337 53
Caisse des pensions viagères.....		1.019.557 06
Société centrale et Sociétés locales.....		892.846 84
Total.....	Fr.	2.000.741 43

En outre, les rentes qui appartiennent à ces différentes caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 p. 100, représenteraient un total d'environ 200,000 francs, ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2,200,741 francs.

Voici, d'autre part, la liste, qui croît aussi chaque année, des secours donnés sous diverses formes, par l'Association, dans le dernier exercice :

La Caisse des pensions viagères a servi 67 pensions de 600 francs, soit...	40.200 fr.
Les Sociétés centrales et locales ont accordé à 66 sociétaires...	16.228
Elles ont réparti entre 157 veuves, fils ou filles de sociétaires.....	37.945
Elles ont donné à 69 personnes étrangères à l'Association.....	2.949
Total.....	97.322 fr.

Ce qui constitue une notable augmentation sur les chiffres correspondants de l'exercice précédent.

Voilà, Messieurs, un ensemble de résultats financiers que je me félicite d'avoir à proclamer devant vous, et que tous nos sociétaires auront bientôt, je l'espère, un égal plaisir à lire dans notre prochain *Annuaire*.

Puisque je viens d'être amené à parler de l'*Annuaire*, permettez-moi, Messieurs, de vous dire quelques mots des efforts que nous faisons pour apporter de nouvelles améliorations dans la composition de ce volume, et de faire en même temps appel à votre bienveillante collaboration pour nous permettre d'atteindre complètement ce but.

Grâce aux soins et au zèle que, depuis un grand nombre d'années, M. le docteur Martineau consacre à la rédaction de l'*Annuaire*, il nous est bien permis de dire que celui-ci était arrivé à constituer un recueil de renseignements d'une exactitude relative, déjà très satisfaisante. Cependant, il s'y glissait, chaque année, quelques erreurs ou quelques omissions que ne manquaient pas de relever, parfois assez vivement, ceux qu'elles concernaient, et qui, cependant, étaient bien excusables, puisqu'une seule personne se trouvait chargée de composer, à Paris, les listes de toutes les Sociétés locales, à l'aide de documents sans uniformité, souvent tardifs et rarement complets.

©BIU Santé

Il nous a paru qu'il y aurait un moyen pratique et facile de remédier à ces inconvénients : ce serait de confier, à chaque Société locale, le soin de rédiger elle-même la partie de l'*Annuaire* qui la concerne, en lui envoyant, à cet effet, un cadre uniforme qui n'aurait qu'à être rempli sur place, pour fournir une série de renseignements parfaitement comparables entre eux, et dont la provenance locale devrait garantir la rigoureuse exactitude.

Un premier essai a été fait, en vue de la composition du dernier *Annuaire*, et le résultat obtenu nous a encouragés à persister dans cette voie. Nous avons donc envoyé, dès le commencement de 1887, à toutes les Sociétés locales, une circulaire suivie d'un tableau indicateur dont il n'y a qu'à remplir les blancs pour faire connaître exactement la constitution de chaque Société, l'époque à laquelle a été tenue l'Assemblée générale, le nombre des pertes et des admissions nouvelles, la situation financière, la quotité des dons reçus et celle des secours accordés.

Il aurait pu paraître suffisant d'envoyer ces formules à remplir à chacun des Secrétaires, ceux-ci étant réglementairement chargés de la correspondance ; cependant, nous avons voulu prévoir les cas d'erreurs postales, d'absence, de maladies, de surcroît d'occupations ou même d'oubli involontaire, et nous avons décidé de nous adresser en même temps aux trois principaux membres du bureau de chaque Société : le Président, le Secrétaire et le Trésorier, en les priant de se concerter pour nous faire parvenir une réponse. Afin de faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous leur envoyons en même temps la liste des membres de leur Société, telle qu'elle a paru dans l'*Annuaire* précédent, avec prière d'y faire eux-mêmes toutes les rectifications nécessaires.

Par ce mécanisme si simple, qui partage le travail entre toutes les Sociétés, et qui n'en impose à chacune d'elles qu'une part bien minime et bien facile à accomplir, nous pensons avoir fait, Messieurs, tout ce qui dépend de nous pour mettre, à l'avenir, la rédaction de l'*Annuaire* à l'abri de tout reproche ; en tout cas, s'il se produit encore des erreurs ou des omissions, votre Bureau sera en droit d'en décliner la responsabilité ; ceux qui auront négligé de nous répondre, et j'ajoute, à regret, qu'ils sont encore nombreux, ne pourront s'en prendre qu'à eux-mêmes des résultats défectueux qu'ils étaient, plus que tous autres, intéressés à éviter.

J'arrive, Messieurs, à la partie pénible de ma tâche, celle qui consiste à vous faire connaître, chaque année, les vides qui se sont produits parmi les Présidents des Sociétés locales.

M. le docteur Caussé est décédé à Albi le 15 juin 1886, âgé de 83 ans ; il avait été, dès 1862, porté par la confiance de ses confrères à la présidence de la Société du Tarn, dont il était un des membres fondateurs. Caussé avait eu une carrière médicale des mieux remplies ; il travaillait sans cesse, et s'était voué d'une manière toute spéciale aux études relatives à l'hygiène publique et à la médecine légale. Ses publications sur ces deux branches de la science ont été nombreuses, autant qu'appréciées. Ses funérailles ont eu lieu au milieu du concours de toute la population d'Albi et des environs ; un discours, plein de cœur et inspiré par une vieille affection, a été prononcé sur sa tombe, au nom de l'Association, par le docteur Paul Lalagade, qui, depuis longtemps, était Secrétaire général de la Société locale de l'arrondissement d'Albi, et qui, depuis, lors de l'Assemblée générale du 18 décembre 1886, a été promu à la présidence.

Au mois de juillet s'éteignait, à Saint-Quentin, le docteur Blin, qui présidait depuis longtemps la Société de cet arrondissement. Ancien interne des hôpitaux de Paris, Blin avait rapidement acquis une situation éminente qu'il devait, non seulement à la supériorité de ses connaissances purement médicales, et au dévouement dont il faisait preuve dans l'exercice de sa profession, mais aussi au zèle infatigable avec lequel il s'occupait des questions générales d'hygiène publique, des institutions philanthropiques, des améliorations à introduire dans l'existence des populations laborieuses. Aussi sa collaboration était-elle vivement recherchée par toutes les Sociétés littéraires et savantes de Saint-Quentin. Il était en pleine période d'activité, lorsqu'il fut atteint d'une terrible infirmité, la cécité, et frappé à coups redoublés par la mort ou la maladie de ceux qui lui étaient les plus chers. Les dernières années de sa vie furent donc un véritable mar-

©BIU Santé

tyre, dont le récit émouvant a été fait, avec éloquence, sur sa tombe, par le docteur Surmay, son condisciple, son confrère, son ami depuis quarante-quatre ans; c'est aussi le docteur Surmay qui a été appelé à continuer son œuvre comme Président de la Société locale de Saint-Quentin.

C'est, au contraire, d'une manière presque foudroyante que la mort a frappé le docteur Bocamy, de Perpignan, qui occupait, depuis quinze mois seulement, la présidence de la Société des Pyrénées-Orientales. Avant même d'être docteur, il avait eu à lutter, en qualité de chef-interne des hôpitaux de Toulon, contre la violente épidémie de choléra de 1849; plus tard, comme médecin des épidémies du département des Pyrénées-Orientales, il fit encore en 1854 et en 1884 preuve du dévouement le plus grand, et de la compétence la plus éclairée, dans l'organisation des secours à opposer au renouvellement du même fléau. Professeur distingué du cours départemental d'accouchement, expert désigné par la justice dans tous les cas difficiles, médecin d'hôpital, chargé encore de bien d'autres fonctions publiques et honoré de la confiance d'une nombreuse clientèle, il était, a dit à ses funérailles un collègue, le docteur Massot, « arrivé à l'apo-« gée de sa situation, ayant réalisé, non sans peine, tous les désirs, toutes les ambitions « que peut légitimement concevoir un médecin laborieux, intelligent, instruit, honnête « et dévoué. » Ce fut encore dans l'exercice d'un devoir professionnel, l'inspection des pharmacies, qu'à la suite d'un refroidissement, il fut atteint d'une pneumonie qui l'enleva en trois jours.

M. le docteur Dagand, Président récemment nommé de la Société de la Haute-Savoie, a succombé au mois de novembre, épuisé par une longue maladie qui l'avait déjà empêché d'assister à la dernière Assemblée générale tenue l'été dernier à Evian. Depuis l'annexion de la Savoie à la France, il n'avait cessé de jouer un rôle actif dans l'administration et dans la politique locales, s'employant surtout en faveur de son canton d'Alby, dont il était véritablement le créateur, et aux intérêts duquel il se consacrait avec un dévouement absolu. De nombreux discours ont été prononcés à ses funérailles; malheureusement personne n'y a pris la parole au nom de l'Association, ni de la Société locale qu'il présidait, bien que ses collègues du bureau fussent tous présents à cette douloureuse cérémonie.

Nous devons aussi un pieux souvenir à deux Présidents honoraires décédés depuis notre dernière Assemblée. L'un d'eux, M. le docteur Pagès, le doyen du corps médical d'Alais, était parvenu à l'âge de 88 ans. On peut le citer comme un de ces modèles de la vieille roche qui ne connaissaient, dans la vie, d'autre préoccupation que celle de l'accomplissement régulier, et non interrompu, du devoir professionnel. C'est ainsi qu'il a rempli, a dit sur sa tombe son successeur M. le docteur Auphan, « les fonctions « presque gratuites de médecin en chef de l'hospice, pendant cinquante-trois ans, « avec un zèle, un dévouement et une ponctualité sans exemple, puisqu'il ne s'est peut-« être pas fait suppléer dix fois pendant cette longue période. Membre fondateur de « l'Association médicale, lisons-nous dans le même discours, il en est resté le Président « pendant plus de vingt ans, et n'a quitté cette fonction que parce que son âge et ses « infirmités ne lui permettaient plus d'en remplir les devoirs. Pagès fut, par excel-« lence, l'homme du désintéressement; il exerçait son art avec amour, avec passion, il « en était pour ainsi dire jaloux. Mais ensuite, il oubliait toujours de traiter la question « des honoraires; presque toutes les anciennes familles du pays peuvent s'en souvenir. »

Vous le voyez, Messieurs, la médecine n'avait pas enrichi le vénérable docteur Pagès; heureusement que les médecins associés ont pu apporter quelques adoucissements aux privations dont, sans eux, ses derniers moments auraient eu à souffrir. Cet exemple ne suffirait-il pas, à lui seul, à démontrer l'excellence de notre Association?

C'est aussi à plus de 80 ans qu'a succombé le docteur Lafont, le premier Président de la Société des Basses-Pyrénées. Après avoir pris une grande part à la fondation de cette Société, il en honora les fonctions délicates de Président, a dit le docteur Delvaille en lui adressant un suprême adieu, et y donna, à maintes reprises, la mesure de son esprit conciliant, de son caractère bienveillant et de la générosité de son cœur. Rien

©BIU Santé

ne le touchait plus que le récit des infortunes confraternelles, et il mettait le plus grand empressement à les secourir.

Mentionnons maintenant quelques-uns des sujets d'intérêt général qui ont été traités dans nos Sociétés locales.

Parmi les questions les plus délicates de la déontologie médicale, il en est une qui a fait l'objet, au sein de la Société du Rhône, d'un examen approfondi, suivi d'une décision importante à connaître, et qu'à ce titre je crois devoir reproduire ici textuellement, d'après le compte rendu de l'Assemblée générale du 20 mai 1886.

« Un des médecins les plus estimés d'une ville voisine de Lyon, y est-il dit, fut appelé, il y a quelques mois, par un blessé atteint d'une fracture. Notre confrère, ayant constaté la lésion, procéda immédiatement à la réduction et à l'application d'un appareil définitif. Or le malade, appartenant à une Société de secours mutuels, devait, pour recevoir les indemnités qui lui étaient dues, faire constater son affection par le médecin même de la Société. Il arriva que ce dernier, ne voulant pas accepter sans contrôle le diagnostic de son confrère, fit, en l'absence de celui-ci, enlever le bandage qu'il remplaça ensuite par un autre appareil.

« Des termes mêmes de la délibération prise par votre commission, il résulte qu'en règle générale un médecin, ayant à intervenir auprès d'un malade, ne doit agir, s'il se croit dans la nécessité de procéder à un examen de nature à modifier ou à interrompre le traitement institué, qu'en présence et avec l'autorisation expresse du médecin traitant ; que, d'ailleurs, toutes les fois que le malade peut en éprouver des souffrances nouvelles, ou se trouver par suite exposé à des conditions capables de retarder ou de compromettre la guérison, un examen, quel qu'il soit, devient inutile et dangereux, et doit être évité ; que le diagnostic du médecin traitant doit être tenu pour exact, et qu'enfin, ce que les convenances et le devoir professionnel prescrivent à cet égard, s'impose parfois par la force même des choses, le diagnostic de certaines affections, d'une luxation par exemple, ne pouvant généralement pas, celle-ci une fois réduite, se vérifier. »

Vous approuverez, messieurs, je n'en doute pas, la décision prise dans cette circonstance par la Société locale du Rhône, et formulée en excellents termes par son distingué secrétaire général, M. le docteur Rochas ; elle a le double mérite de faire une juste part aux égards que les médecins se doivent entre eux, et de proclamer l'importance prépondérante que doit toujours avoir l'intérêt du malade, auquel il convient, avant tout, d'épargner toute souffrance et même tout examen inutile.

Elle s'est d'ailleurs trouvée en parfait accord avec l'opinion exprimée par M. le professeur Brouardel sur le rôle respectif que doivent remplir, en pareille circonstance, le médecin traitant et le médecin d'une Compagnie d'assurance, ou d'une Société de secours mutuels.

« Le médecin traitant, dit notre éminent collègue, doit faciliter les constatations « nécessaires, car elles peuvent être utiles aux intérêts de son malade ; le médecin de « la Compagnie ne doit rien faire qui puisse être considéré comme capable de nuire au « blessé, et, ici, il vaut mieux qu'à son appréciation personnelle soit substituée celle du « médecin traitant..... C'est l'intérêt du malade qui prime toutes les autres considéra« tions..... »

..... Ceci m'amène à vous entretenir des questions législatives, actuellement soumises aux Chambres, qui intéressent directement le Corps médical; ce sont encore celles dont je vous ai parlé l'année dernière. Aucune n'est résolue, mais toutes ont fait quelques pas en avant.

La plus importante est la loi destinée à remplacer l'antique législation de Nivôse, et à réglementer l'exercice de la médecine.

Le projet, dont je vous avais déjà annoncé la préparation par le Gouvernement, a été définitivement déposé, sur le bureau de la Chambre des députés, le 21 octobre 1886.

Je n'aurais pu vous en donner une idée suffisante en en parlant, rapidement, dans ce Rapport. Le Conseil général a pensé qu'il était indispensable de lui consacrer une étude

©BIU Santé

spéciale, pour bien vous en faire comprendre l'esprit et les dispositions, M. le docteur Riant a bien voulu se charger de préparer cette étude, il vous en donnera lecture dans la séance de demain; son travail sera, certainement, le morceau saillant de notre session actuelle.

L'Association a beaucoup contribué à faire aboutir cette importante question, qui est tout à fait vitale pour le Corps médical; elle a été agitée nombre de fois tant dans les Sociétés locales que dans les Assemblées générales. Ce n'est plus à nous, en ce moment, à en reprendre la discussion; c'est un soin à laisser à nos législateurs, et s'il appartient à certains membres du Corps médical d'exercer une influence sur les décisions à intervenir, ce rôle revient de droit à ceux de nos confrères qui sont membres du Parlement.

Mais si tous les médecins ne sont pas appelés à prendre une part active aux délibérations, tous ont un intérêt de premier ordre à bien connaître les points sur lesquels elles vont s'engager, et à en suivre, attentivement, les différentes phases. C'est à leur faciliter cette double tâche que M. Riant s'est particulièrement attaché, et vous reconnaîtrez tous, demain, Messieurs, qu'il eût été bien difficile de mieux atteindre le but qu'il se proposait.

Je vous annonçais, l'année dernière, que le Conseil d'Etat avait été saisi, par M. le Garde des Sceaux, de l'examen d'une pétition qui, émanant de l'Association, avait été de la part du Sénat, l'objet d'un Rapport très favorable. Il s'agissait, vous vous le rappelez, de la pétition rédigée par M. le docteur Douvre, Trésorier de la Société de la Seine-Inférieure, et par M. Guillouard, Conseil judiciaire de la Société du Calvados, en vue d'obtenir que le privilège accordé, par l'article 2,101 du Code civil, pour le paiement des soins médicaux donnés dans le cas de dernière maladie, fût admis, non seulement en cas de décès du client, mais, aussi, en cas de faillite et de déconfiture.

A cette pétition collective, en était jointe une autre par laquelle la Société locale de la Sarthe demandait, en outre, que la période à l'expiration de laquelle la prescription est acquise, en ce qui concerne les honoraires des médecins, fût prolongée de un à cinq ans.

Du rapport, très intéressant, présenté sur cette double question par M. Camille Sée, Conseiller d'Etat, il résulte que la section compétente s'est divisée en deux groupes dont le plus nombreux, malheureusement, n'a pas été favorable aux revendications médicales; la conclusion définitive du Conseil d'Etat a été qu'il n'y avait lieu de modifier, en notre faveur, ni l'article 2,101, ni l'article 2,272 du Code civil.

De ce rejet, très regrettable sans aucun doute, faut-il conclure que nous n'ayons aucune chance de voir réformer ce que ces deux articles ont de contraire aux légitimes réclamations des praticiens? Heureusement non, et toutes ces discussions contradictoires, si elles n'ont pas encore tranché les questions en notre faveur, les ont du moins amenées à un état de maturité qui, nous sommes en droit de l'espérer, en prépare le prochain succès.

Sur un point déjà, celui de la prescription quinquennale, nous avons presque gain de cause, car le principe en est adopté, par le gouvernement lui-même, dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine dont M. Riant vous entretiendra demain. Quant à l'autre point, celui du privilège en cas de faillite, je vois, dans le compte rendu de la Société de la Seine-Inférieure, qu'à défaut de l'initiative du gouvernement, quelques-uns de nos confrères députés se proposent d'en faire l'objet d'un amendement qui serait soumis à la Chambre au cours de la discussion de cette même loi.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'il ne faut pas encore désespérer du résultat final, et que certains obstacles, quelque redoutables qu'ils paraissent, ne sont pas toujours impossibles à surmonter.

Le projet de loi sur les Sociétés de secours mutuels a été adopté par le Sénat en seconde délibération, à la date du 19 juin 1886, et transmis à la Chambre des députés le 3 juillet suivant. La Commission chargée de son examen a tenu plusieurs séances et a nommé pour rapporteur M. Audiffret, qui paraît disposé à proposer l'adoption pure et simple du texte sénatorial. J'ai déjà eu occasion de vous dire que cette mesure serait favorable aux intérêts de l'Association, et nous devons espérer qu'elle ne tardera pas à passer dans la législation.

Il me reste encore à vous parler de la pétition que vous avez tous signée à l'Assem-

BIU Santé

blée générale de l'année dernière, dans le but d'obtenir que la loi du 21 mars 1884, sur les Associations professionnelles ou Syndicats, fût rendue applicable aux personnes exerçant des professions libérales et, par conséquent, aux membres du Corps médical. Malheureusement, cette pétition, qui avait été déposée avec beaucoup d'empressement, au Sénat par M. le docteur Dufay, et à la Chambre des députés par M. le docteur Liouville, reste encore accrochée aux formalités de la procédure parlementaire. Au Sénat, nous savons qu'une commission spéciale a été constituée pour son examen, et que M. Dreux en a été nommé le rapporteur; mais il ne semble pas que la question ait été encore sérieusement étudiée. A la Chambre, je crois savoir que la pétition a été jointe aux diverses propositions de loi présentées dans le même but, d'une part par M. le docteur Dupuy (de l'Aisne); d'autre part, par M. Colfavru et quelques-uns de ses collègues; mais, là aussi, il semble que l'on n'est pas encore sorti de la période, souvent bien longue, des études préparatoires. En outre, M. Dupuy a renouvelé sa proposition sous la forme d'un amendement à la loi sur l'exercice de la médecine; peut-être ce moyen détourné sera-t-il plus expéditif que la voie qui paraissait la plus directe?.....

Rapport de M. Bucquoy sur les pensions viagères à accorder en 1887 :

Messieurs et chers Collègues,

Quant la Commission des pensions viagères me fit l'honneur de me désigner de nouveau pour être son interprète auprès de vous, j'ai hésité, je l'avoue, à accepter cette mission qui allait m'obliger à mettre encore à contribution la bienveillance que vous m'avez longtemps témoignée et dont je garde un souvenir reconnaissant.

Le motif de cette hésitation est qu'il me semblait peu utile de continuer à faire, dans cette séance générale, l'exposé que le Conseil, depuis le fonctionnement de la caisse des pensions (1874), a cru devoir demander à chacun des rapporteurs de la Commission.

Nul doute qu'à l'époque où l'œuvre si capitale des pensions de retraite n'était qu'à l'état d'ébauche, il ne fût nécessaire de profiter de nos grandes assises médicales pour mettre cette œuvre en évidence, signaler son but et l'idée généreuse qui avait présidé à sa création, indiquer les ressources qui en assuraient le fonctionnement, montrer, enfin, les résultats inespérés qui ont permis de devancer de cinq années l'époque fixée pour la première distribution des pensions.

Mais, à ce moment-là même où commençait une ère nouvelle pour notre Association, chacun avait compris qu'il fallait redoubler d'efforts et arriver promptement, par l'accroissement des ressources, à mettre les secours en rapport avec les besoins. Qui pouvait mieux que les rapporteurs de la Commission des pensions, stimuler le zèle des Sociétés locales, solliciter leur généreux concours? Il leur était facile de trouver le chemin de vos cœurs en mettant chaque année sous vos yeux le tableau lamentable du dénûment de ces pauvres confrères qui viennent, après une vie de privations et de labeurs, vaincus par l'âge, les infirmités et la misère, réclamer de vous le pain de leurs derniers jours!

Ce n'est pas en vain que nous avons compté sur vos sentiments de charitable confraternité. Ne vous souvenez-vous pas de cet élan d'enthousiasme qui, dans la séance générale de 1880, à la suite du rapport entraînant de notre collègue M. Pénard, engagea quelques-uns des assistants à faire un appel immédiat à la charité pour la Caisse des retraites? Les pièces de cinq francs tombaient dru dans le chapeau mis aussitôt en circulation, lorsqu'un rappel au règlement arrêta tout à coup ce beau zèle : il est interdit, en effet, de faire aucune quête, sous aucun prétexte, dans nos assemblées.

Le succès de nos pensions a dépassé, vous le savez, toutes les espérances; la situation est aujourd'hui tout autre qu'à l'époque que je rappelle. Grâce aux subventions des Sociétés locales qui ont compris qu'en concourant à l'œuvre des pensions elles assurent l'avenir de leurs sociétaires malheureux; grâce aussi au zèle charitable de ceux d'entre vous qui ne se lassent pas d'apporter à la caisse des pensions leurs dons personnels, il a suffi de quelques années, non seulement pour garantir l'avenir de notre fonds de retraites contre toute éventualité, mais aussi pour doubler le chiffre de la pension et quintupler, et au delà, celui des pensionnés.

©BIU Santé

Voilà ce qui est bon à dire et à entendre, voilà ce que nous devons crier bien haut pour convaincre ceux qui doutent encore des bienfaits de l'Association, et attirer à nous ceux de nos confrères qui hésitent ou ne pensent pas à s'inscrire comme sociétaires au livre d'or de la charité professionnelle.

Voilà pourquoi aussi j'avais tort en pensant qu'il était inutile de réclamer encore votre attention pour autre chose que le rapport réglementaire sur les pensions à distribuer; quelques considérations sur la situation de notre Caisse de retraites et sur le bien accompli ne seront certainement pas oiseuses et profiteront au développement d'une œuvre au succès de laquelle nous travaillons tous ardemment.

L'année 1886 marque une étape importante dans les progrès de l'institution des pensions de retraite. Fondée en 1863, sur l'initiative de notre trésorier modèle, l'excellent M. Brun, la Caisse des pensions commençait à fonctionner en 1874 par l'attribution à quelques sociétaires d'une modeste rente viagère de 300 francs. Pendant plusieurs années, la plus grande partie des fonds disponibles était consacrée à de nouvelles pensions au même chiffre de 300 francs, ainsi qu'à des augmentations progressives des pensions anciennes, dont quelques unes furent portées à 600 francs.

L'année dernière, M. Horteloup, en commençant son rapport, nous annonçait que désormais toutes les pensions viagères accordées, anciennes ou nouvelles, seraient fixées au taux uniforme de 600 francs. Il avait donc fallu treize ans à peine pour réaliser ce grand progrès, doubler le chiffre des pensions! Bien plus, non seulement toutes les pensions accordées était de 600 francs, mais aucune des demandes n'était écartée; votre rapporteur n'avait plus le regret d'avoir à vous proposer des ajournements imposés par des ressources insuffisantes.

Le nombre des pensionnés, après le vote de la dernière Assemblée, se montait à 67. Par suite de décès survenus dans le courant de l'année, nous comptions, au 31 décembre 1886, 56 pensionnés à 600 francs et un à 300 francs. Le capital consacré à ces rentes viagères s'élevait à 725,916 francs.

Votre Commission a reçu, pour cette année, 17 demandes de pensions qu'elle vous propose d'accueillir favorablement. Au taux uniforme de 600 francs, c'est une somme de 253,000 francs que la Caisse des retraites devra fournir pour fonder ces 17 pensions nouvelles.

Si, comme les années précédentes, l'intérêt accordé par l'Etat pour les dépôts de la Caisse de retraites de la vieillesse était encore de 4 1/2 p. 100, il eût suffi d'une somme de 226,666 francs pour constituer ces rentes, une pension de 600 francs absorbant une somme de 13,333 francs. Les difficultés budgétaires que vous connaissez tous ont amené une réduction de l'intérêt, qui n'est plus que de 4 p. 100, ce qui, pour une rente de 600 francs, porte à 15,000 francs le capital employé. De là une différence de plus de 28,800 francs à la charge de notre fonds de retraites pour la totalité des pensions nouvelles, presque le capital de deux pensions.

Le compte rendu du trésorier vous a montré à l'aide de quelles ressources nous pouvons disposer de sommes aussi importantes.

Pendant l'année 1886, le fonds de retraites s'est alimenté et grossi par les éléments indiqués dans le tableau suivant :

Reliquat au 1er janvier 1886	Fr.	279.937 85
Versement du trésorier (contributions des Sociétés locales et dons personnels)		65.000 »
Virement de la Société des Bouches-du-Rhône		660 22
Intérêts au 31 décembre 1886		11.842 57
Réintégration par 14 décès		171.631 »
		529.071 64
D'où à retrancher pour pensions de 1886		279.995 »
Reste au fonds de retraites, au 31 décembre 1886, pour les pensions de 1887	Fr.	249.076 64

©BIU Santé

Ainsi, les 17 pensions nouvelles de 600 francs, représentant un capital de 255,000 fr., absorbent une somme qui dépasse de quelques milliers de francs nos ressources disponibles. Mais rassurez-vous, votre vote de demain ne compromettra pas les intérêts de la Caisse des pensions; nous ne vous avons pas fait ces propositions sans l'assentiment de notre trésorier.

Vous avez certainement remarqué la somme importante qui fait retour à la Caisse des pensions par décès des titulaires, ressource considérable que nous ne cherchons pas, mais sur laquelle les infirmités et l'âge de ceux qui forment notre clientèle nous obligent de compter. Quant à la somme, dont s'augmente chaque année le fonds de retraites, on peut l'évaluer à une cinquantaine de mille francs. Comme il résulte fatalement de l'augmentation du nombre des pensions que le chiffre des extinctions arrivera à balancer sous peu celui des pensions nouvelles accordées, nous pourrons, dans quelque temps, grâce à cette augmentation annuelle de 50,000 francs, disposer d'une somme suffisante pour commencer à élever de nouveau le taux de nos pensions et marcher vers le but auquel tendent nos efforts : la pension de 1,200 francs.

Cette prospérité incontestable, dont vous avez le droit de vous enorgueillir puisqu'elle est votre œuvre, ne doit cependant pas vous aveugler, et notre devoir est de réclamer de nos Sociétés locales une certaine réserve dans les demandes de pensions.

Je vous ai montré quelles charges nouvelles nous créent les nécessités budgétaires de l'Etat. Nos anciens se rappelleront qu'à l'époque de la constitution du fonds de retraites, l'intérêt donné par la Caisse de la vieillesse était de 5 p. 100; réduit bientôt à 4 1/2, cet intérêt est aujourd'hui de 4 p. 100; qui peut nous assurer que des réductions nouvelles ne viendront par grossir le capital nécessaire à nos pensions alors que nous chercherons à en élever le taux? La prudence la plus vulgaire nous impose donc de nous tenir toujours prêts à parer aux éventualités et de ne pas compromettre l'avenir.

Permettez-moi, à ce sujet, une réflexion qui m'est suggérée par la lecture de certains dossiers. A l'appui d'une demande de pension, on fera valoir volontiers le mauvais état de santé du candidat dont les jours sont comptés. Ce ne sera pas long, nous dit-on, la pension fera bientôt retour à la Caisse. On oublie trop, dans cette circonstance, que les pensions ne sont pas un secours temporaire et que pour établir une rente viagère, comme pour la faire rentrer dans la Caisse des pensions, des formalités longues et nombreuses sont nécessaires, qu'il serait bon d'épargner au trésorier, quand l'état de santé de l'impétrant ne doit pas lui permettre de jouir de sa pension. Au lieu de démarches pour obtenir une pension, que la Société locale puise dans sa réserve les fonds nécessaires aux besoins de son sociétaire malheureux : il sera ainsi bien plus tôt secouru. Si la Société est riche, elle ne saurait mieux employer ses ressources; si elle est pauvre, elle sait qu'en s'adressant à la Caisse de l'Association, celle-ci viendra à son aide et lui donnera les subventions nécessaires.

On a dit souvent qu'une pension viagère est un brevet de longue vie. Plusieurs de nos sociétaires s'appliquent à justifier la vérité de cette proposition. Des premiers pensionnés de 1874, il en reste encore trois, dont l'un, le doyen de tous, vraisemblablement aussi le doyen de l'Association, M. Abadie (de la Vendée), sera dans deux ans centenaire. Saluons de nos vœux sympathiques ce vétéran de la profession et souhaitons-lui la longévité séculaire du vénérable M. Chevreul, avec une vieillesse aussi exempte d'infirmités!

Parmi les demandes de pensions sur lesquelles vous serez appelés à délibérer, plusieurs sont particulièrement intéressantes. J'ai à peine besoin de vous dire que toutes ou presque toutes s'appliquent à des confrères absolument dénués de ressources, arrivés à un âge avancé et atteints d'infirmités qui leur rendent l'exercice de leur profession impossible. Sur les 17 nouveaux pensionnés, les deux tiers environ sont octogénaires ou ont dépassé l'âge de soixante-quinze ans. Deux seulement n'ont pas la soixantaine, mais l'un, âgé de cinquante-neuf ans, est séquestré pour délire de persécution dans un asile, laissant dans l'abandon une femme et trois enfants; l'autre, âgé de cinquante ans seulement, est frappé depuis quelque temps déjà de paraplégie incurable.

©BIU Santé

Au nombre de ces nouveaux pensionnés, vous compterez aussi des hommes que leur situation médicale élevée semblait mettre à l'abri d'une vieillesse nécessiteuse. L'un deux a été inspecteur d'une station thermale; ce qui prouve, en passant, que l'inspectorat ne conduit pas toujours à la fortune. Deux autres ont été et sont encore médecins d'hôpital dans des localités d'une certaine importance où, par leur honorabilité parfaite et par leur désintéressement, ils ont acquis la considération de tous. Mais, aujourd'hui, après un demi-siècle de pratique, âgés, l'un de quatre-vingts ans, l'autre de soixante-seize ans, ils n'ont d'autre ressource que leur modeste traitement de médecin d'hôpital, place qui, en raison de leur grand âge et de leurs infirmités, ne tardera pas à leur échapper.

Assez de détails, messieurs, sur des situations pleines d'intérêt, il est vrai, mais dont nous aurons demain à vous faire l'exposé dans toute leur navrante réalité. Après ce que vous venez d'entendre, peut-il y avoir encore des esprits assez prévenus pour ne pas apprécier à leur juste valeur les bienfaits de notre Caisse des pensions de retraites? Après dix années de laborieux enfantement, cette belle institution depuis treize ans a fait ses preuves, et montré par ses progrès incessants qu'on peut escompter l'avenir.

Ne vous étonnez donc pas si ceux que votre confiance a appelés à diriger l'Association des médecins de France se montrent quelquefois timorés et restent dans la réserve devant des innovations qui, dans l'esprit des initiateurs, seraient destinées à accroître le bien-être des membres de la profession. Soyez sûrs qu'il n'y a de leur part aucun sentiment de jalousie à l'endroit de ces créations nouvelles; mais, gardiens fidèles des statuts de l'Association, ils ont le devoir de les défendre contre toute démarche imprudente qui serait capable de les ébranler.

Respectons-la et aimons-la, chers collègues, cette grande institution qui nous donne aux uns, et c'est le plus grand nombre, la satisfaction de faire le bien, et aux autres, les déshérités de la profession, la sécurité pour leurs vieux jours!

L'Association des médecins de France, dont je viens de vous montrer la prospérité, est comme un arbre plein de vigueur qui jette dans tout le pays ses racines puissantes. Tout médecin, soucieux de ses intérêts ou seulement animé de sentiments de bonne confraternité, doit venir s'abriter à son ombre. Voulez-vous que la récolte soit abondante? C'est à vous, messieurs, c'est aux Sociétés locales dont vous êtes les délégués, à nous aider dans l'œuvre que nous poursuivons; car votre concours seul nous permettra de franchir rapidement l'étape qui doit nous conduire à la pension de 1,200 francs.

Deuxième séance.

L'*Union médicale* ayant déjà donné un compte rendu de cette séance, dans son numéro du 21 avril dernier, nous nous bornons à reproduire ici les principaux passages de l'*Étude* faite par M. le docteur RIANT à propos du nouveau *Projet de loi sur l'exercice de la Médecine* présenté par le gouvernement :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Le Conseil général de l'Association a bien voulu me charger de faire, en son nom, devant cette Assemblée, une étude du projet de loi sur l'exercice de la médecine, présenté tout récemment à la Chambre par le gouvernement.

Ce projet réforme la loi ventôse an XI, cette loi si insuffisante, si peu en harmonie avec les progrès accomplis et surtout avec le rôle social si considérable qui appartient aujourd'hui au corps médical : c'est pour moi une fortune inespérée, le jour où, pour la première fois, la parole m'est donnée devant cette Assemblée, d'avoir à vous entretenir d'une aussi heureuse nouvelle, d'être appelé à analyser avec vous les dispositions du projet, à vous signaler quels progrès très réels elles présentent sur la législation qui règle actuellement l'exercice de notre profession.

Pour se rendre compte de l'accueil qui sera fait à cette réforme de la législation sur l'exercice de la médecine, il suffit de rappeler que, depuis plus de quatre-vingts ans, le

BIU Santé

Corps médical en fait l'objet de ses vœux ; que, malgré tant de réclamations fondées et de si persévérants efforts, il a vu, devant la fatalité des crises politiques, avorter toutes les tentatives qu'ont faites, dans le même sens, les représentants les plus éminents de la profession, les ministres les plus compétents et les mieux intentionnés, et aussi, — je tiens à le dire ici, à l'honneur de nos collègues, — les membres les plus distingués de cette Association générale des médecins de France. C'est justice de reconnaître, messieurs, qu'aucune déception ne vous a un instant découragés, qu'aucune désillusion n'a pu vous ravir l'espoir d'obtenir des pouvoirs publics une loi plus soucieuse que n'était la loi de ventôse des intérêts des populations, de la dignité et des intérêts professionnels du Corps médical.

Si, pour avoir été longtemps attendu et préparé par vos propres travaux ; si, pour coïncider avec la grande situation que, devant la science, devant l'Administration, la justice, la famille, le médecin s'est légitimement acquise dans la Société contemporaine, le projet a tant de raisons d'être le bienvenu, les auspices sous lesquels il se présente ne vous le feront pas accueillir, j'en ai la certitude, avec moins de satisfaction ni de sympathie.

N'est-ce pas dire beaucoup en faveur du projet du gouvernement que de rappeler son origine et de nommer ses auteurs ?

Si les travaux de notre très distingué collègue de l'Association, M. Chevandier, si ceux de Lunier, et les vôtres, messieurs, ont préparé les bases du projet, vous savez aussi que le gouvernement en a confié l'étude et la rédaction au Comité consultatif d'hygiène de France. Est-il besoin de vous dire quelle part revient dans ce travail à notre très éminent collègue, M. le professeur Brouardel, qui, à la présidence du Comité consultatif, n'a point manqué, — vous le devinez bien, — d'être, ce qu'il s'était montré maintes fois ici, l'ardent et éloquent défenseur des intérêts et de l'honneur professionnel ? C'est le vice-président du Comité consultatif d'hygiène, M. Bergeron, avec son jugement si droit et sa parole si sûre ; c'est, avec sa haute compétence, M. l'inspecteur général, Gavarret, qui, aidés du précieux concours de MM. les professeurs Grancher, Proust et Vallin, et de M. A. J. Martin, membres de la sous-commission désignée à cet effet, ont arrêté les dispositions et fixé le texte du projet dont je viens vous entretenir (1).

Ainsi que le dit l'*Exposé des motifs*,

« La Chambre des députés avait été saisie, dans la précédente législature, d'une proposition de réforme ; mais le rapport.... n'a pu être discuté avant la fin de cette législature et il a servi de base à une nouvelle proposition. »

Par lettre du 5 octobre 1885, M. le ministre du commerce demandait l'avis du Comité consultatif d'hygiène de France sur la revision de la loi du ventôse, an XI.

« Désireux de présenter au Parlement un projet dans le même but et sur les bases générales indiquées dans le rapport de M. Chevandier », il priait le Comité « de préparer un projet de nature à sauvegarder tous les intérêts en présence ».

Préparé et rédigé, comme je viens de le dire, le projet a été présenté à la Chambre, dans la séance du 21 octobre 1886.

Le docteur Riant classe les 31 articles du projet de loi sous les 12 rubriques ci-après : I. *Les deux ordres de médecins : Doctorat et Officiat.* — II. *Médecins reçus à l'étranger.* — III. *Dentistes et sages-femmes.* — IV. *Enregistrement des diplômes, liste des médecins.* — V. *Autorisations exceptionnelles et temporaires d'exercer la médecine.* — VI. *Prescription en matière d'honoraires.* — VII. *Interdiction du cumul de la médecine et de la pharmacie.* — VIII. *Exercice illégal.* — IX. *Les médecins et les Associations peuvent se porter parties civiles.* — X. *Pénalités, incapacités, suspension.* — XI. *Dispositions spéciales et transitions.* — XII. *Conclusions.*

(1) La Commission à laquelle l'examen de la question avait été renvoyé, était ainsi composée : MM. Brouardel, président ; Bergeron, Chatin, P. Dupré, Gallard, Gavarret, H. Liouville, A. J. Martin, Nicolas, Proust, Regnault et Vallin.

©BIU Santé

La place nous manque pour donner dans son entier cette intéressante étude ; nous devons faire un choix et nous contenter d'extraits.

TEXTE ET EXAMEN DU PROJET DE LOI

I. — *Les deux ordres de médecins : Doctorat et Officiat.*

L'article premier du projet de loi sur l'exercice de la médecine tranche une de ces questions capitales, qui ont figuré dans presque tous les ordres du jour de vos séances, dans les pétitions qui vous ont été adressées, dans le projet adopté par l'Association sur le rapport de Lunier, comme dans la proposition de loi de M. Chevandier. Cette question est celle-ci : La loi doit-elle maintenir deux ordres de médecins?

Voici comment l'article premier du projet résout cette vieille difficulté :

ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme d'officier de santé, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Le projet maintient deux ordres de médecins. Cette solution paraîtra peut-être à beaucoup d'entre vous en contradiction avec des idées, avec des espérances bien des fois mises en avant et dans la presse médicale, et dans les discussions sur les intérêts professionnels.

Nous estimons qu'il n'en a pas coûté peu aux auteurs du rapport au Comité consultatif d'hygiène, d'aller à l'encontre de tant de vœux et d'espérances. Ecoutez plutôt leurs déclarations, et les motifs qu'ils invoquent pour appuyer la solution à laquelle ils s'arrêtent, on peut le dire sans enthousiasme, sans parti pris, mais comme contraints par une nécessité qui s'impose impérieusement au moins, pour l'heure présente.

Le rapport reconnaît qu'en admettant deux ordres de médecins, le projet « se trouve en contradiction avec les vœux présentés depuis soixante-dix ans par la grande majorité du Corps médical ».

Il a fallu céder à un intérêt qui domine tous les autres, celui des populations, celui des malades. Pour assurer partout le service des malades, il faut un personnel nombreux de médecins instruits, « à défaut duquel surgit un empirique, un sorcier, un conseiller dangereux ».

« Or, en France, le nombre total des médecins est en décroissance progressive... Celui des docteurs reste à peu près constant; celui des officiers de santé diminue : c'est lui qui supporte la décroissance générale...

« Sur 36,097 communes existant en France, il en est 29,795 qui n'ont ni docteur ni officier de santé, soit les cinq sixièmes... Les soins médicaux font défaut sur de grandes étendues du territoire... Dans 2,000 communes les officiers de santé assurent seuls le service médical...

« La répartition du Corps médical est donc défectueuse. Mais nous devons reconnaître que ce n'est pas dans la loi sur l'exercice de la médecine que se trouve le remède. L'expérience n'a pas sanctionné l'opinion du législateur de l'an XI. »

« Les officiers de santé avaient été institués par lui, dans le but d'assurer l'assistance médicale dans les campagnes. Ils y font aujourd'hui presque autant défaut que les docteurs en médecine, et, comme ceux-ci, ils affluent dans les villes où la clientèle est plus nombreuse et plus riche... »

« ... Le remède à une telle situation réside dans l'organisation des services d'assistance, dans le fonctionnement régulier et complet de l'Administration sanitaire dans les départements. Nous ne pouvons que souhaiter la prompte adoption par les pouvoirs publics des projets présentés de divers côtés dans ce sens, notamment par le Comité consultatif d'hygiène... »

« Nous ne formulerons dans ce projet de loi aucune proposition pour remédier à cette mauvaise répartition. »

©BIU Santé

Il nous faut reconnaître que le projet ne se désintéresse pas aussi complètement qu'il en a l'air de cette répartition si défectueuse du Corps médical.

Nous le comprenons aisément. C'est bien dans une loi sur l'exercice de la médecine, loi dans laquelle l'intérêt social est l'intérêt dominant, que la préoccupation des besoins de communes doit entrer en considération. Si le rapport renvoie à d'autres temps et à d'autres pouvoirs une étude complète de la question, le projet n'en montre pas moins la sollicitude dont ces communes sont l'objet de la part du législateur. C'est ainsi que l'art. 4 du projet statue que :

ART. 4. — Les officiers de santé ont le droit d'exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire, sauf dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants (1).

Assurément, la restriction indiquée dans l'art. 4 au droit d'exercice de la médecine par les officiers de santé, ne saurait avoir aucune raison d'être dans le diplôme même de l'officier de santé. Suffisant ici, pourquoi cesserait-il de l'être là? Ce ne peut être, et ce n'est qu'au nom de l'intérêt social, et pour ne pas laisser sans secours médicaux de vastes étendues du territoire, que le projet impose aux officiers de santé, soumis depuis 1883 aux conditions nouvelles de scolarité, d'exercices pratiques, de stage et d'examens, une limitation qui vient remplacer l'incapacité géographique, justifiée autrefois par l'existence des jurys départementaux, supprimés depuis 1854. Aujourd'hui, la prescription limitative de l'art. 4 du projet n'apparaît plus que comme une concession faite à des intérêts d'ordre supérieur.

En somme, si le projet consacre, dans son article premier, deux ordres de médecins, c'est que, dans la pensée des Rapporteurs, la mesure doit avoir pour effet de remédier à la mauvaise répartition du corps médical.

Le résultat sera-t-il bien celui que l'on attend?

Est-il possible de compter, pour mieux répartir les secours médicaux, sur un ordre de médecins, dont l'importance numérique va chaque jour en diminuant, — cela est péremptoirement démontré par les tableaux statistiques annexés au projet?

Espère-t-on que les officiers de santé iront s'établir dans les campagnes? Déjà, en 1848, M. de Salvandy avait reconnu que le nombre des docteurs en médecine diminuait moins dans les régions pauvres du territoire, que celui des officiers de santé. Les choses n'ont pas changé depuis, comme le prouvent les chiffres et les renseignements fournis dans tous les rapports antérieurs, dans les statistiques et les cartes teintées annexées au projet actuel.

L'art. 4 modifiera-t-il ce courant? Obliger les officiers de santé à exercer dans des localités n'ayant pas plus de 10,000 habitants, est-ce donc les forcer à s'établir dans les communes qui auraient le plus pressant besoin de leurs soins?

Il reste encore aux officiers de santé, dans les prévisions de l'art. 4, une marge trop grande, pour qu'il soit permis d'espérer que ces limitations assurent aux communes déshéritées le secours médical qui leur fait défaut.

Toutefois, il ne faudrait pas paraître grossir une difficulté que la loi ne pouvait résoudre, et que, heureusement, elle n'a pas besoin de résoudre? Les chiffre de la statistique, pour ne pas induire en erreur, veulent être expliqués. Quand le rapport indique que : « Sur 36,097 communes, existant en France, il en est 29,795 qui n'ont ni docteur, ni officier de santé, soit les cinq sixièmes, il n'entend pas dire, par là, que ces 29,795 communes soient privées de secours médicaux; mais simplemeut qu'il n'y a ni docteur, ni officier de santé installé, domicilié dans ces communes, ce qui est fort différent. On conçoit qu'il y a nombre de communes d'une population beaucoup trop restreinte pour pouvoir assurer l'existence d'un médecin; ces communes sont-elles pour cela déshéritées de tout secours médical? Non, il y a soit dans une commune, soit dans

(1) Une exception est faite pour les officiers de santé exerçant au jour de la promulgation de la loi, dans le département où ils sont domiciliés, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme (art. 28 du projet qu'il y a lieu de rapprocher de l'art. 4).

©BIU Santé

une ville voisine, des médecins qui rayonnent sur ces différents points et y assurent les secours de l'art. La distinction était nécessaire à établir; elle réduit à ses proportions réelles, — encore trop considérables, il est vrai, — le nombre des communes auxquelles ces secours font défaut; elle donne la mesure des besoins auxquels il reste à pourvoir.

Le rapport démontre, d'une manière péremptoire, qu'en raison des exigences du décret précité, le second ordre de médecins est devenu d'une capacité tout à fait rassurante. Néanmoins, on trouve dans le projet des dispositions telles que celles des articles 3 et 5 qui, pour contredire cette affirmation, n'en sont pas moins faciles à justifier.

Art. 3. — « Les officiers de santé sont soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales. »

Art. 5. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens dans les hôpitaux et hospices, ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

Pourquoi ces restrictions ?

C'est qu'on peut avoir assez de titres scientifiques pour mériter la confiance des malades, sans en présenter assez pour recevoir de l'Etat la mission supérieure d'enseigner ou de porter la parole, comme expert, devant la justice du pays.

On s'est efforcé, avec raison, de rapprocher de plus en plus les conditions du savoir médical chez les deux ordres de médecins, les docteurs et les officiers de santé; on ne les a pas mis, on ne les mettra pas, par cela seul, au même rang et au même niveau.

Entre les deux titres, la distance est plus grande que ne semble l'indiquer un examen, une thèse de médecine ou de chirurgie, en plus ou en moins. N'y eût-il plus un jour que cette seule différence sur le terrain des études médicales, entre le doctorat et l'officiat, il resterait encore à l'avantage du premier, une condition qui le met hors de pair, nous voulons dire ces études littéraires, ces humanités qui préparent singulièrement l'homme d'étude comme l'homme de conseil, donnent une supériorité éminente au savant comme au praticien, font l'écrivain de marque ou l'orateur éloquent qui, dans la chaire professorale, à la clinique ou au prétoire, ont été et seront toujours l'honneur de la profession médicale.

L'expérience prouve que personne ne sent mieux cette vérité que les officiers de santé eux-mêmes. Voilà, n'en doutez pas, messieurs, pourquoi le nombre des candidats à l'officiat diminue, tandis que le nombre des candidats au doctorat se maintient ou tend à s'accroître.

Nous assistons à une transformation qui se fait d'elle-même, — et il est bon qu'il en soit ainsi, pour que l'intérêt des populations n'en souffre pas.

Si, malgré beaucoup d'objections et de critiques plus ou moins fondées, le projet de loi maintient un second ordre de médecins, c'est, — le Rapport l'affirme, — qu'il n'était ni raisonnable ni possible de supprimer actuellement l'officiat. Les auteurs du projet déclarent qu'ils ont été « effrayés des conséquences d'une mesure radicale. »

« La suppression du titre d'officier de santé aurait pour conséquence la disparition du quart des praticiens actuels, alors que ce nombre est déjà insuffisant. *Nous ne saurions prendre la responsabilité d'une mesure qui remplacerait fatalement un grand nombre de médecins honnêtes et utiles par des empiriques, des charlatans et des rebouteux.* »

Enfin, on n'a pas à supprimer, par mesure législative, une institution qui semble prête à se charger elle-même de la réforme à accomplir.

A quoi bon imposer à tous le doctorat, quand le nombre de ceux qui y aspirent augmente chaque jour ? A quoi bon supprimer l'officiat, si, comme on le voit clairement, il est de moins en moins recherché ?

C'est ainsi que se fera l'unification du titre, sans précipitation, sans violence, non plus par les prescriptions hâtives de la loi ; mais par les progrès des idées, des mœurs, par les vœux, par les efforts de l'officiat lui-même.

Ne craignez pas que, pour reconnaître une nécessité de situation, pour ménager une

ndispensable transition, le projet enraye cette marche en avant. Déjà, la statistique le prouve, on se porte moins vers l'officiat ; un grand nombre de candidats, qui depuis les nouvelles exigences scolaires ne sont plus intéressés à se contenter d'un grade inférieur, se tournent vers le doctorat. Plusieurs, qui ont achevé des études faites en vue de l'officiat, se remettent vaillamment à l'œuvre pour obtenir le grade supérieur.

C'est une solution spontanée qui se prépare, et qui va s'accomplir.

Messieurs, le jour n'est pas bien éloigné où, à force de se rapprocher, les deux degrés de la profession médicale finiront par se confondre, et où il n'y aura plus qu'un titre et qu'un diplôme, répondant au maximum de dignité et de savoir professionnels.

Mais à chaque jour son œuvre.

Ne pas briser un rouage encore nécessaire dans l'intérêt des populations : telle est l'œuvre qui a paru aux auteurs de la loi, s'imposer à l'heure présente ; l'article premier répond à cette intention ; il n'enchaîne pas l'avenir ; et personne n'en oublie la tâche.

Assurer, par une législation plus complète et plus efficace, l'assistance médicale des campagnes sur tout le territoire; garantir, par une subvention nécessaire, l'existence matérielle du médecin, sur tous les points où une population trop rare ou trop pauvre est hors d'état de rémunérer les soins médicaux, imiter les mesures adoptées à cet égard, en Autriche, en Allemagne, en Suisse, en Espagne et surtout en Italie et en Angleterre, celles que notre loi consacre, et que l'expérience a prouvées si heureuses en Algérie ; admettre enfin, dans une loi venant à son heure, l'unification des titres, alors résolue librement par la profession elle-même, et entrée dans les mœurs : voilà l'œuvre de demain. Nous en avons la certitude, le comité consultatif d'hygiène et nos législateurs n'y failliront pas. . . . .

VIII. — *Exercice illégal.*

L'Association générale des médecins de France n'a cessé de se faire l'interprète des vœux unanimes du corps médical, à propos de l'exercice illégal de la médecine, sous toutes ses formes.

Il faudrait citer tous vos annuaires, tous les comptes rendus de vos assemblées générales pour rendre justice aux efforts persévérants faits par l'Association dans l'intérêt des populations et du corps médical.

Une réforme était en effet bien nécessaire.

La loi de ventôse n'avait consacré que deux articles à la répression de l'exercice illégal (art. 35 et 36).

C'était déjà beaucoup, sans doute, dans un temps où la liberté professionnelle venait d'être pendant dix ans poussée jusqu'aux excès de la licence la plus éhontée.

Mais la loi, ne définissant pas l'exercice illégal, laissait à l'arbitraire des tribunaux l'interprétation des faits. Comment atteindre des délits aussi mal définis? L'indulgence ne tarda pas à aller jusqu'au laisser-faire, en présence d'un texte qui ne liait pas la conscience du juge et n'éclairait pas son esprit.

De plus, tout en qualifiant justement de *délits* les faits d'exercice illégal, la loi ne fixait ni le minimum ni le maximum de « l'amende pécuniaire à prononcer envers les hospices ».

Avec une pareille législation, le charlatanisme avait beau jeu : la répression était illusoire. D'autant que la Cour de cassation, se fondant sur le silence de l'art. 35, quant au minimum de la peine, avait décidé que les tribunaux ne pouvaient appliquer que l'amende de simple police, c'est-à-dire de 1 à 15 francs, et ainsi le fait d'exercice illégal, bien que dénommé formellement *délit*, et soumis à la juridiction des tribunaux correctionnels par l'art. 35 de la loi de ventôse, devenait par suite de l'interprétation de la Cour, une simple contravention de police.

Les peines appliquées à l'exercice illégal par la loi de ventôse étaient insuffisantes, et si mal déterminées qu'elles n'ont cessé d'être éludées. Or, Messieurs, c'est encore là la loi qui nous régit, si l'on peut dire qu'une loi *régit* l'exercice de la médecine, quand elle laisse les délinquants sans surveillance et sans châtiment, les médecins honnêtes sans protection, et la magistrature sans armes.

SBIU Santé

Les conséquences de cet état de choses portent plus haut que les souffrances des médecins, lésés par le charlatanisme.

Les malades en souffrent deux fois : d'une part, ils ne sont pas protégés contre les empiriques ignorants ou malhonnêtes; d'autre part, ils ne peuvent plus trouver de médecins qualifiés et honnêtes, là où on laisse libre carrière au charlatanisme; là où une lutte si inégale, une protection si dérisoire attendent le médecin bien en règle avec la science et avec la loi, disons aussi avec la morale, — mis aux prises avec le charlatan qui se rit de la première, et défie les deux autres.

Et pourtant, l'exercice légal de la médecine est bien un monopole pour lequel le médecin qualifié a payé fort cher. L'Etat ne doit-il pas protection à ceux qui ont rempli les conditions legales du contrat, quand, par le fait des menées du charlatanisme, ils ne peuvent jouir de ce monopole?

Mais une protection efficace exige une loi plus précise et plus sévère que celle de ventôse, une vigilance plus grande de la part de l'autorité judiciaire, des droits plus formels d'intervention, comme partie civile, des médecins ou des Associations qui les représentent.

Ne voir dans ces questions que l'intérêt professionnel, c'est n'en voir que le petit côté; ici l'intérêt professionnel est solidaire de l'intérêt de la Société.

Par réaction contre une législation trop indulgente pour l'exercice illégal, le projet Salvandy allait trop loin et prononçait des peines excessives, comme si l'exagération dans la répression n'avait pas précisément pour effet d'assurer l'impunité des coupables. Troublé dans sa conscience, le juge préfère absoudre.

Voici enfin un projet de loi qui détermine nettement les cas d'exercice illégal.

Il multiplie les pénalités, et frappe les délinquants dans une juste mesure, mais de manière à ne plus permettre de se jouer de la loi. Par ses dispositions, il atteint ceux qui exercent sans diplôme régulier, ceux qui dépassent les attributions légales de leur titre, ceux qui tenteraient de couvrir d'un titre régulier des personnes non autorisées à exercer la médecine.

Le projet reproduit, dans l'ensemble, les dispositions de la proposition de loi de M. Chevandier, en les simplifiant; le texte y gagne en clarté, et l'application par les magistrats devient plus facile.

On en jugera par l'examen des articles.

Et d'abord voici l'art. 15, qui définit l'exercice illégal, indique les personnes et les agissements qui tombent sous l'application de la loi.

Art. 15. — Exercent illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier, délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée à l'art. 12, prend part aux traitements des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, ou application d'appareils;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les art. 7, 8 et 9 de la présente loi;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'art. 6 de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades.

Le 1° de cet arcle fait bien comprendre que l'exercice illégal n'est point constitué par un fait unique, accidentel, un conseil une fois donné, mais pas l'habitude de se livrer à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie ou à la pratique des accouchements; c'est ce qu'indiquent clairement les expressions :

« Prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales,

ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, ou applications d'appareils. »

Le 2° vise le cas des sages-femmes sortant des limites fixées à l'exercice de leur profession par les art. 7, 8 et 9 de la présente loi; il qualifie toute intervention médicale qui dépasse ces attributions strictement déterminées, d'exercice illégal, et la frappe des pénalités portées par les art. 16, 17, 18 et 19.

La mesure n'est que trop justifiée par les abus sans cesse renouvelés de ce genre d'exercice illégal; elle répond aux vœux de l'Association, et notamment à ceux exprimés par la Société de la Haute-Garonne.

Le 3° de l'art. 15 qualifie d'exercice illégal le fait « de prêter son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi », c'est-à-dire aux personnes exerçant sans titre, ou aux sages-femmes sortant des limites fixées à l'exercice de leur profession; il donne satisfaction aux vœux de l'Association générale, et aux justes réclamations du comité de la Gironde, sur lesquelles un paragraphe dans le même sens que le 3° de l'art. 15 avait été ajouté à l'art. 12 du projet Lunier, voté par l'Assemblée générale de 1884.

L'art. 16 fixe les pénalités auxquelles s'exposent ceux qui exercent illégalement la médecine, sans usurpation de titre :

ART. 16. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

L'art. 17 détermine le minimum et le maximum de l'amende et de l'emprisonnement, en cas d'exercice illégal avec usurpation de titre :

ART. 17. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1,000 à 2,000 francs; en cas de récidive, elle pourra être portée au double et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

L'art. 18 précise les cas où il y a usurpation du titre de docteur :

ART. 18. — Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'art. 2 de la présente loi;

2° L'officier de santé reçu en France ou la sage-femme, munie d'un diplôme français, qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Ce dernier abus, trop fréquent, visé dans le 2° de l'art. 18, exige, pour tomber sous le coup de la loi, la double condition : 1° que l'officier de santé ou la sage-femme, munie d'un diplôme français, ait fait suivre son nom de la qualité de docteur; 2° qu'il ou qu'elle *exerce la médecine* en cette qualité. La loi ne règle, en effet, que l'exercice de la médecine et n'atteint que les délits qui s'y rapportent.

Dans quelles circonstances y a-t-il usurpation du titre d'officier de santé? C'est ce qu'indique l'art. 19 :

ART. 19. — Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'art. 2 de la présente loi;

2° La sage-femme, munie d'un diplôme français, qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

La même observation, que nous avons faite à propos de l'art. 18, s'applique à l'art. 19.

La sévérité de la loi, en matière d'exercice illégal, est pleinement justifiée par l'intérêt qu'ont les populations à la suppression ou au moins à la répression énergique de ces abus. On l'a dit avec raison : Si les médecins souffrent de l'exercice illégal, les malades en meurent.

Est-ce à dire que notre confiance dans les mesures adoptées pour restreindre l'exer-

©BIU Santé

cice de la médecine par l'ignorance sans mandat, par la cupidité scandaleuse, ou même par la bienfaisance mal comprise, nous aveugle sur ce qui reste à faire? En ces matières, où la crédulité et la sottise humaine jouent un si grand rôle et sollicitent elles-mêmes le charlatanisme jusqu'à lui faire perdre toute mesure et afficher toutes les effronteries, la maxime *populus vult decipi* sera encore longtemps exploitée. Nous savons bien que, condamné, le charlatan fera encore des dupes; que le magistrat, hors d'état de discerner les choses scientifiques de l'ordre médical, reculera souvent devant l'application de la loi, et que ceux que le charlatan n'a pas guéris ou qu'il a mis en danger, seront bien souvent les premiers et les plus ardents à témoigner en sa faveur.

La disposition du projet de loi n'en aura pas moins été un progrès véritable sur l'état de choses actuel. Elle représente un effort moralisateur, réclamé depuis longtemps, pour réprimer tant de scandaleuses spéculations sur la santé publique.

En quelque mesure qu'il diminue ces dangereuses ingérences dans les choses de la médecine, il aura rendu un grand service. Les mœurs feront le reste.

Les charlatans de profession seront signalés par les peines qu'ils encourront. L'éducation des populations recevra un enseignement salutaire des applications de la loi destinée à protéger leur santé.

Le parasitisme malfaisant de la pratique médicale, chassé de nos campagnes, ne les condamnera plus à l'absence de tout secours médical honnête et efficace. On ne verra plus, comme dans le Morbihan, par exemple, cette influence néfaste raréfiant le Corps médical au point qu'on ne trouve dans ce département, — effroyable danger en cas d'épidémie! — qu'un médecin pour sept mille habitants!

Enfin, quand ces influences dégradantes et ce spectacle corrupteur du charlatanisme auront cessé de se montrer au grand jour, narguant la loi et la morale, ce ne sera pas seulement un grand bienfait pour les populations, ce sera un grand soulagement pour la profession médicale, humiliée par ce voisinage, attristée par de regrettables confusions, menacée parfois, hélas! par de funestes exemples!

Le niveau moral de la profession ne pourra que gagner à ce que l'on ne voie plus autour d'elle cette négation permanente de ces traditions de délicatesse et d'honneur qui sont la gloire et le légitime orgueil du Corps médical.

La loi qui aura contribué à ce résultat mérite toutes les sympathies de la profession.

IX. — *Les médecins et les associations peuvent se porter parties civiles.*

Les articles 15, 16, 17, 18 et 19, que nous venons d'étudier, règlent l'action publique en matière d'exercice illégal; l'article 23 s'occupe de l'action civile en dommages-intérêts.

ART. 23. — En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecine régulièrement autorisées, intéressées à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

L'hypothèse est celle-ci : le ministère public, ayant eu connaissance d'un fait d'exercice illégal, a commencé une poursuite. Les médecins, lésés dans leurs intérêts, se portent parties civiles.

L'article 23 les déclare recevables à le faire, tout comme les associations médicales régulièrement autorisées, qui acquièrent ainsi la personnalité civile, et pourront représenter en justice les intérêts des médecins lésés par l'exercice illégal.

Pour les médecins, le projet consacre un principe de droit commun, écrit dans l'article 1382 du code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ».

Mais les tribunaux ont bien souvent limité l'exercice de ce droit au cas où le médecin agissait individuellement. En disant « les médecins », l'article 23 supprime cette limitation.

Quant aux associations régulièrement autorisées, il tranche en leur faveur une question très controversée. Toute Société régulièrement autorisée, pourra se porter partie civile.

Le médecin, lésé par l'exercice illégal, ne sera donc plus victime de son isolement ou de sa faiblesse, pour faire valoir ses droits.

C'est là une réforme que l'Association générale a sans cesse réclamée, et qu'elle est heureuse de voir consacrée enfin par le projet.

XI. — *Dispositions spéciales et transitoires.*

ART. 27. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure supprimé.

ART. 28. — « Les officiers de santé et les sages-femmes de 2e classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi, sont soumis à toutes les dispositions de cette loi qui les concernent. Toutefois, ils sont autorisés à continuer l'exercice de leur profession dans le département du domicile où ils se trouvent établis, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme. »

(A rapprocher, pour les compléter, des articles 4, relatif aux officiers de santé, et 9, relatif aux sages-femmes).

ART. 29. — « La présente loi est applicable à l'Algérie sans préjudice des dispositions spéciales à l'Algérie, édictées par le décret du 12 juillet 1851, la loi du 31 décembre 1879 et les décrets subséquents. »

« Le décret de juillet 1851 a autorisé exceptionnellement certains indigènes musulmans ou juifs, à pratiquer la médecine à l'égard de leurs coreligionnaires.

« La loi du 31 décembre 1879 a créé une catégorie nouvelle de praticiens de race musulmane. »

« Tout cela, dit le rapport de M. Brouardel, est trop récent pour qu'on puisse déjà tenter d'appliquer le droit commun à l'exercice de la médecine en Algérie. »

ART. 30. — Sont et demeurent abrogés les articles 1 à 4, 12 à 29, 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, le premier paragraphe de l'article 2272 du Code civil, en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois antérieures contraires à la présente loi.

ART. 31. — La présente loi sera applicable dans le délai d'un an, à partir de sa promulgation.

XII. — *Conclusions.*

Tel est, Messieurs, dans son ensemble et dans ses details, le projet de loi présenté par le gouvernement, sur l'exercice de la médecine.

Nous en avons examiné l'esprit et la lettre.

Il est impossible de n'y pas reconnaître le souci très accusé de l'intérêt supérieur des populations, et la préoccupation de donner une garantie plus efficace que par le passé, à l'exercice de la profession par ceux qui, à force de travail, de dévouement et d'honorabilité, ont bien acquis le droit d'être protégés par la loi et par la justice, dans leur mission humanitaire et sociale.

En effet, c'est pour assurer partout aux malades le secours compétent et efficace, que le projet croit devoir maintenir deux ordres de médecins; qu'il frappe de peines plus sévères ces dangereux volontaires de l'exercice illégal, cette fois bien défini; qu'il met des conditions rigoureuses, mais équitables, à l'exercice de la médecine en France, par les médecins reçus à l'étranger.

C'est pour défendre l'honneur et les droits de la profession médicale, qu'il cherche à atteindre, sous quelque masque qu'ils se cachent et tentent de se dérober à l'action de la justice, tous ces parasites ignorants et cupides, qui déconsidèrent la vraie médecine, et se rient de l'honnête praticien qui a noblement gagné son savoir et son diplôme; qu'il établit des incapacités temporaires ou absolues; qu'il défend le cumul de la médecine et de la pharmacie; qu'il étend le délai de la prescription libératoire relative aux honoraires du médecin; enfin qu'il autorise celui-ci, ou les associations médicales régulièrement constituées, à se porter partie civile, dans les cas où l'autorité judiciaire poursuit l'exercice illégal.

BIU Santé

Voilà la pensée, voilà les intentions du législateur.

Est-ce à dire qu'on ne puisse discuter tel ou tel des moyens destinés à les réaliser ? Faut-il s'étonner si quelques esprits trouvent que le projet ne va ni assez vite ni assez loin ?

Ce qui est indiscutable, messieurs, c'est que, si on tient compte des satisfactions que le projet donne à la plupart des vœux du corps médical, de ceux que l'Association générale a si souvent émis, et aux exigences de l'intérêt public; si l'on tient compte des améliorations qu'il apporte à la législation sur l'exercice de la médecine, ce projet de loi est un bienfait et un progrès pour l'heure présente.

Lui demander de réaliser aujourd'hui l'œuvre de demain, de consacrer dès à présent des réformes qui exigent des transitions nécessaires, ce serait non seulement devancer l'heure, mais risquer de compromettre des intérêts supérieurs.

C'est à nous, c'est au corps médical, c'est à la profession, c'est à cette Association qui la représente si noblement dans son esprit de confraternité, de mutualité, de générosité, dans son mouvement ascensionnel vers un niveau scientifique, moral et social, toujours de plus en plus élevé, de faire qu'une réforme plus complète s'impose au législateur dans un avenir prochain, et que bientôt il n'y ait plus qu'un seul titre, celui de docteur, pour désigner à la confiance et à l'estime publiques le représentant d'une profession qui exige pour tous le maximum de science, comme elle a imposé à tous le maximum d'honorabilité et de dévouement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Un médecin du Cambodge signale un fait curieux de morphinomanie chez des animaux. Il s'agit de singes appartenant à un fumeur d'opium et vivant habituellement, comme lui, dans une atmosphère saturée des produits de la combustion de cette substance. De plus, ils mangeaient volontiers les résidus de la pipe de leur maître. On observa plusieurs fois que, lorsque le maître prolongeait ses absences, les animaux, au bout de quatre ou cinq jours, tombaient en langueur et présentaient tous les signes de dépression qu'on a constatés chez les morphinomanes. Au retour de leur maître, ils reprenaient avidement leurs habitudes et leur bonne humeur. Cela n'a point paru étonner M. Vulpian qui transmettait à l'Académie les communications de notre confrère.

Un autre médecin vante comme un remède sûr contre les affections des muqueuses respiratoires, un moyen qui nous semble bien paradoxal. Il suffirait de verser quelques gouttes d'acide nitrique fumant sur une pièce de monnaie de cuivre et de respirer les vapeurs qui se dégagent.

M. le professeur Brouardel se porte candidat dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement de Paul Bert.

M. le Président donne des nouvelles de la santé de M. le professeur Gosselin dont l'état reste stationnaire, et la faiblesse toujours grande. Il n'y a pas d'aggravation.

M. le Président salue le retour de M. Pasteur, qui occupe son fauteuil. Il pense lui être agréable en portant à sa connaissance un fait qui vient de se passer dans la maison de M. Charles de Lesseps. Il y avait, dans les écuries de cette maison, deux cochers et deux chiens. Un des chiens devint enragé sans qu'on s'en doutât. Comme il avait des allures singulières et de la bave dans la gueule, un des cochers s'imaginant probablement que la bave était causée par un corps étranger arrêté dans le gosier, introduisit sa main jusqu'au fond de la gueule du chien. Celui ci disparut le lendemain ou le surlendemain ; des soupçons vinrent à l'esprit du cocher, et, comme sa main offrait quelques excoriations, il se rendit à l'Institut de la rue d'Ulm, et raconta son histoire. On le mit en traitement; il est aujourd'hui guéri.

L'autre cocher, ne s'imaginant pas que le second chien pût être malade, se laissa, à plusieurs reprises lécher le visage, sur lequel existaient également quelques excoria-

tions. Au bout d'un certain temps, cet homme fut pris d'accès de fureur ; il descendit, en chemise, dans la rue. On fut obligé de lui mettre les menottes pour le conduire à l'hôpital Beaujon, où il succomba rapidement.

Le chien fut reconnu enragé par un vétérinaire.

— M. Chauveau donne lecture d'une note concernant des expériences entreprises par lui sur la détermination du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail.

Le muscle releveur propre de la lèvre supérieure, chez le cheval, est en action continuelle pendant la mastication. Il est en repos absolu quand l'animal ne mange pas.

De plus, il est traversé par une veine unique. Grâce à ces conditions, M. Chauveau a pu mesurer avec précision : 1° la quantité de sang qui passe par le muscle, soit en activité, soit en repos; 2° la quantité de l'oxygène absorbé; 3° la quantité de l'acide carbonique excrété dans l'unité de temps. Ces quantités sont exprimées en poids; nous donnerons ultérieurement les chiffres exacts obtenus dans les deux séries d'expériences.

— M. le professeur Jaccoud lit un travail sur la pathogénie de la pneumonie. Contrairement à l'opinion qui, depuis quelque temps, a de la tendance à prévaloir, il établit que le refroidissement est une cause déterminante de la pneumonie. Quant au microbe caractéristique de cette affection (pneumocoque), qu'on trouve, dès le début, dans les crachats, et qu'on retrouve à l'autopsie, M. Jaccoud ne croit pas qu'il soit la cause de la maladie. Il ne croit pas non plus que son introduction dans l'organisme coïncide avec l'explosion des premiers accidents. Ce serait trop extraordinaire. Il pense que ce microbe, répandu partout, existait, dans l'organisme comme ailleurs, avec beaucoup d'autres. Mais les organes en bonne santé constituaient pour le parasite un milieu hostile qui s'opposait à son évolution, tandis que ces mêmes organes, à l'état pathologique, deviennent, à l'instant qu'ils sont affaiblis, un milieu favorable pour le microbe, qui les envahit. C'est ce que M. le professeur Jaccoud appelle : l'infection autochtone.

Ai-je dit, dans le précédent *Bulletin*, que M. le professeur Germain Sée s'était porté candidat à la place laissée vacante par le décès de Paul Bert dans la section de médecine et de chirurgie? — M. L.

FORMULAIRE

Liniment antinévralgique. — N. Guéneau de Mussy.

Alcoolat de mélisse	50	grammes.
Teinture d'aconit	10	—
Chloroforme	3	—

Mêlez. — On imbibe un morceau de flanelle de ce liniment, et on l'applique sur la région douloureuse. On recouvre le tout de taffetas gommé. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Russie. — Indépendamment de la Faculté d'Odessa, le gouvernement a l'intention de créer encore une Faculté de médecine en Sibérie.

— On sait qu'un Institut de vaccinations contre la rage a été installé l'année dernière à Saint-Pétersbourg. Voici les résultats obtenus pendant le dernier semestre de l'année qui vient de s'écouler : sur 140 individus inoculés, 3 seulement sont morts.

— Il est créé à la Faculté de médecine de Moscou une chaire de pharmacologie.

— Le *Nouveau Temps* publie une lettre par laquelle les étudiants de l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg refusent les sommes d'argent que M. Brasol, médecin homœopathe, avait envoyées à la caisse de secours de l'Académie. Cette somme d'argent provenait d'une conférence faite par le docteur précité. Les étudiants, comme

BIU Santé

l'avait déjà fait du reste le professeur Manasseine, ont refusé cette offrande, en déclarant qu'ils ne pouvaient profiter du produit d'une conférence destinée à prôner des théories contraires à l'enseignement de l'Ecole.

Amérique. — On a fait récemment, à l'Office de santé de New-York, de nombreuses et minutieuses recherches pour savoir si les impuretés contenues dans la glace pouvaient apporter des troubles à la santé des consommateurs. La question a été résolue par l'affirmative.

Les femmes médecins. — A Cincinnati, on inaugurera sous peu un Collège médical pour les femmes. Cette nouvelle n'a pas été accueillie avec beaucoup d'enthousiasme par les médecins du Nouveau Continent. Ils semblent trouver que les institutions de ce genre sont déjà trop répandues.

Il n'en sera pas de même aux Indes. On sait, en effet, que les coutumes du pays empêchent les femmes de voir jamais de médecins. Le Grand Collège de médecine de Bombay compte actuellement 12 femmes indigènes; les candidats féminins sont admis à subir les examens au même titre que les hommes. Deux doctoresses anglaises exercent déjà avec succès.

Indes Hollandaises. — On a noté en 1885 un nombre assez considérable d'attaques de Beriberi. Sur 5,388 malades 235 succombèrent et 842 restèrent infirmes des suites de la maladie, et incapables de tout travail.

Les doctoresses en Allemagne. — Contrairement à la liberté qui vient d'être accordée aux étudiants en Italie, France, Amérique, etc., de suivre les Facultés de lettres, droit, médecine, etc., le prince de Bismarck vient de défendre aux femmes l'accès des Universités allemandes.

— Le premier fascicule du *Centralblatt für Physiologie* vient de paraître. Il est rédigé sous l'inspiration de la Société de physiologie de Berlin. Les principaux rédacteurs sont les docteurs Von Exner (de Vienne) et J. Gad (de Berlin). — Ch. S.

COURRIER

L'Institut Pasteur. — Le conseil d'Etat a rendu un arrêté approuvant le projet de décret, qui lui avait été présenté par M. Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie, et aux termes duquel l'*Institut Pasteur* est reconnu comme établissement d'utilité publique.

M. Pasteur est, aux termes de cette même décision, nommé « directeur à vie » de l'établissement fondé sous son nom.

Enfin, le décret institue un conseil d'administration composé de onze membres, en outre de M. Pasteur, lesquels sont :

MM. le vice-amiral Jurien de la Gravière, président de l'Académie des sciences; Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française; Walton, professeur à la Faculté des sciences; le vicomte Henri Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts; Jules Simon, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques; Magnin, sénateur, gouverneur de la Banque de France; Christophle, gouverneur du Crédit Foncier, et le baron Alphonse de Rothschild.

Le conseil d'administration est renouvable tous les trois ans, mais les onze membres que nous venons de désigner sont rééligibles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Lancereaux : Les troubles nerveux de l'urémie. — II. L.-H. Petit : Le professeur Gosselin. — III. A. Dehenne : Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les troubles nerveux de l'urémie (1).

(Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.)

Les *paralysies urémiques* affectent en général un grand nombre de muscles, et se localisent habituellement à toute une moitié du corps. Elles se montrent presque toujours dans le cours des néphrites liées à l'artériosclérose. Des malades assez bien portants en apparence, et n'ayant d'autres troubles que des besoins fréquents d'uriner la nuit, une tendance marquée aux vertiges et aux étourdissements, de l'embarras momentané de la parole ou même parfois une véritable aphasie transitoire, sont brusquement frappés d'apoplexie. La mort est la conséquence ordinaire de cette attaque; mais, dans quelques cas, le coma cesse, le malade revient à la connaissance, et l'on constate une hémiplégie flasque ou avec contracture. Cette hémiplégie envahit à la fois le tronc et les membres, ou atteint seulement les membres; elle coexiste quelquefois avec une hémianesthésie partielle ou totale, et s'accompagne le plus souvent de l'abolition des réflexes.

Ce qui la distingue de l'hémiplégie liée à une lésion matérielle de l'encéphale, c'est que, après une durée variable, elle disparaît en partie ou en totalité. Plus tard survient une nouvelle attaque avec hémiplégie du même côté ou du côté opposé. Le frère d'un de nos confrères les plus distingués, que je vis à plusieurs reprises en consultation, fut ainsi atteint une première fois d'une hémiplégie droite qui disparut au bout de quelques jours, puis d'une hémiplégie gauche qui cessa également; enfin il succomba à une dyspnée urémique; il était goutteux et albuminurique.

Les faits de ce genre, que nous avons déjà signalés dans l'article Rein du *Dictionnaire encyclopédique*, et que nous avons depuis lors rencontrés bien des fois, ne sont pas rares chez les personnes âgées atteintes de néphrite artérielle. En présence de tels accidents, on diagnostique le plus souvent une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral, et l'on est surpris de ne trouver, à l'autopsie, que de l'athérome des vaisseaux de l'encéphale. De semblables faits ont été vus par Raymond (2), puis par Chantemesse et Tenneson (3); ils font l'objet de mémoires intéressants publiés dans la *Revue de médecine*. Là encore, il s'agit de personnes âgées, albuminuriques, et qui, à la suite de prodromes légers, furent frappées d'apoplexie, d'hémiplégie des membres avec participation de la face, et d'élévation de température.

Dans les faits publiés par ces auteurs, comme dans ceux qui me sont

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 mars et 30 avril 1887.

(2) Raymond : Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez les vieillards, leurs rapports probables avec l'urémie. (*Revue de médecine*, 1885, p. 705.)

(3) Chantemesse et Tenneson : Hémiplégie et épilepsie urémique. (*Ibid.*, p. 935.)

©BIU Santé

propres, c'est l'absence de lésions encéphaliques grossières, telles que hémorrhagie ou ramollissement, qui conduit à mettre les phénomènes paralytiques sur le compte de l'altération des reins. L'hydropisie ventriculaire et l'œdème cérébral sont, pour Raymond qui les rattache à la lésion rénale, la principale cause de l'apoplexie et de la paralysie. Quelques expériences, pratiquées en vue d'appuyer cette interprétation, nous ont paru laisser à désirer, et n'ont pu nous convaincre. Il y a tant d'asystoliques qui réunissent cette double condition de l'œdème cérébral et de l'athérome sans présenter aucun désordre manifeste des fonctions encéphaliques, qu'il y a lieu de douter que ces lésions soient, dans l'espèce, la cause de la paralysie. Nous sommes donc conduits à attribuer celle-ci, comme tous les autres accidents urémiques, à la rétention des matières excrémentitielles de l'urine. L'élévation de la température invoquée en faveur d'une cause locale, d'une lésion méningée ou cérébrale, nous paraît un argument sans valeur, car s'il est des substances excrémentitielles de l'urine qui abaissent la température, il en est aussi qui peuvent l'élever, et plusieurs fois nous avons vu des accidents manifestement urémiques coïncider avec une ascension thermométrique, chez des personnes jeunes, sans adhérome artériel et sans œdème cérébral. Enfin, s'il est vrai que les paralysies urémiques se montrent le plus souvent au cours de la néphrite des artério-scléreux, ce n'est pas là une règle absolue. Un homme de 50 ans, couché au n° 12 de la salle Piorry, présentait depuis longtemps de la polyurie avec décoloration des urines et albuminurie, lorsqu'il fut pris, après quelques prodromes urémiques, d'une hémiplégie complète du côté gauche. A l'autopsie, non seulement il nous fut impossible de constater une lésion de la substance cérébrale, mais pas même la moindre altération vasculaire. Les reins étaient atrophiés à un degré extrême ; réunis ils pesaient 75 grammes.

Il serait bien important de savoir reconnaître en clinique la paralysie urémique, à cause de l'indication immédiate qui en résulterait pour le traitement. Malheureusement, chez le vieillard, ce diagnostic est d'une grande difficulté, en raison de la ressemblance presque parfaite des symptômes avec ceux de l'hémorrhagie et du ramollissement du cerveau, affections si communes à cet âge de la vie. Cependant les antécédents des malades, la variabilité et la mobilité de la paralysie, l'albuminurie et la faible densité des urines, sont autant de signes qui plaident en faveur d'une origine urémique.

Chez l'adulte, le diagnostic est plus aisé. La confusion peut encore s'établir avec certaines affections, généralement syphilitiques, des méninges ou de l'écorce cérébrale. On se souviendra que l'apoplexie urémique est rarement précédée ou accompagnée d'attaques convulsives unilatérales et de paralysies circonscrites des muscles de l'œil. Cependant l'erreur est possible, et l'exemple suivant montre bien toute l'étendue des difficultés.

Une femme de 30 ans, admise une première fois dans notre service pour une hémiplégie gauche précédée d'une céphalée intense et d'attaques convulsives, fut considérée par nous comme atteinte d'une lésion circonscrite de la périphérie de l'encéphale, vraisemblablement d'une gomme des méninges. Un traitement spécifique fut prescrit, et trois semaines plus tard cette malade quittait le service malgré nous, bien que conservant encore un léger degré de faiblesse dans les membres gauches. Huit jours plus tard elle était de nouveau frappée d'apoplexie et ramenée à l'hôpital. Elle avait de l'écume aux lèvres, des convulsions ; puis elle tomba dans un coma

OBIU Santé

profond avec hémiplégie et hémianesthésie du côté droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. La respiration était stertoreuse, irrégulière, la température s'élevait à 39°. On constatait un bruit de galop au cœur, et une albuminurie abondante.

Le retour des accidents alors que la malade nous paraissait presque entièrement guérie, la persistance du coma, l'albuminurie et le bruit de galop cardiaque, modifièrent notre premier diagnostic. Il nous parut qu'il s'agissait d'urémie, mais peut-être aussi, en même temps, d'une hémorrhagie cérébrale. L'autopsie vint confirmer ce diagnostic. Malgré le jeune âge de la malade, le système artériel était pris dans sa plus grande étendue et le cœur notablement hypertrophié ; les reins petits, granuleux et fortement sclérosés, offraient histologiquement les traits les plus accentués de la néphrite conjonctive d'origine artérielle, avec endo-péri-artérite intense des vaisseaux labyrinthiques. L'hémiplégie gauche transitoire s'expliquait par un foyer hémorrhagique, déjà en voie d'enkystement, qui avait détruit la capsule externe et le noyau lenticulaire, et comprimé le faisceau pyramidal. L'hémisphère gauche était le siège d'un second foyer qui avait fait irruption dans les ventricules, et causé la série des accidents ultimes. Ce foyer s'était produit également au niveau de la capsule externe ; il l'avait détruite ainsi que le noyau lenticulaire et une partie du noyau caudé, puis enfin il avait échancré le faisceau sensitif.

En terminant ce chapitre, je dois enfin vous signaler ce fait que, chez des vieillards porteurs d'une hémiplégie flasque, une crise d'urémie peut faire apparaître des convulsions et des contractures dans les membres paralysés.

L'*aphasie* fait bien rarement cortège à l'urémie; aussi s'est-elle soustraite jusqu'ici à l'attention des auteurs qui ont écrit sur l'insuffisance rénale.

Avec tous les accidents de l'urémie, elle partage ce caractère d'être essentiellement transitoire, et d'apparaître à intervalles irréguliers ou périodiques. Un malade, mort récemment dans nos salles, nous a fourni l'occasion d'étudier à loisir ce symptôme dans ses diverses modalités. Outre l'aphasie verbale pure, il était facile, en effet, de reconnaître chez lui l'agraphie et la cécité verbale.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, atteint de dégénérescence amyloïde des reins au cours d'une tuberculose génitale et articulaire, et qui, pendant deux ans, présenta à différentes reprises plusieurs accidents d'urémie cérébrale, des accès éclamptiques et comateux notamment. L'aphasie se montra de bonne heure et précéda les autres phénomènes urémiques. Dès la fin de l'année 1884, le malade, homme d'une intelligence très développée, s'aperçoit que par moments il ne peut exprimer sa pensée par des mots appropiés à l'idée conçue ; il est parfois arrêté au milieu d'une conversation.

S'il cherche à écrire pendant ces absences, il ne trouve pas, quoique possédant l'idée, l'assemblage des lettres destinées à former le mot. On l'envoie un jour porter une commission dans un laboratoire de la Faculté ; à son arrivée, il ne peut trouver une parole pour expliquer sa présence, et on le prend pour un aliéné. Pendant de longs mois, ce malade présenta tous les soirs, vers la même heure, des atteintes d'aphasie, quoique à un degré variable. Le matin, il se sent bien, l'intelligence lucide, la parole facile ; mais, après le repas de quatre heures, sa parole s'embrouille, i

©BIU Santé

emploie un mot pour l'autre, et le plus souvent il s'abstient volontairement de parler pour ne pas provoquer les rires. Certains jours où il s'est reposé, l'aphasie est à peine apparente. Quand il s'est fatigué à dessiner, et surtout quand il n'a pas fait usage de diurétiques, l'aphémie est absolue; c'est à peine s'il prononce quelques paroles sans suite et sans signification. Il est également incapable d'écrire, et, si on lui tend un journal, ses gestes indiquent clairement que la lecture lui en est impossible; sa vue reste pourtant très nette. Souvent, en même temps que l'aphasie, un peu de délire calme se produit, et, si on donne du chloral, pendant une demi-heure à peu près le malade continue à marmotter des mots incohérents, puis il s'endort, et, lorsqu'il s'éveille, tous les symptômes ont disparu. L'administration d'un lavement purgatif ou de quelques pilules diurétiques suffisent également à amender ces phénomènes, ou même les suppriment momentanément.

L'examen du cerveau de ce malade a prouvé qu'il s'agissait bien là de désordres indépendants d'une lésion matérielle de l'écorce. Les caractères cliniques de cette aphasie l'indiquaient du reste suffisamment.

Le *coma urémique* est relativement commun. La plupart du temps, il s'associe à d'autres manifestations urémiques; nous avons vu qu'il succède aux convulsions, et qu'il accompagne fréquemment les paralysies. Mais, dans certains cas, il reste isolé et constitue à lui seul tout le désordre cérébral. Tantôt il s'agit d'un simple état de somnolence qui dure des journées entières, et dont le malade, encore demi-conscient, peut être tiré par une interpellation ou une excitation un peu vive. Assis sur son fauteuil ou sur son lit, le plus souvent en proie à une dyspnée pénible, le patient laisse échapper des plaintes ou des gémissements, dès qu'il s'éveille, et ne tarde pas à retomber dans l'hébétude avec ou sans soubresauts de tendons.

D'autres fois, cet accident survient brusquement; le coma est alors beaucoup plus accentué. Le malade est frappé d'*attaque apoplectique*, il devient insensible à toutes les excitations, sa face pâlit, ses pupilles sont immobiles, son pouls est ralenti, sa respiration est irrégulière, sifflante ou stertoreuse, et, dans certains cas, il fume la pipe. La résolution musculaire est alors générale, les membres soulevés retombent flasques, comme s'ils étaient paralysés. La mort peut être le fait d'une première attaque de ce genre. L'œdème du cerveau se rencontre parfois à l'autopsie; mais il peut également faire défaut. C'est là, somme toute, une lésion contingente, et il est injuste d'identifier le coma urémique à l'*apoplexie séreuse*.

Quand le collapsus se dissipe, ce qui est la règle, le malade revient à lui en conservant un certain degré d'hébétude et l'obtusion des facultés sensitives; puis, après un intervalle de quelques heures, d'un jour ou deux, ou même après un plus long répit, il retombe dans l'anéantissement, et l'on peut voir plusieurs alternatives semblables précéder une attaque définitive.

Le malade dont nous avons parlé déjà à propos de l'aphasie urémique, présenta ainsi à diverses reprises des attaques de coma solennel. La première fois, ignorant que cet homme fût albuminurique, j'avais diagnostiqué une hémorrhagie cérébrale et porté un pronostic très grave. Aussi, lorsque le lendemain matin je sus que mon malade avait repris connaissance, j'eus quelque surprise, et c'est alors que l'idée de l'urémie me vint

©BIU Santé

à l'esprit, et que je fis examiner les urines; elles renfermaient des flots d'albumine.

Le diagnostic est toujours difficile dans les faits de ce genre. L'absence de réflexes, constatée dans le cas précédent comme dans un autre que nous avons observé récemment, peut être interprétée en faveur de l'urémie. L'examen des urines et l'état de la température ont ici une grande importance séméiologique, et une valeur réelle au point de vue des indications pronostiques et thérapeutiques.

Le *délire ou folie urémique* fait assez rarement partie de l'ensemble symptomatique de l'insuffisance rénale. Quand il intervient, c'est plutôt au cours des néphrites interstitielles, surtout de celles qui se rattachent à l'artério-sclérose, que dans les néphrites épithéliales. Pourtant on l'a observé dans l'urémie aiguë de la scarlatine, et il est même probable que bien des observations de manie puerpérale rentrent dans cette forme morbide.

Quand le délire urémique est associé à d'autres troubles, nerveux ou digestifs, il est habituellement modéré, tranquille, doux et transitoire plutôt que bruyant et durable; aussi, il peut passer inaperçu et le plus souvent il n'a qu'une importance secondaire. Si, au contraire, cet accident est le phénomène prédominant et résume à lui seul tout le désordre urémique, il est plus accusé et présente des caractères particuliers qu'il est absolument nécessaire de bien connaître. En effet, il ne suffit pas de la coïncidence d'un délire et d'une lésion rénale pour qu'il y ait *folie urémique;* il importe encore que ce délire ait une allure spéciale qui le distingue des autres formes délirantes.

Rarement il éclate d'emblée; presque toujours il est précédé d'insomnie, de changement dans le caractère, de tristesse ou d'impatiences, de céphalée, de dyspnée, ou de tout autre signe d'insuffisance urinaire. Il est actif, bruyant plutôt que dépressif, aussi son type se rapproche-t-il le plus souvent de la manie aiguë.

Un malade âgé de 63 ans, observé par moi dans la clinique de la ville, avait été soigné à plusieurs reprises pour de la dyspnée urémique survenue au cours d'une néphrite interstitielle. A la suite de quelques jours d'insomnie, il cesse de répondre avec précision aux questions qu'on lui pose; il a des hallucinations, des absences; il est comme perdu; puis, une nuit, il se lève, va se coucher dans un autre lit et, le matin, il veut sortir pour acheter des bibelots; il prétend qu'on lui a volé des objets de valeur, et comme on s'oppose à sa sortie, il insiste, tient absolument à aller se promener. Enfin, il prend en grippe la religieuse qui le soigne, et que jusque-là il aimait beaucoup, puis son valet de chambre, et même il n'a plus que des sympathies médiocres pour son médecin. Le lendemain et les jours suivants, le délire s'accentue, l'excitation devient plus vive, le malade veut absolument sortir, il injurie les personnes qui le gardent; sa famille fait venir des spécialistes qui conseillent de le faire entrer dans une maison de santé. J'étais absent depuis un jour; mais mon interne, M. Gilson, qui me remplaçait, sachant de quoi il s'agissait, s'opposa formellement à cette mauvaise action, administra plusieurs pilules d'huile de croton, ainsi que je le lui avais conseillé, et à mon retour, trois jours plus tard, ce malade était calme et, le surlendemain, son délire cessait complètement.

©BIU Santé

Un autre de mes malades, vieillard de 75 ans, atteint de la même affection, fut pris d'un délire semblable. En effet, il était difficile de le retenir chez lui, il voulait sortir, battre, disait toute sorte de mots désagréables et s'agitait constamment. Au bout de quelques jours de ce délire, parfois accompagné d'hallucinations, et qui n'était pas sans analogie avec certaines formes de délire alcoolique, bien que le malade fût des plus sobres, il survint de la dépression, de la somnolence, et enfin la mort dans le coma.

Les hallucinations, quand elles existent, affectent l'ouïe ou la vue, et sont plutôt terrifiantes que gaies. Les malades croient qu'on veut leur nuire, les empoisonner, et, dans certains cas, ils refusent tout aliment.

Le délire urémique a des rémissions et des paroxysmes, rarement une marche uniforme et continue. Il peut persister pendant des mois; mais sa durée ordinaire est plus courte, de quelques jours ou de quelques semaines, et de même que les convulsions et le coma, il tue assez généralement s'il n'est combattu par un traitement approprié. Plusieurs fois, on a enfermé dans des maisons de santé des malades qui en étaient atteints, et nous avons dû, dans quelques cas, nous opposer à la séquestration d'un urémique que sa famille considérait comme fou. Cet accident est ainsi des plus sérieux, et, du reste, il est fréquemment suivi d'une profonde dépression ou même d'un coma ultime.

Le délire urémique n'est pas sans offrir de sérieuses difficultés diagnostiques provenant surtout des prédispositions morbides qui, chez un brightique comme chez toute autre personne, peuvent être éveillées par un incident quelconque. On conçoit qu'un alcoolique atteint de lésion rénale puisse être pris d'un délire absolument étranger à cette lésion. Il en est de même d'un individu qui aura des antécédents de folie dans sa famille; aussi, importe-t-il d'être bien fixé sur les caractères du délire urémique, si on veut arriver à le reconnaître sûrement. Ces caractères, nous les résumons comme il suit : apparition du délire le plus souvent à la suite de phénomènes urémiques bien connus, exaltation maniaque avec incohérence générale, pouvant disparaître au bout de quelques jours, ou aboutir à une démence de courte durée, au coma, et enfin à la mort. C'est là, en somme, un accident grave qu'il faut savoir diagnostiquer pour le traiter convenablement et pour éviter de ranger au nombre des fous les malheureux qui en sont atteints.

Tels sont les désordres nerveux de l'urémie. Ces désordres isolés ou simultanés coexistent assez fréquemment avec d'autres symptômes urémiques; ils sont des plus importants à connaître, tant au point de vue du pronostic que des indications thérapeutiques.

Le professeur Gosselin

M. le professeur Gosselin, mort dans la nuit de vendredi à samedi dernier, 3 avril 1887, est né à Paris le 16 juin 1813. Il était dans sa 72e année.

Nommé interne des hôpitaux à 20 ans (1833) il fut prosecteur au sortir de l'internat, soutint sa thèse inaugurale en 1843, fut nommé agrégé en 1844 et médecin du Bureau central en 1845, à 30 ans; l'année suivante, il était nommé chef des travaux anatomiques et concourait pour la chaire d'anatomie, qui fut obtenue par Denonvilliers. Il concourut de nouveau en 1850 pour la chaire de médecine opératoire, qu'obtint Malgaigne, puis pour celle de clinique chirurgicale, où fut nommé Nélaton, en 1851. Ce fut le dernier concours pour une chaire de chirurgie; mais les grandes qualités mon-

©BIU Santé

trées par M. Gosselin dans ses concours l'avaient désigné pour le jour où une place serait vacante à la Faculté, où il entra bientôt, en 1858.

La carrière scientifique de M. Gosselin fut des plus brillantes ; ancien interne de Roux, Blandin, Robert et Michon, il avait eu les deux premiers comme juges et les deux derniers comme concurrents dans les deux derniers concours de professorat ; cette institution supprimée, il s'adonna à la publication de nombreux travaux de clinique chirurgicale et d'anatomie pathologique qui lui ouvrirent les portes de l'Académie de médecine en 1860 et celles de l'Institut en 1874, à la mort de Nélaton.

Voici la liste de ses travaux : Thèse de doctorat : *Sur les fibro-cartilages articulaires*, 16 mars 1843. — Thèses de concours : *De l'étranglement dans les hernies*, agrég. en chir. 1844. — *Le système nerveux ganglionnaire, ses connexions avec le système nerveux cérébro-spinal*, chaire d'anatomie, 1846. — *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales*, chaire de médecine opératoire, 1850. — *Des pansements rares*, chaire de clinique chirurgicale, 1851.

Non content de collaborer au *Compendium de chirurgie pratique*, qui, commencé par Bérard et Denonvilliers, ne fut malheureusement jamais terminé, et au *Traité pratique des maladies des yeux* de Denonvilliers (1855), il publia en 1857 une édition française, avec notes, du *Traité des maladies du testicule*, de Curling ; en 1865, ses *Leçons sur les hernies abdominales*, et, en 1866, ses *Leçons sur les hémorrhoïdes*.

On a encore de lui un grand nombre d'articles dans les publications périodiques, en particulier dans les *Archives générales de médecine* et dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. Voici les principales :

Mémoire sur les oblitérations des voies spermatiques (1847). — Nouveau mémoire sur le même sujet en 1853. — *Recherches sur les kystes de l'épididyme et du testicule* (1848). — *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet* (1852). — *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides* (solutions salines) *absorbés à la surface de l'œil* (1855). Récompensé par l'Académie des sciences en 1856. — *Etudes hématoscopiques*. (*Compte rendu*, 1858, t. XLVII, p. 1064, et 1859, t. XLVIII, p. 285.) — *De l'irréductibilité et des déformations cancéreuses dans les fractures des os longs*. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1859, p. 130 et 164.) Dans ce mémoire se trouve mentionnée l'atrophie musculaire consécutive aux fractures, complication qu'on avait bien oubliée, sur laquelle on a rappelé l'attention dans ces dernières années, et au sujet de laquelle M. Gosselin a revendiqué la priorité dans sa *Lettre sur l'état fonctionnel du triceps fémoral à la suite des fractures transversales de la rotule*. (*Arch. gén. de méd.*, 1884, 7e série, t. XIV, p. 129.) — *Sur l'asphyxie par l'acide carbonique et sur une méthode préservatrice*. (*Compte rendu*, 1859, t. XLIX, p. 989.) — *Etude clinique sur l'étranglement herniaire*. (*Archives*, 1859.) — *Tumeurs cirsoïdes artérielles* (1868). — *Sur le choix des moyens de traitement dans les maladies chirurgicales de l'adolescence*. (*Compte rendu*, 1872, 1872, t. LXXIV, p. 924.) — *Sur la péri-arthrite du genou*. (*Arch.*, 1873.) — *Sur les faux abcès des os et l'ostéite à forme névralgique qui les accompagne*. (*Bull. acad. de méd.*, 1875, p. 1150.) — *Sur la trépanation et l'évidement des os longs dans les cas d'ostéite à forme névralgique*. (*Compte rendu*, 1875, t. LXXXI, p. 635.) — *Du céphalématome tardif expliqué par une ostéite raréfiante du pariétal*. (*Arch. de méd.*, 1882, 7e série, t. X, p. 513.) — Avec Alb. Bergeron : *Recherches sur la valeur antiseptique de certaines substances, et en particulier de la solution alcoolique de Gaulthéria*. (*Arch. gén. de méd.*, 1881.) — *Nouvelles recherches sur le mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies*. (*Compte rendu*, 1883, t. XCVII, p. 541.) — *Note sur la frigidité antiseptique des plaies*. (*Ibid.*, p. 603.) — *Dernières recherches sur la coagulation antiseptique*. (*Compte rendu*, 1884, t. XCIX, p. 1003, publié *in extenso* dans les *Arch. gén. de méd.*, 1885, 7e série, t. XV, p. 395 et 548.) — Rapports sur diverses communications relatives au choléra. (*Compte rendu*, 1884, t. XCIX, p. 313.) Etc. Citons encore un mémoire, en collaboration avec J. Regnauld, *sur la substance médullaire des os*. (*Arch.*, 1849), et, avec Albert Robin, des recherches expérimentales sur *l'urine ammoniacale, ses dangers et les moyens de les prévenir*. (*Arch. de méd.*, 1874.) La plupart de ces travaux ont été reproduits ou condensés dans les *Leçons de clinique chirurgicale* publiées en 1872-1873 (3e édit. en 1879)

M. Gosselin a encore rédigé, soit seul, soit en collaboration avec quelques-uns de ses

©BIU Santé

élèves, un certain nombre d'articles pour le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : Agglutinatifs, Anus, Blépharite, Conjonctivite (avec Lannelongue), Crurale (région et hernie), Erysipèle chirurgical ou traumatique; Œil, Ophthalmie (avec Longuet), Os (pathologie), Rectum (avec Dubar).

Vice-président de la Société anatomique, président de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, président de l'Académie des sciences l'année même de sa mort, M. Gosselin a pris part à toutes les discussions intéressant l'art et la clinique chirurgicales. Il avait été pendant plusieurs années membre du Conseil général de l'Association des médecins de France et président de la Société centrale. Officier de la Légion d'honneur en 1868, il avait été promu commandeur en 1871, pour sa participation à l'organisation des ambulances de Paris pendant le siège.

L.-H. Petit.

Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée,

Par le docteur A. Dehenne.

L'ulcère serpigineux de la cornée est une des affections les plus graves que nous ayons à soigner.

La *perte de l'œil* est la conséquence fatale, obligée d'un traitement tardif et mal dirigé.

La *guérison* paraît devoir être la règle dans les cas au contraire où une thérapeutique active a été instituée.

Fidèle à la règle de conduite que je me suis tracée de simplifier autant que possible le manuel opératoire de la chirurgie oculaire, à condition toutefois que cette simplification ait pour but une guérison plus rapide et plus sûre, j'ai renoncé depuis trois mois environ à l'opération de Sœmish et je procède de la façon suivante :

La *dacriocystite* se rencontrant 9 fois sur 10 au moins chez les gens atteints d'ulcère serpigineux, et la suppuration provenant des voies lacrymales étant la cause presque unique de l'infection cornéenne, il est indiqué de tarir cette suppuration et de rendre aseptiques les produits déversés par le sac lacrymal dans les culs-de-sac conjonctivaux (1). Pour ce faire, on débride les points lacrymaux supérieur et inférieur jusqu'à leur abouchement dans le sac. On transforme en une large gouttière à ciel ouvert les deux canalicules lacrymaux. L'écoulement du pus devient facile, et les lavages à grande eau du sac et du canal ne présentent aucune difficulté. Avant de procéder au lavage, on cathétérise le canal avec une sonde de Bowmann n° 3, de façon à égaliser le conduit et empêcher la stagnation du pus en arrière des petits rétrécissements qui pourraient s'y rencontrer.

Au début le lavage est fait deux fois par jour avec une seringue d'Anel chargée d'eau boriquée à 4 p. 100; on peut facilement employer le contenu de 5 à 6 seringues. Si cette première partie du traitement n'est pas consciencieusement exécutée, quelle que soit la thérapeutique employée pour combattre le phagédénisme de l'ulcération, on risque fort d'échouer. Aussi, dans mes leçons cliniques, j'insiste beaucoup sur ce point : *En présence d'un ulcère serpigineux de la cornée, appuyer toujours sur la région du sac lacrymal afin de s'assurer de l'état des voies lacrymales*, débrider et laver largement s'il vient seulement une goutte de pus. Du reste, 90 fois sur 100, le pus s'écoule à flots par les points lacrymaux. D'une façon générale, soit dit en passant, cette petite manœuvre

(1) L'ulcère phagédénique ou serpigineux de la cornée reconnaît trois facteurs étiologiques qui sont, par ordre d'importance :

1° *La suppuration des voies lacrymales;*

2° *Un traumatisme quelconque;*

3° *Le surmenage.*

Sur 15 cas que j'ai observés depuis quatre mois, la suppuration du sac existait 14 fois; 10 fois la cornée avait été blessée.

Toujours je me trouvais en présence d'ouvriers des campagnes (kératite des moissonneurs) ou d'ouvriers de la ville *surmenés*, *fatigués*, *mal nourris*, etc.

© IU Santé

qui consiste à appuyer le doigt sur la région du sac d'un malade qu'on voit pour la première fois, ne doit jamais être négligée.

Le sac lacrymal ayant été bien détergé avec l'eau boriquée, on nettoie avec le plus grand soin les culs-de-sac conjonctivaux avec du coton hydrophile trempé dans la solution de sublimé au 1/2000, après avoir pratiqué l'anesthésie locale avec le chlorydrate de cocaïne, que je formule maintenant de la façon suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 centigr.
Sublimé.....	0 gr. 003 milligr.
Eau distillée bouillie (1).....	15 grammes.

La cornée étant bien insensibilisée, je procède à la cautérisation de l'ulcération à l'aide de la pointe fine du thermo-cautère.

Deux cas peuvent se présenter :

a) *Il n'y a pas de pus dans la chambre antérieure*, ou tout au moins l'hypopion est insignifiant ;

b) *L'hypopion est très abondant*. Le pus remplit le tiers ou même la moitié de la chambre antérieure.

a) Dans le premier cas, on touche avec la pointe rougie à blanc tous les points de l'ulcération, *quelle que soit son étendue*, et en dépassant même légèrement les limites du mal.

Le lendemain, on constate que la marche de l'ulcération est complètement enrayée, et même que les points d'infiltration disséminés sur la cornée, en dehors de l'ulcération, ont disparu.

Après guérison, c'est à peine s'il reste sur la membrane transparente un petit leucome dont l'étendue atteint à peine le cinquième de celle de l'ulcération primitive. Le plus souvent ce petit leucome siège au-dessous de la pupille, et ne gêne en rien la vision. Dans le cas où il se trouverait en face de l'ouverture pupillaire, on pratiquerait une iridectomie optique, en prenant les précautions antiseptiques les plus minutieuses, étant donné l'état des voies lacrymales. A mon avis, il ne faut pas, en général, intervenir trop tôt après la guérison de l'ulcère infectieux. Un intervalle d'un an au moins me paraît nécessaire.

b) Dans tous les cas d'ulcère infectieux, la plupart des ophthalmologistes ont recours à la transfixion de l'ulcère de part en part, opération à laquelle Sœmish a donné son nom (2). Pour ma part, j'ai renoncé depuis fort longtemps à cette opération dans les cas simples où il n'y a pas d'hypopion. Je la réservais aux cas où du pus remplissait la chambre antérieure, et je cautérisais les bords de l'ulcération avec le thermo-cautère, après l'évacuation totale de l'hypopion (3). Depuis quelques mois, j'ai supprimé complètement l'instrument tranchant. Après avoir badigeonné la surface de l'ulcération avec

---

(1) Cette expression d'eau distillée bouillie peut, au premier abord, paraître être un pléonasme. Il est évident que l'eau distillée préparée extemporanément n'a pas besoin d'être bouillie. Il n'en est pas de même lorsqu'elle a séjourné depuis un mois ou six semaines dans les bocaux plus ou moins propres, généralement très sales, d'une officine quelconque. Le *mot bouillie* a, de plus, l'avantage d'attirer l'attention du pharmacien, qui se donne alors la peine de fournir de l'eau distillée. Au point de vue de l'antisepsie, ces petits détails ont une grande importance.

(2) Pour pratiquer cette transfixion, on se sert d'un petit couteau de Graefe, mince et étroit. La ponction se fait à 1 millimètre en dehors et un peu au-dessous du diamètre horizontal de l'ulcération, et la contre-ponction au point diamétralement opposé. On sectionne l'ulcération d'arrière en avant, et d'un seul coup ; l'humeur aqueuse est projetée au dehors et entraîne avec elle le pus qui se présente entre les lèvres de la plaie, le plus souvent sous la forme d'un petit grumeau, véritable bourbillon que l'on entraîne au dehors avec des pinces fines.

(3) A mon sens, la *paracentèse simple* ne doit jamais être employée dans l'ulcère serpigineux. Par la paracentèse, on crée une nouvelle plaie qui est exposée à être infectée à son tour.

©BIU Santé

la pointe rougie à blanc, je termine en enfonçant brusquement la pointe dans la chambre antérieure. Par un mouvement latéral rapide, j'agrandis l'orifice; l'humeur aqueuse est projetée au dehors, et entraine avec elle le pus absolument comme dans les cas où l'on pratique la transfixion avec le couteau de Graefe.

A la simplicité du manuel opératoire, il faut ajouter la certitude de la guérison et sa rapidité beaucoup plus grande.

Ceci est si vrai qu'avant d'employer ce procédé, je ne voyais pas à ma clinique les gens atteints d'ulcère serpigineux sans une certaine crainte. A l'heure actuelle, convaincu que je suis de la guérison, j'éprouve une satisfaction réelle à les soigner.

Au premier abord, cette façon de procéder peut paraître très dangereuse. Elle ne l'est nullement. C'est merveille de voir comme l'œil supporte le fer rouge. Il y a quelques années, les cautérisations superficielles de la cornée étonnaient un peu, puis on s'y fit très vite. La paracentèse ignée est tout aussi simple et aussi inoffensive. Je crois être le premier à l'avoir employée sciemment et de parti pris.

Chaque fois que je pratique cette opération, mes aides sont stupéfaits de voir l'état de l'œil le lendemain de l'intervention. De pus, dans la chambre antérieure, il n'y a plus traces. La cornée, la veille encore infiltrée dans presque toute son étendue, a repris sa transparence. La chambre antérieure est reformée. Seul est visible le point où la cornée a été cautérisée et où s'est faite la perforation chirurgicale. De jour en jour, ce leucome diminue d'étendue, pour disparaître presque en totalité dans les trois ou quatre semaines qui suivent.

Voici donc une affection qui abandonnée à elle-même conduit infailliblement à la perte absolue de l'œil en quelques jours, et parfois en quelques heures, et qui guérit absolument par l'emploi de la cautérisation et de la paracentèse ignées.

Comme adjuvant au traitement, il est indispensable d'employer la *sulfate neutre d'ésérine* pur et frais (1). Ce médicament, antiseptique et antisuppuratif au premier chef, rétrécit la pupille, ferme toutes les voies d'absorption de l'œil, et forme pour ainsi dire une barrière infranchissable à la migration des agents septiques.

Je fais de plus insérer deux fois par jour entre les paupières un petit grain de la pommade suivante :

Sublimé	0 gr. 02 centigr.
Vaseline pure	25 grammes.

et je continue les injections boriquées dans les voies lacrymales.

L'ulcère serpigineux de la cornée est une affection très douloureuse. Quand le malade vient consulter, en général il souffre beaucoup et ne dort pas depuis huit, dix ou quinze jours. Aussitôt que l'on est intervenu, les douleurs cessent, et le lendemain il affirme avoir bien dormi pour la première fois depuis longtemps. La cautérisation ignée, *même sans perforation*, et le sulfate neutre d'ésérine calment les douleurs. Il est bon de faire remarquer en passant que, chez un certain nombre de malades, les instillations de sulfate d'ésérine provoquent des douleurs sourcillières et occipitales, dont la durée ne dépasse pas une heure ou deux. Le nitrate de pilocarpine, employé dans certains cas, comme succédané du sulfate d'ésérine, n'a aucune action curative sur l'ulcère serpigineux. Il faut donc bien se garder d'en faire usage dans ce cas spécial.

En résumé la conduite à suivre en présence d'un ulcère serpigineux de la cornée est la suivante :

1° Débrider les points lacrymaux supérieur et inférieur et irriguer *largâ manu* les voies lacrymales avec une solution antiseptique (solution boriquée à 4 p. 100).

2° Laver les culs-de-sac conjonctivaux avec la solution de sublimé au 1/2000 ;

(1) La solution de sulfate neutre d'ésérine au 1/200 doit être le premier jour *transparente*, *inodore* et *incolore*. Dans les quelques jours qui suivent sa préparation, elle devient rosée, puis rouge. Mais elle doit conserver sa limpidité. Les solutions impures sont troubles, sales, sentent mauvais. Elles sont dangereuses, et activent au contraire la marche des accidents phagédéniques et suppuratifs.

BIU Santé

3° Cautériser toute la surface de l'ulcération à l'aide de la pointe fine du thermo-cautère chauffée à blanc ;

4° S'il y a du pus dans la chambre antérieure, perforer la cornée avec la même pointe, et évacuer le pus ;

5° Instiller dans l'œil malade quatre fois par jour 5 à 6 gouttes d'un collyre au sulfate neutre d'ésérine au 1/200.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique par laquelle l'Académie est informée que l'ambassadeur d'Autriche-Hongrie a exprimé, au nom de son gouvernement, le désir de voir la France envoyer des délégués au Congrès international d'hygiène et de démographie qui doit tenir sa sixième session à Vienne dans le courant du mois de septembre prochain.

La correspondance non officielle comprend: 1° Des lettres de candidature de MM. Alison (de Baccarat), Boissarie (de Sarlat), Paul Fabre (de Commentry), pour le titre de correspondant national ;

2° Des plis cachetés adressés l'un par M. le docteur Bailly (de Chamblay), l'autre par M. Henri Leloir, rentier à Lille, et par M. Henri Leloir, son fils, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Lille, pour être déposé dans les *Archives* (accepté) ;

3° Un travail de M. le docteur Sérieux relatif à l'emploi de l'ophthalmoscopie comme moyen de reconnaître la mort avec certitude. (Comm. MM. Brouardel, Giraud-Teulon et Tillaux) ;

4° Un mémoire de M. le docteur Constan, médecin-major de 1re classe, sur une épidémie de pelade observée au 122e, en 1886. (Comm. des épidémies);

5° Un mémoire intitulé : *Considérations sur l'allaitement de l'enfant nouveau-né*, par Mme Marie Rog, veuve Duc.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Gosselin, un de ses anciens présidents, et fait en quelques paroles émues l'éloge du défunt.

La séance est levée en signe de deuil après cette allocution accueillie par de nombreuses marques d'approbation. L'élection de deux correspondants nationaux qui devait avoir lieu aujourd'hui est renvoyée à la séance prochaine.

Thèses pour le doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de janvier, février et mars 1887.

Champsaur (Adrien) : Des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie dans l'irido-capsulite avec adhérences capsulaires. — Montange (J.-L.) : Etude clinique sur le salol. — Rousselot-Benaud (Émile) : De l'influence des micro-organismes dans la genèse des maladies exotiques. — Perret (A) : Du thorax emphysémateux. — Montel (Michel) : De l'épilepsie infantile.

FORMULAIRE

Lotion contre les démangeaisons. — Vidal.

Hydrate de chloral.....	5 à 10 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise.....	50 —
Eau distillée.....	200 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en lotions, contre les démangeaisons du

©BIU Santé

prurigo. — Dans certains cas, on recourt avec avantage dans le même but à des lotions d'eau chloroformée, contenant 1 gramme de chloroforme pour 100 grammes d'eau distillée. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Espagne. — La Société de gynécologie a fondé un prix de 250 pesetas pour le meilleur travail sur la diphthérie. Les manuscrits seront reçus à Madrid jusqu'au 31 août prochain.

La question pour le prix de l'Académie est : Etude des phénomènes d'inhibition. Les autres questions mises au concours sont les suivantes : Description d'une épidémie survenue sur un des points du territoire Espagnol. — De la nature de la tuberculose et des localités de l'Espagne, des îles Baléares et Canaries où l'on pourrait avantageusement établir un sanatorium pour les phthisiques.

Académie de médecine de Turin. — Cette Académie a mis au concours, pour le prix Riberi (20,000 francs), le sujet suivant. Recherches sur la nature et la prophylaxie d'une ou plusieurs maladies infectieuses de l'homme. Les manuscrits en latin, français et italien seront reçus jusqu'à la fin de 1891. Les travaux imprimés sont également admis.

Etats-Unis. — *Mortalité de New-York en 1886* : 37,330 décès ou 25,94 pour 1,000 habitants, proportion légèrement plus élevée que celle de l'année précédente (25,63). Les maladies les plus importantes comme causes de mort sont :

Diphthérie 1,732, croup 968, typhus abdominal 323, rougeole 677, scarlatine 372, variole 31, coqueluche 574, fièvre jaune 1, inflammation pulmonaire 3,663, phthisie 5,492, diarrhées 3,486, etc.

— La section de climatologie et démographie du 9e congrès international de médecine de Washington a mis à son ordre du jour les questions suivantes : Valeur de la climatologie et de la statistique médicales. — Caractéristiques du climat dans son sens le plus restreint. — Effets et rôle des facteurs climatiques démontrés d'après les chiffres de la mortalité et morbidité. — De l'acclimatement. — Importance et valeur thérapeutiques des sources minérales. — La statistique médicale comme base de la prophylaxie officielle. — Uniformité de la nomenclature médicale au point de vue de la statistique.

Angleterre. — A la Chambre des communes, M. Gardner a demandé au gouvernement s'il ne comptait pas combattre par les inoculations pastoriennes l'épidémie de charbon qui sévissait dans le Cheshire. Le vice-président du Conseil d'agriculture a répondu que les expériences faites avec le virus de Pasteur ne paraissaient pas avoir donné de résultats assez satisfaisants pour engager les fermiers à appliquer ce mode de traitement.

Influence du dernier tremblement de terre de Charleston sur la santé. — Contrairement à son collègue Porcher, le professeur Guitreas (*Med. News*) n'attribue à l'électricité aucune influence. Il divise les effets pathologiques en trois ordres : traumatiques, nerveux, épidémiques.

Parmi les premiers, notons surtout 40 conjonctivites et kératites produites par la chute de débris de chaux et plâtre dans les yeux. — Les effets nerveux ont été hystériformes (ceux causés par la frayeur), ou ont ressemblé aux symptômes du mal de mer : vertiges, vomissements, et même diarrhée ; des lésions plus persistantes se sont affirmées, entre autres, 2 cas de névrites multiples ayant débuté le lendemain du tremblement de terre. Quant au 3e groupe d'effets pathologiques, le docteur Guitréas et ses collègues ont observé, quelques jours avant la catastrophe, une sorte d'influenza avec catarrhe intestinal. La malaria, les avortements, le tétanos des nouveau-nés auraient aussi été plus fréquents à cette époque. — Dr Ch. S.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

CEU Santé

Sommaire

I. Hallopeau : Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — II. E. Grange : Observation de greffe animale à l'aide de la peau de grenouille. — III. Bibliothèque : Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

Hôpital Saint-Louis — M. Hallopeau.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques.

PREMIÈRE LEÇON.

I. Des progrès à réaliser en dermatologie.
II. Du lichen plan, et particulièrement de sa forme atrophique.

I

Messieurs,

Arrivé à ma quatrième année d'exercice dans cet hôpital, je viens remplir un devoir en utilisant pour l'enseignement de la dermatologie, comme l'ont fait mes prédécesseurs et mes collègues, les riches matériaux que m'offre mon service.

Permettez-moi tout d'abord, en commençant ces leçons, de rendre hommage à mon premier maître, à celui qui m'a initié à ces études, à M. le professeur Hardy. Ayant eu la bonne fortune, il y a vingt cinq ans, d'être son externe, j'ai pu profiter pendant une année de son enseignement. Ce qu'il était alors, vous pouvez en juger, vous qui naguère encore l'applaudissiez dans l'amphithéâtre de la Charité, et qui regrettez de ne plus pouvoir l'y entendre; j'en ai gardé, pour ma part, une impression que le temps n'a pas atténuée. Tout récemment, M. Hardy vient de donner le témoignage, par la publication de son beau livre sur les maladies de la peau, qu'il reste un des représentants les plus autorisés de notre école dermato

FEUILLETON

CAUSERIE

A propos du Mont-Oriol, par M. Guy de Maupassant.

L'auteur du livre ci-dessus dénommé est un de ceux dont je lis les œuvres avec le plus de plaisir; puisqu'il est de mode actuellement d'être naturaliste, M. Guy de Maupassant est naturaliste, mais à sa manière, c'est-à-dire qu'il aime à faire des descriptions exactes des choses qu'il voit, mais il a pour moi ce grand charme de ne décrire que des choses propres, le plus souvent, de le faire dans un beau style, correct, français, et avec infiniment d'esprit parisien. Ce n'est pas l'esprit d'Alexandre Dumas, mais heureusement ce n'est pas le naturalisme de Zola.

Mont-Oriol est l'histoire d'une source thermale qui a pris naissance l'an dernier ou l'an prochain, comme vous voudrez, sur les confins des Monts d'Auvergne et de la Limagne, du côté du Mont-Dore. Elle est née d'un cataclysme artificiel, provoqué par un bon paysan qui, voulant se débarrasser d'un rocher qui encombrait un de ses champs, l'a fait sauter à l'aide de la poudre; le rocher vola en éclats, et de sa base jaillit une source ferrugineuse, qu'on reconnut bientôt douée de toutes les propriétés possibles et imaginables. Un spéculateur s'empare de la source, la capte, forme une société d'actionnaires, bâtit des châlets, un casino, un établissement de bains, en un mot tout ce qui

©BIU Santé

logique. Je ne saurais mieux faire que le prendre pour modèle et m'efforcer de suivre sa tradition.

Je dois également l'expression de ma sincère gratitude à mes collègues plus anciens dans cet hôpital, à mes maîtres, MM. Lailler, Vidal, Fournier et Besnier, pour le bon accueil qu'ils ont bien voulu me faire quand je suis venu prendre place au milieu d'eux et pour les excellents avis qu'ils m'ont donnés chaque fois que j'ai eu recours, pour un cas douteux, à leur grande expérience.

Je ne me dissimule pas que l'enseignement des maladies de la peau est en ce moment une tâche difficile en raison de l'obscurité qui règne encore sur la plupart d'entre elles. Bien que leur étude ait fait, dans ces dernières années, d'incontestables progrès, on ne peut nier qu'il n'en reste à accomplir de plus grands encore.

Si, en effet, nous examinons, au point de vue de la pathologie générale, quelles sont les conditions nécessaires pour arriver à connaître complètement une maladie, nous voyons qu'elles sont multiples; il faut : 1° s'en bien représenter les caractères cliniques: 2° en déterminer les lésions et le mécanisme physiologique; 3° en découvrir les causes et la pathogénie. Examinons dans quelle mesure ces conditions sont réalisées pour les maladies de la peau. Leurs *caractères cliniques* commencent à être bien étudiés; leurs formes diverses ont été soigneusement décrites; le beau musée que nous devons à l'initiative de M. Lailler, à la bienveillante générosité de l'Administration et au talent inimitable ainsi qu'au zèle infatigable de notre grand artiste, M. Baretta, en représente les principaux types avec une frappante vérité: c'est la nature même prise sur le fait. Néanmoins, les causes capables de modifier l'état de la peau et les modes de réaction des différents sujets sont tellement variés que chaque année amène encore la découverte de nouvelles formes d'éruption; l'on voit, fait remarquable, les médecins qui ont vieilli dans ces études, se trouver assez souvent encore en présence d'éruptions qui se présentent pour la première fois à leur observation; vous en aurez sous les yeux un exemple dans le cours même

---

constitue une station thermale, et voilà Mont-Oriol créé, baptisé et en plein rapport. Pour donner quelque attrait au roman, M. Guy de Maupassant a entremêlé les spéculations du mari des amours de la femme; mais comme cela n'a rien de médical, je glisse; je n'appuierai que sur les points du livre où l'auteur parle des médecins. Ce que nous y sommes arrangés! Quand je dis nous, c'est une manière de parler, car ce n'est pas de moi qu'il s'agit, de vous non plus, j'aime à le croire, chers lecteurs, mais de quelques médecins seulement.....; il faut penser que M. de Maupassant a bien mauvaise opinion des médecins en général, car il les ridiculise d'une jolie façon.

Il se trouve à Mont-Oriol cinq médecins, dont trois venus d'une station voisine, Enval, dont ils faisaient le plus bel ornement. C'était d'ailleurs à peu près tout ce qu'ils y faisaient, avec beaucoup de médisance probablement. Ces trois confrères étaient : le docteur Bonnefille, qui avait inventé Enval quelques années auparavant; le docteur Honorat, un Auvergnat, sur son terrain par conséquent, et le docteur Latonne, de Paris. « Une haine farouche avait éclaté aussitôt entre le docteur Latonne et le docteur Bonnefille, tandis que le docteur Honorat, gros homme propre et bien rasé, souriant et souple, avait tendu sa main droite au premier, sa main gauche au second, et demeurait en bons termes avec les deux. Mais le docteur Bonnefille dominait la situation par son titre d'inspecteur des eaux et de l'établissement thermal d'Enval-les-Bains. »

A Mont-Oriol, tout est changé. Les trois confrères ont d'abord fait un pas de clerc, par suite d'une fausse manœuvre de leur client, le spéculateur, et de son beau-père; l'un veut faire soigner sa femme par le docteur Latonne et l'autre sa fille par le docteur

SBIU Santé

de cette leçon. Nous pouvons dire cependant que le principal est fait dans cette direction, grâce à nos devanciers et à nos contemporains; il ne reste qu'à compléter leur œuvre en continuant à observer et à décrire avec une minutieuse exactitude les faits qui se présentent à l'observation.

L'étude *anatomique et physiologique* des affections cutanées est beaucoup moins avancée. C'est seulement dans ces dernières années que les perfectionnements de la technique microscopique et la pratique des biopsies ont permis d'arriver, pour un certain nombre d'entre elles, à des résultats précis, mais ils sont pour la plupart encore bien incomplets, et cependant la dermatologie ne peut être sans eux constituée à l'état de science. On peut affirmer qu'à chaque forme clinique correspond une lésion spéciale, et ces formes varient presque indéfiniment. Il faut déterminer non seulement quels éléments de la peau sont primitivement et secondairement intéressés, mais aussi comment ils le sont et quelle est la nature de la dégénérescence qu'ils ont subie; ces dégénérescences sont très diverses et incomplètement connues. C'est cependant sur la connaissance précise des lésions que l'on peut baser la distinction des divers processus auxquels sont liées les affections et arriver à les prendre pour base de la nomenclature; nous n'en sommes pas là; la tentative qu'a faite récemment dans cette direction le regretté professeur Auspitz (de Vienne) est là pour en témoigner. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que le lichen plan, dont nous allons nous occuper, est classé par lui parmi les parakératoses, c'est-à-dire parmi les troubles dans la nutrition de la couche cornée, alors que la plupart des histologistes en localisent les lésions essentielles dans le corps papillaire.

L'étude des *causes* a fait un progrès des plus considérables, dans ces dernières années, sous l'influence de Pasteur et de son école; une ère nouvelle s'est ouverte; le champ du parasitisme cutané, dont on doit à Bazin et au professeur Hardy d'avoir établi l'importance après la découverte de l'*acarus scabiei* et des champignons générateurs des teignes, s'agrandit chaque jour; déjà nous connaissons les agents infectieux de la tuberculose, de la lèpre, de la morve, du rhino-sclérome, de la pustule maligne, du bouton

---

Bonnefille; les deux médecins l'apprennent et se retirent, puis le troisième décline tout offre de service; mais arrive la prospérité pour Mont-Oriol et la déveine pour Enval, et tous trois accourent se mettre à la disposition du spéculateur, M. Andermatt, qui fait nommer inspecteur le premier revenu à de meilleurs sentiments, le docteur Latonne. Quelle critique de l'inspectorat!

Les deux médecins qui complètent le corps médical de Mont-Oriol étaient : l'un, un Italien, bel homme, venu avec une famille espagnole, le duc et la duchesse de Ramas; il était surtout attaché à la duchesse dont il surveillait avec minutie le régime pour conserver à sa taille sa finesse et à sa chevelure son brillant et son abondance; de plus, il massait dans la perfection, disaient la duchesse et tout le personnel féminin de Mont-Oriol; — l'autre, un tout petit homme, presque un nain, le docteur Black, dont la grosse tête enfoncée entre les épaules, les gros yeux ronds et les grosses mains faisaient un être très bizarre, et qui s'était tout de suite fait remarquer par son excessive dévotion. » Celui-là était aussi adoré des dames, mais des vieilles, avec qui il avait des « façons de prêtre qui confesse. » Il écoutait leurs histoires jusqu'au bout sans les interrompre, prenait note de toutes leurs observations, de toutes leurs questions, de tous leurs désirs. Le docteur italien, au contraire, interrogeait beaucoup ses jeunes clientes; il leur faisait des questions, mais des questions..... très indiscrètes, effrayantes; il voulait savoir des choses, mais des choses..... sur leurs maris..... avec des détails..... si personnels.....; mais on comprenait bien que c'était nécessaire.....

Maintenant que voilà nos confrères dépeints avec tous leurs défauts, ce n'est pas fini;

©BIU Santé

de Biskra et de l'érysipèle; les vraisemblances sont, pour la syphilis, en faveur du bacille de Lustgarten, et tout récemment de Luca paraît avoir découvert le microbe du chancre mou, car il l'a cultivé et il a reproduit l'affection par l'inoculation du produit de culture. On peut prévoir que ce n'est là qu'un commencement, car il n'est guère douteux que nombre d'autres dermatoses ne soient d'origine microbienne.

Pour faire complètement l'étude de ces parasites, il faut non seulement arriver à en déterminer les caractères histologiques et leur reconnaître le pouvoir de reproduire la maladie après culture, mais aussi en établir le mode d'action. M. Bard s'est attaché tout récemment à mettre en fait que chacun d'eux s'adresse toujours à un même élément et provoque chez lui un travail comparable à une fermentation; ce travail diffère pour chaque microbe : « Pour chaque parasite, la fermentation est typique dans son mode dégénératif, elle porte sur un élément cellulaire, toujours le même; cette spécificité d'action du parasite sur une espèce cellulaire est précisément la raison d'être et l'explication de la localisation de la maladie dont il est l'agent. La spécificité des cellules se retrouve dans toute leur histoire biologique, dans toutes les modalités de leurs réactions spécifiques. » Ainsi donc un microbe doué de propriétés spécifiques s'attaque à des éléments également spécifiques et de leur conflit résulte le processus morbide qui caractérise l'affection.

La notion de cette réaction spécifique des éléments cellulaires peut être appliquée à des modificateurs autres que les parasites et particulièrement aux poisons; on se rend compte ainsi de l'action spécifique de divers alcaloïdes toxiques sur certains éléments nerveux; on s'explique les effets pathogénétiques de l'iode, du mercure, du brome et du copahu; la même interprétation doit être, selon toute vraisemblance, étendue aux poisons qu'engendre l'organisme et qui ont été étudiés par Gautier, Selmi, Brouardel et Bouchard sous les noms de ptomaïnes et de leucomaïnes. Ces produits diffèrent, au moins dans leurs proportions et leur mode de désassimi-

---

il y a encore trois professeurs de la Faculté de médecine de Paris, portraiturés trop vaguement sous les noms de Cloche, Mas-Roussel et Rémosot, pour qu'on puisse les reconnaître, heureusement, et qui n'y jouent pas un trop beau rôle; moyennant finances, ils ont assuré leur concours à la réussite de l'œuvre et ont apporté chacun un contingent de deux ou trois cents malades au moins au nouvel établissement. Grand bien leur fasse! Mais qui peuvent bien être ces trois professeurs?

Il y a des épisodes charmants dans ce livre, par exemple ceux qui ont trait à ce vieux malingreux, paralytique le jour, braconnier la nuit, et très ingambe, qu'on veut guérir de sa paralysie et qui se fait payer fort cher les bains qu'il se fait administrer. Mais quand il est guéri, quelle réclame pour Mont-Oriol! La saison finie, le malingreux, n'étant plus payé, redevient plus paralytique que jamais et crie bien haut que les eaux lui ont fait bien plus de mal que de bien. Mais à la saison suivante, de nouveaux subsides pécuniaires amènent une nouvelle guérison; manière très habile de dire aux clients : si vous êtes repris chaque hiver, nous vous guérissons chaque été, et surtout voyez combien il est nécessaire de continuer le traitement plusieurs années de suite!

Les appareils de gymnastique imaginés pour faire faire sur place aux malades les mouvements de la marche, de l'équitation, de la natation et du canotage sont de vraies trouvailles; les patients sont attachés sur des fauteuils à jambes de bois, des chevaux de bois à membres articulés qu'on fait mouvoir à l'aide d'engrenages répondant à des manivelles, et les malades marchent ou courent, assis dans leur fauteuil, vont au pas ou au galop, hissés sur leurs chevaux de bois, suivant la rapidité des mouvements im-

©BIU Santé

lation, mais sans doute aussi dans leurs propriétés, chez chaque sujet, et chez le même sujet, aux différentes périodes de son existence.

Il faut tenir compte de ces faits lorsque l'on cherche à s'expliquer l'influence des *diathèses*.

Cette influence, niée par l'école de Vienne, ne nous paraît pas contestable. Certains sujets, par exemple, sont manifestement prédisposés à la migraine, à l'asthme, aux varices, aux arthropathies, à la dyspepsie, et à diverses dermatoses ; on les dit arthritiques ou herpétiques ; il existe chez eux un trouble nutritif, acquis ou héréditaire, qui les fait réagir autrement que des individus sains. En quoi consiste ce trouble ? on l'ignore ; peut-être faut-il invoquer la genèse, dans leur organisme, de produits différents de ceux qui appartiennent aux sujets normalement constitués.

Il résulte de ces faits que les progrès de la dermatologie sont nécessairement associés aux travaux de laboratoire en même temps qu'à la clinique ; il nous faut faire, pour les réaliser, de l'histologie, de la chimie biologique et de la bactériologie.

L'administration a bien voulu nous donner l'installation et les instruments nécessaires à ces études, nous lui en exprimons notre sincère reconnaissance.

Dans cette première série de leçons, nous nous efforcerons d'exposer l'état actuel de la science, en étudiant les principaux types cliniques, non sans faire connaître les faits nouveaux qui se présenteront à notre observation.

(*A suivre.*)

Observation de greffe animale à l'aide de la peau de grenouille

Par le docteur E. Grange, lauréat de la Faculté de médecine,
Ex-directeur-adjoint du laboratoire d'histologie zoologique de l'Ecole des hautes études.

Le 13 avril 1885, j'avais à soigner le jeune H..., âgé de 6 ans, habitant Avernes (Seine-et-Oise) qui, en jouant, eut le pied droit pris par les bou-

---

primés aux manivelles. Mais on pouvait remarquer qu'après l'exercice les cavaliers n'avaient pas chaud, tandis que les tourneurs de manivelle étaient en sueur. Qui des deux en avait le plus profité?

Quand à la natation — sèche — un système de planchettes mobiles vissées ensemble par leurs extrémités et par leurs centres, s'allongeant en losanges ou se refermant en carrés comme ces jeux d'enfants qui portent des soldats piqués, permettait de garrotter et d'écarteler trois nageurs en même temps. »

Moins ingénieuse est la consultation fantaisiste et fantastique rédigée par l'un de ces messieurs. Le docteur Bonnefille écrivait, et les potions, les pilules, les poudres qu'on devait prendre à jeun, le matin, à midi, ou le soir, se suivaient avec des airs féroces. On croyait lire :

« Attendu que M. X. est atteint d'une maladie chronique, incurable et mortelle :

« Il prendra : 1° du sulfate de quinine qui le rendra sourd et lui fera perdre la mémoire ;

« 2° Du bromure de potassium, qui lui détruira l'estomac, affaiblira toutes ses facultés, le couvrira de boutons et fera fétide son haleine ;

« 3° De l'iodure de potassium aussi, qui, desséchant toutes les glandes sécrétantes de son individu, celles du cerveau comme les autres, le laissera, en peu de temps, aussi impuissant qu'imbécile ;

« 4° Du salicylate de soude, dont les effets curatifs ne sont pas encore prouvés, mais

©BIU Santé

lons d'un arbre de couche et fut entraîné par le mouvement. Trois orteils étaient broyés avec leurs métacarpiens, je dus les enlever.

Une fracture de cuisse au tiers inférieur et deux fractures de jambe compliquaient la situation. L'enfant présentait à la cuisse une vaste perte de substance cutanée et muqueuse longue de 8 centimètres sur 5 de large. Le 19 avril j'avais occasion de montrer mon petit malade à notre confrère le docteur Jarjavay qui fut d'avis d'amputer.

Devant le refus catégorique de la famille nous appliquâmes faute de mieux un pansement ouaté et notre confrère ne nous cacha pas qu'il croyait l'enfant perdu. Quelques jours après je dus enlever le pansement ouaté, et après avoir refait un appareil plâtré pour les fractures du membre, je ne me servis plus que du pansement de Lister à l'acide phénique. Dès lors tout rentra dans l'ordre et les fractures se consolidèrent.

Le 1er juin 1885, les plaies de la cuisse et du pied ne se cicatrisant pas, je voulus prendre sur mon malade des greffes de peau. Devant l'opposition de la famille, je dus y renoncer, c'est alors que me revint à la mémoire une conversation de notre regretté maître Paul Bert à propos des qualités respiratoires de la peau de grenouille et des essais qu'on pourrait faire pour en transplanter des lambeaux sur l'homme. Le père de mon malade me chercha des grenouilles et le 4 juin je pus appliquer sur la plaie de la cuisse et sur celle du pied des lambeaux pris sur le ventre (comme moins coloré) de *rana esculenta*.

Les plaies bien détergées, non saignantes, les lambeaux disséqués sous l'eau légèrement phéniquée (à cause de leur minceur) à l'aide d'un bistouri tranchant obliquement dans la peau, sont appliqués avec un pinceau large sur les plaies humectées par un lavage à l'eau phéniquée faible, puis couverts de morceaux de papier huilé et phéniqué, couvert de gaze phéniquée maintenue humide à l'aide de ouate hydrophile trempée de solution faible qu'on renouvelle de temps à autre pour que tout le pansement reste humide. Quatre jours après nous constatons à travers la gaze phéniquée que les plaies bourgeonnent autour des greffes, nous nettoyons les plaies à

---

qui semble conduire à une mort foudroyante et prompte les malades traités par ce remède;

« Et concurremment : du chloral qui rend fou, de la belladone qui attaque les yeux, de toutes les compositions minérales qui corrompent le sang, rongent les organes, mangent les os et font périr par le médicament ceux que la maladie épargne. »

Cette charge serait risible si elle avait un fond d'exactitude, si elle n'était, comme toutes les charges, que l'exagération d'un défaut; mais, si le sulfate de quinine rend sourd, il ne fait pas perdre la mémoire, et si de l'iodure ou du bromure l'un fait pousser des boutons, c'est l'iodure et non le bromure, et si l'un rend impuissant, c'est le bromure et non l'iodure; le salicylate ne tue pas les malades et le chloral ne rend pas fou — alors, la charge, n'ayant plus d'objet, tache inutilement le roman de M. Guy de Maupassant, tout comme la jolie Mme Andermatt accusait le docteur Bonnefille d'être si sale, qu'il avait taché son porte-plume en écrivant l'ordonnance susdite.

J'ai réservé pour la fin une perle : c'est le crayon dermographique à trois becs du docteur Latonne. Celui-ci fait de la plessimétrie, de l'organométrie; il fait revêtir à sa malade un peignoir blanc, sur lequel il dessine, avec son crayon à trois becs, un rouge, un bleu, un noir, les organes, après auscultation et percussion.

Ce crayon à trois becs m'a fait rêver; jusqu'alors je n'avais vu que deux becs à nos crayons, où peut bien être le troisième? Il y a une vingtaine d'années, nous avons fait connaissance avec le *Canard à trois becs*. Ce crayon serait-il de la même famille? Du temps de Molière, il y avait encore un nommé Maître Jacques qui avait trois mains, la

©BIU Santé

l'aide de pulvérisations prolongées et nous rétablissons le même pansement. Le 12 juin les greffes paraissent solides et la cicatrisation marche rapidement. A la fin de juin les plaies étaient cicatrisées et l'on ne voyait plus aucune trace de coloration provenant des matières pigmentaires contenues dans la peau de grenouille. Le 6 juillet l'enfant, définitivement guéri, reprenait le chemin de l'école, et depuis la guérison s'est maintenue ainsi que vient de le constater depuis que nous avons quitté le pays, notre excellent confrère le docteur Jeanne, de Meulan.

De cette observation ressort pour nous l'utilité d'un procédé de restauration de la peau, dont on a peu d'exemples et qui peut rendre de grands services.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), par le docteur A. Florand, ancien interne des hôpitaux. (Thèse de Paris, 1887.) — G. Steinheil, éditeur.

M. le professeur Charcot, qui, dès 1865, faisait connaître l'indépendance nosologique de la sclérose latérale amyotrophique et en a sans cesse, depuis cette époque, perfectionné la description, signalait, dans une de ses dernières publications sur cette maladie, l'opportunité d'en étudier certaines formes frustes. M. A. Florand a entrepris de combler cette lacune. Dans l'excellente dissertation inaugurale qu'il vient de soutenir brillamment, notre collègue s'est proposé de montrer qu'il existe à côté du type Charcot des types incomplets qui ne peuvent que mieux prouver l'indépendance de la sclérose latérale; il a cherché aussi à mettre en lumière les relations intimes qui unissent la paralysie bulbaire à la sclérose latérale; relations tellement intimes que, d'après lui, paralysie bulbaire et sclérose latérale amyotrophique ne font qu'une seule et même maladie, la première rentrant dans le cadre de la seconde pour en constituer une forme incomplète.

L'auteur commence par réfuter l'opinion de Leyden, qui seul a protesté contre la création de l'entité nosographique proposée par M. Charcot, prétendant que les cas de

---

droite, l'autre, et puis l'autre; M. Guy de Maupassant n'a plus rien à envier à ses illustres prédécesseurs, il a maintenant son crayon à trois becs!

Pourquoi ridiculiser les médecins, cher et spirituel écrivain? Laissez-les faire; ils se chargent bien eux-mêmes de la besogne (entre eux, ce qui ne les choque pas). S'ils voulaient vous rendre la pareille, vous voyez que cela serait facile. Richelieu ne demandait que quatre lignes de l'écriture d'un homme pour le faire pendre, et *Mont-Oriol*, à ma connaissance, fait déjà votre dixième volume!

Pardonnez à votre admirateur, Simplissime.

Eau de table pour les diabétiqtes. — Martineau.

Dans le globe supérieur d'un appareil à eau de Seltz, de la contenance d'un litre, on introduit un paquet de 15, 20, ou 30 centigrammes de carbonate de lithine. On y ajoute une cuillerée à bouche de la solution ci-dessous : Arséniate de soude, 20 centigrammes; eau distillée, 500 grammes. — Cette eau lithinée arsenicale est prise par le diabétique, aux repas et dans l'intervalle des repas. — Sous l'influence de cette boisson, la glycosurie diminue, la quantité d'urine rendue est moindre ; la soif et la faim exagérées disparaissent simultanément, ainsi que la faiblesse musculaire. On a moins de chances, par suite, de voir survenir les complications d'anthrax et de pneumonie.

N. G.

©BIU Santé

sclérose amyotrophique peuvent être tous rattachés soit à l'atrophie musculaire, soit à la paralysie bulbaire; puis il rappelle l'anatomie normale, le développement et la physiologie du faisceau pyramidal, afin de permettre au lecteur de mieux comprendre les lésions anatomiques dont ce faisceau est le siège sur les différents points de son long parcours, depuis les grandes cellules pyramidales de la substance grise de l'écorce cérébrale jusqu'aux cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. Dans cette partie de son étude, l'auteur rend particulièrement hommage aux importants travaux de M. P. Marie sur les lésions encéphaliques de la sclérose latérale.

M. Florand esquisse ensuite à grands traits la description symptomatique du type fondamental, tel que M. Charcot l'a présenté au public médical. « Parésie progressive de certains muscles suivie bientôt d'atrophie, et le plus souvent de contracture de ces muscles ou de phénomènes analogues à cette contracture, tels sont les phénomènes qui traduisent d'une façon générale la sclérose latérale amyotrophique. » Début habituel par les membres supérieurs, la parésie étant le plus souvent précédée de sensations douloureuses soit locales, soit rachidiennes; bientôt raideurs, puis contractures et atrophie plus ou moins rapide de quelques-uns des muscles. Conservation et même souvent exagération des réflexes tendineux. Conservation relative de la contractilité électrique des muscles atrophiés. Distinction entre les contractures vraies et les rétractions tendineuses qui peuvent les simuler. Envahissement des membres inférieurs; marche spasmodique avec pieds en varus équin. Ultérieurement, apparition de la parésie, de la contracture et de l'atrophie des muscles du cou et de la nuque. Puis, phénomènes bulbaires; gêne dans les mouvements des lèvres, de la langue et du gosier; facies atone ou pleurard. Enfin, si aucune complication intercurrente n'a enlevé le malade, mort par troubles cardiaques ou dyspnéiques dus aux lésions des origines du pneumogastrique.

A propos de l'étude des réflexes, M. Florand insiste sur un phénomène encore peu connu, le réflexe du menton (chin-reflex) ou réflexe massetérin (jaw-jerk), ou phénomène de la mâchoire inférieure (Rybalkine); quelques auteurs anglais et américains ont attiré particulièrement l'attention sur ce signe dans ces derniers temps; depuis longtemps, on le connaît et on le recherche à la Salpêtrière. On presse, au moyen d'une règle ou d'un couteau à papier, sur les canines et petites molaires inférieures; si on frappe alors la règle avec le marteau à percussion, on obtient une contraction des masséters avec soubresauts de la mâchoire inférieure. Il suffit quelquefois de percuter directement avec le marteau la mâchoire de l'un ou de l'autre côté du menton. Très prononcé dans les cas de paralysie bulbaire, constamment exagéré dans la sclérose latérale, le réflexe mentonnier l'est également chez la plupart des fébricitants, et Beevor se demande si l'on ne doit pas voir dans le claquement de dents produit par le froid une exagération passagère de la réflectivité massétérine.

En se basant sur la similitude des lésions anatomiques et sur l'analogie encore plus complète des symptômes, M. Florand se déclare partisan de l'opinion qui ne voit dans la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne que la forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique, opinion professée par M. Vulpian, admise par MM. Déjérine, Charcot et Marie. En outre, à côté de la forme commune ou médullaire (type Charcot) et de la forme bulbaire, il y a lieu d'admettre des formes atténuées et frustes, constituées par un assemblage très différent de quelques-uns des symptômes propres à la forme commune, ces symptômes pouvant à leur tour être plus ou moins modifiés.

Après avoir signalé l'obscurité de l'étiologie, étudié avec grand soin la pathogénie et établi le diagnostic avec l'hystérie, l'atrophie musculaire myélopathique du type Aran Duchenne, la myopathie atrophique de Landouzy et Déjérine, la sclérose en plaques, les tabes spasmodiques et la pachyméningite cervicale hypertrophique, M. Florand termine par la constatation de l'impuissance thérapeutique cette intéressante monographie qui lui assigne une place des plus honorables parmi les neuropathologistes.

P. Le Gendre.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. le vice-président Janssen annonce à l'Académie que son président, M. Gosselin, est mort le 30 avril. Il était né, à Paris, le 16 juin 1815, et avait succédé, en 1874, à Nélaton, comme membre de l'Académie des sciences. M. Gosselin a recommandé expressément qu'aucun discours ne fût prononcé à ses obsèques. Pour respecter la volonté du défunt, M. Janssen se borne à rappeler les situations occupées par l'éminent confrère qui n'est plus, à énumérer toutes ses qualités et à dire les regrets unanimes que provoque sa perte.

M. le secrétaire perpétuel Vulpian ajoute quelques paroles émues au nom de ses collègues de la Faculté de médecine.

En signe de deuil exceptionnel, il n'est pas donné lecture de la correspondance, et la séance est levée immédiatement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Présentations. — L'amygdalotomie sous le chloroforme. — Rapports sur diverses observations. — Entérotomie dans l'étranglement interne. — Observation de trachéotomie sous le chloroforme. — Ostéotomie dans un cas de genu valgum.

M. le président Lannelongue présente, de la part de M. le docteur Motais (d'Angers), un volume intitulé : *De l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des animaux vertébrés.*

— M. Polaillon présente, de la part de M. le docteur Chassinat (d'Hyères), une brochure intitulée : *L'ongle incarné guéri sans opération.*

— M. Henri Cazin (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant, adresse, à l'occasion de la discussion sur la trachéotomie et l'amygdalotomie sous le chloroforme, une lettre dans laquelle il croit devoir rappeler que le professeur Parise (de Lille) avait l'habitude, pendant trente ans de sa carrière chirurgicale, de pratiquer sous le chloroforme l'excision des amygdales chez les enfants. A l'exemple de ce chirurgien, M. Cazin a pratiqué lui-même cette opération sans jamais voir survenir d'accidents.

— M. Polaillon fait un rapport sur une série d'observations adressées par M. le docteur Ferret, chirurgien de l'hôpital de Meaux, observations dont voici les titres : 1° Taille articulaire pour l'extraction d'un corps étranger du genou. — 2° Opération de hernie inguinale étranglée; castration; guérison. — 3° Deux cas d'opération de Le Fort pour des chutes de l'utérus. — 4° Cas de pyométrite après accouchement difficile ayant nécessité l'emploi des instruments; guérison. — 5° Note sur un cas de fracture indirecte de la base du crâne et sur son mode de production.

— M. Polaillon fait un rapport verbal sur une observation adressée par M. le docteur Resseguier sous le titre suivant : *Fibrome utérin compliquant une grossesse et ayant amené la mort par asphyxie.*

— M. Verneuil communique plusieurs observations d'entérotomie dans l'étranglement interne, suivie de succès.

Dans la première observation, il s'agit d'une dame de 52 ans. Le 8 avril dernier, constipation, accroissement du volume du ventre avec coliques intenses qui vont en augmentant les jours suivants et arrachent à la malade des cris déchirants, malgré les lavements, les purgatifs, les douches intestinales avec l'eau de Seltz, l'électrisation, etc. M. Louis Thomas, qui soignait la malade avec un de ses collègues de l'Ecole de Tours, appela M. Verneuil en consultation.

Arrivé le 14 avril, le septième jour après le début des accidents, M. Verneuil, après avoir agité la question du choix entre la laparotomie et l'entérotomie, se décida à faire d'abord l'ouverture de la paroi abdominale, sauf à agir ensuite selon les circonstances

©BIU Santé

Le lieu d'élection était désigné en quelque sorte par la présence, à la partie latérale gauche de l'abdomen, d'une tuméfaction vague au niveau de laquelle toute exploration provoquait de très vives douleurs.

M. Verneuil pratiqua donc, à ce niveau, le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, une incision de peu d'étendue, par laquelle il introduisit son doigt dans la cavité abdominale, et il se livra à une exploration aussi large que la longueur de son doigt pouvait le lui permettre. Il ne découvrit ni brides, ni adhérences, ni accumulation de matières. Il eût donc fallu agrandir la plaie abdominale et y introduire la main pour pouvoir explorer toute la cavité. M. Verneuil préféra pratiquer un anus artificiel. Il sortit des gaz et une petite quantité de matières. Un pansement antiseptique fut appliqué sur la plaie abdominale.

Le résultat de cette opération fut la cessation instantanée et définitive des douleurs; la nuit fut excellente; la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°; il y eut un sentiment de bien-être absolu.

Le lendemain, la fièvre était tombée complètement, le pouls était à 80 et la température à 37°4.

Le troisième jour eut lieu par les voies naturelles l'expulsion d'un corps étranger de forme bizarre; en l'examinant de près, on reconnut qu'il était formé par un amas énorme de peaux et de pepins de figues. La malade rendit encore à diverses reprises une quantité considérable de ces peaux et de ces pepins de figues dans les selles qui avaient lieu par les voies naturelles, rien ne passant par l'anus artificiel. Les dernières nouvelles reçues par M. Verneuil annoncent que l'opérée continue à bien aller et que l'anus artificiel est aujourd'hui revenu sur lui-même. On pourra facilement en pratiquer plus tard l'oblitération.

M. Verneuil rapproche cette observation d'un cas analogue qu'il a opéré il y a quelques années. Il s'agit d'une jeune femme qui avait éprouvé antérieurement des symptômes de péritonite pelvienne et qui fut prise, un jour, tout à coup, d'accidents d'étranglement interne. Pensant à la possibilité d'une bride dans le petit bassin, à cause de la péritonite ancienne, M. Verneuil incisa la paroi abdominale pour aller à la recherche de l'obstacle. Il ne trouva rien et dut se contenter de faire l'entérotomie; la malade succomba quelques jours après. M. Verneuil pense que les manœuvres auxquelles il dut se livrer à cette occasion eurent leur part dans l'issue funeste.

Dans une autre observation, il s'agit d'une femme de 50 ans ayant une obstruction intestinale, consécutive à l'existence d'un fibrome utérin qui remplissait toute la cavité du petit bassin et y avait contracté de nombreuses et fortes adhérences.

Ne pouvant pratiquer l'extirpation de la tumeur, M. Verneuil dut recourir à l'anus artificiel. Il le pratiqua sur l'S iliaque, bien qu'il pût sembler préférable d'ouvrir le cœcum, ainsi que le veulent quelques chirurgiens. L'anus iliaque avait l'avantage de ne pas laisser entre le cœcum et l'obstacle un long segment d'intestin très difficile à débarrasser des matières.

L'opération eut pour résultat de faire cesser immédiatement les angoisses. Deux jours se passèrent sans modification du côté de l'intestin; mais le troisième jour se manifestèrent des envies d'aller à la garde-robe, et avec le secours d'un lavement à la glycérine, il se produisit une évacuation d'un bol fécal dur comme du mastic et dont l'expulsion peut être comparée à une sorte d'accouchement. Depuis lors il n'est survenu aucun accident; l'apyrexie a été complète, le soulagement absolu et durable, avec retour de l'appétit et du sommeil.

Dans un troisième cas, chez une malade que l'on croyait atteinte de cancer des reins et de la rate et qui avait en réalité une tumeur cancéreuse ou enchondromateuse de la fosse iliaque gauche, M. Verneuil a pratiqué également un anus artificiel sur l'S iliaque, pour remédier à des accidents menaçants d'obstruction intestinale. Il se fit, à la suite, comme une sorte de résurrection, mais la malade succomba quelques mois après aux progrès de la tumeur maligne.

Conclusions : Comme il s'agit ici d'un accident grave qui compromet la vie à bref délai, et dont la cause est souvent ignorée et le diagnostic incertain, il semble à M. Verneuil que le chirurgien doit s'occuper avant tout de l'obstruction intestinale et

©BIU Santé

préférer l'anus artificiel à la laparotomie. On donne issue par ce moyen aux gaz et aux liquides et on fait cesser les accidents. Plus tard, on n'aura plus qu'une petite fistule stercorale à oblitérer.

— La discussion sur la communication de M. Verneuil est mise à l'ordre du jour de la séance prochaine.

— M. le docteur Castex lit une observation de trachéotomie sous le chloroforme.

— M. Doyen (de Reims) lit une observation de genu valgum traité avec succès par l'ostéotomie. — A. T.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le Congrès international de médecine a Washington en septembre. — Le *Journal of the American medical Association* du 19 mars 1887 donne les renseignements suivants qui peuvent être utiles à nos lecteurs : Le Comité d'organisation, que préside le docteur Garnett, 1319, avenue de New-York, à Washington, a pris des mesures bienveillantes en faveur des membres du Congrès, tant au point de vue des logements qu'au point de vue des lignes de paquebots. Et d'abord, voici les tarifs des principaux hôtels et maisons meublées de Washington :

The Arlington Hôtel, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour.
Riggs House, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour.
Willard's Hôtel, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour.
Metropolitan Hôtel, 3 dollars par jour.
National Hôtel, 3 dollars par jour.

On sait que le dollar américain représente cinq francs de la monnaie française. Les prix ci-dessus énoncés comprennent non seulement le logement, mais encore la nourriture, l'éclairage, etc. D'autres hôtels, aménagés à l'européenne, c'est-à-dire ne donnant que le logement, fourniront des chambres à raison de 1 à 2 dollars par jour. Des maisons meublées de première classe offriront des chambres pour 1 dollar à 1 dollar 50.

Depuis les renseignements qui ont été publiés antérieurement, le Comité a fait savoir que, outre les vapeurs transatlantiques indiqués déjà, la ligne *Nord German Lloyd* a fixé, pour les membres du Congrès et leurs familles, le prix du voyage de Brême à New-York et retour, à la somme de 187 dollars 50, et que la ligne *Cunard* consent à réduire ses prix habituels de 10 p. 100.

Le *Albaugh's* et le *National Théâtre*, ainsi que le *Willard's Hall* ont été retenus pour les usages du Congrès. Le Hall de Willard sera le *quartier général*, ou centre de réunion, et le siège du bureau d'inscription.

Le Congrès des Etats-Unis, avant de se séparer, a voté 10,000 dollars (50,000 francs) pour subvenir aux frais nécessaires du Congrès médical. — R.

Austro-hongrie. — Les dates de la réunion du 6e Congrès international d'hygiène de Vienne sont enfin fixées. Le Congrès s'ouvrira le 26 septembre prochain pour prendre fin le 2 octobre.

— Le *Klinische Zeit- und Streitfragen* (Actualités et controverses cliniques), nouveau journal fondé tout récemment à Vienne par le professeur Schnitzler, vient de faire paraître son second numéro. Il contient un remarquable article du professeur H. Obersteiner sur la valeur clinique et l'influence mondaine de l'hypnotisme.

— Le privat-docent Riéger est nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Wurtzbourg.

Belgique. — Mardi 26 avril, la Société Royale de médecine publique de Belgique fêtait son dixième anniversaire. Le roi assistait à la séance solennelle.

— A Dorpat, vient de se constituer un comité ayant pour but d'étudier les moyens et mesures à prendre pour combattre la lèpre qui sévit dans les provinces de la Baltique.

©BIU Santé

— En Hollande auront lieu :

1° Les 4 et 5 juillet prochain, l'assemblée générale de l'Association pour l'avancement des sciences médicales.

2° Le Congrès général de médecine et de physique qui se tiendra à Amsterdam dans les premiers jours de septembre.

Une enfant de 77 ans. — Vient de mourir à New-York, Miss Caroline Tebass ayant conservé jusqu'à 77 ans l'aspect extérieur, le physique et les allures d'une enfant. Elle s'était développée normalement jusqu'a 12 ans, puis tout accroissement s'arrêta. L'autopsie a démontré que la conformation de son corps était réellement celle d'une fille de 12 ans.

Ce n'est certes pas la première fois qu'on observe de pareils arrêts de développement, mais jusqu'ici ces individus disgraciés n'avaient pas dépassé 30 ans. Ce fait exceptionnel démontre donc qu'un arrêt dans la croissance n'implique pas forcément une mort prématurée.

Suisse. — On s'occupe activement en Suisse de réunir à Berne une conférence, à l'effet d'étudier l'opportunité et les moyens d'interdire aux journaux la publication d'ordonnances touchant les remèdes secrets, les médicaments dits de spécialité, ainsi que les traitements par correspondance. — Ch. S.

Vienne. — Le 6e congrès international d'hygiène et de démographie s'ouvrira par une assemblée générale dans laquelle M. le professeur Brouardel parlera du *mode d'extension de la fièvre typhoïde*, et M. le professeur Pettenkoffer de l'*hygiène* dans les Facultés de médecine et les Ecoles techniques supérieures.

Dans l'assemblée générale de clôture, M. le professeur Corradi prendra pour sujet de l'*anthropologie et d'hygiène à travers les âges*, et M. le professeur Inama V. Sternegg *les principales modifications survenues dans la population européenne depuis mille ans.*

— A l'Université de Vienne, on compte pour le semestre d'été dans la section médicale, 2,318 auditeurs réguliers et 675 auditeurs extraordinaires, ce qui représente une augmentation de 320. Les étrangers, au nombre de 312, comprennent 95 Américains, 33 Allemands, 13 Suisses, 30 Anglais, 28 Russes, 76 Roumains, 37 Serbes.

Sibérie. — L'Université qui va se fonder en Sibérie ouvrira l'année prochaine deux Facultés. — G. S.

COURRIER

Concours. — Le lundi, 17 octobre 1887, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour trois places de chefs-internes.

Société médico-pratique. — Séance du 9 mai. — *Ordre du jour* : 1. M. Barette : Cure radicale des hernies ; résultats d'une opération récente ; pièce anatomique à l'appui. — 2. M. Paul Chéron ; Contribution à l'étude du danger de l'antipyrine. — 3. M. Dauchez : De la nécessité de l'isolement prolongé dans la diphthérie.

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.

Dyspepsies. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Hallopeau : Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — II. Lettres de Suisse. — III. Bibliothèque : La digestion stomacale. — IV. Revue des Journaux : Atténuation et préservation de la variole par la vaccination pratiquée pendant l'incubation. — V. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Lyon (3e trim. 1886). — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier.

Hôpital Saint-Louis — M. Hallopeau.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques (1).

PREMIÈRE LEÇON.

II

Nous avons pu réunir aujourd'hui cinq cas de *lichen plan*, maladie qui est encore peu connue chez nous en dehors de l'hôpital Saint-Louis, bien qu'elle ne soit pas rare puisque chacun de nous en observe ici chaque année plusieurs cas.

Nous devons nous demander d'abord ce que c'est qu'un lichen?

La réponse est assez difficile, car la plupart des maîtres en dermatologie ont à cet égard une opinion différente. On admet généralement que c'est une affection constituée essentiellement par des papules et cependant M. Hardy décrit un lichen caractérisé seulement par l'épaississement de la peau et l'exagération de ses plis.

La plupart des auteurs sont d'accord pour ne pas faire rentrer dans le lichen toutes les affections papuleuses; mais aucun ne peut définir celles qui doivent y être maintenues : le lichen a, pour Bazin, des papules *particulières*; pour Hebra, des papules d'un caractère *typique*; ces épithètes sont-elles en aucune façon caractéristiques? Hebra a essayé d'accomplir une révolution dans l'étude des lichens en y maintenant seulement les affections papuleuses dans lesquelles il ne se produit jamais de vésicules ni de pustules; il n'en conserve que deux formes qu'il appelle le *lichen scrofulosorum* et le *lichen ruber*; et il se trouve précisément que, dans le lichen scrofulosorum, les papules, d'après le professeur Kaposi, peuvent être surmontées de vésicules ou de pustules et que, d'autre part, Unna a signalé l'apparition de bulles dans le lichen ruber : la conception d'Hebra ne se tient donc pas, et M. Vidal est dans la logique en réagissant contre elle et en faisant rentrer dans le lichen, non seulement le plus grand nombre des formes admises anciennement, mais encore la plupart des affections papuleuses connues sous les noms de prurigo et de strophulus. Le dernier mot appartiendra à l'anatomie et à la physiologie pathologique. On devra étudier la nature et le siège des lésions dans ces diverses affections et prendre leurs caractères bien plutôt que les apparences cliniques pour base d'une classification. Nous nous occuperons exclusivement, dans cette leçon, d'une espèce bien déterminée : le *lichen plan*.

La dermatose connue aujourd'hui sous ce nom n'avait pas échappé à l'observation des anciens médecins de Saint-Louis, mais ils n'avaient pas reconnu qu'elle constitue un type tout à fait distinct des autres formes de lichen : Bazin l'a signalée sous le nom de *lichen pilaire;* d'autres l'ont

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mai 1887.

©BIU Santé

englobée parmi les *lichens livides*. On doit à Erasmus Wilson de l'avoir le premier bien décrite en 1869; le professeur Kaposi, que nous regrettons de ne pouvoir suivre ici, l'a depuis lors rapprochée, artificiellement selon nous du lichen ruber d'Hebra; elle a été surtout bien étudiée à Paris par MM. Besnier, Vidal, Fournier, Lavergne et Brocq.

Elle est constituée, d'après E. Wilson, par des papules d'un rouge sombre, peu saillantes, aplaties à leur sommet et recouvertes d'une lamelle épidermique demi-transparente, cornée, dans le milieu de laquelle on voit l'orifice d'un follicule. Cette lamelle ne s'exfolie que lorsque les papules sont agglomérées en plaques. C'est une affection essentiellement locale et chronique.

Vous pouvez constater sur les moulages de notre musée et sur les malades que nous vous présentons quels sont les caractères des papules.

Leur *forme* est irrégulièrement polygonale; leur couleur, d'un rouge ordinairement jaunâtre, quelquefois sombre, livide, violacée, plus rarement pâle avec un bord rouge présentant la finesse d'un cheveu; à côté des saillies colorées, on peut en voir de plus petites qui le sont à peine.

La surface des éléments est remarquablement *brillante*, aplatie; elle forme une facette *lisse* et *brillante;* souvent elle est comme *ombiliquée* dans sa partie centrale; on y voit alors une petite fossette, un *point blanc* qui semble avoir été fait avec une aiguille.

Le volume des éléments est variable; certains d'entre eux sont miliaires, ou même visibles seulement à la loupe; d'autres atteignent de 2 à 4 millimètres de diamètre. Hebra niait l'accroissement des papules, Unna et Pospelow soutiennent, au contraire, qu'elles peuvent se développer et grossir; elles se réunissent souvent pour former des plaques d'étendue variable.

Ces *plaques* ont des contours irréguliers et sinueux; on y distingue des papules élémentaires, de telle sorte que leur aspect peut être justement comparé, avec le professeur Kaposi, à celui d'une mosaïque. Ces papules sont séparées par des plis qui, en s'entrecroisant sous des angles divers, produisent un *quadrillage semblable aux hachures d'un dessin* (Vidal).

Les papules les plus anciennes brunissent et s'affaissent, le centre déprimé peut prendre un aspect livide et une couleur qui rappelle celle de la sépia.

La peau, au niveau des plaques, est épaissie et paraît infiltrée.

L'épiderme des plaques s'*exfolie* fréquemment sous la forme de squames minces, fines, blanchâtres, peu adhérentes, semblables à celles du pityriasis.

Le *prurit* est presque constant, ordinairement modéré, quelquefois intense; chez une des malades que je vous présente, il amène à la surface de plusieurs papules la formation de croûtelles noirâtres identiques à celles du prurigo. Ce prurit est exagéré par la chaleur du lit et par les frictions.

Les papules finissent par s'affaisser, soit spontanément, soit sous l'influence de la médication; elles laissent des dépressions brunes qui ne s'effacent que très lentement; en même temps, de nouvelles poussées se produisent.

Telle est l'éruption dans les cas qui peuvent être considérés comme *typiques;* nous verrons plus loin quelles formes variées elle peut revêtir. Le siège initial de l'affection est le plus ordinairement l'un des membres; elle peut lui rester limitée; d'ordinaire, il y a plusieurs foyers : l'éruption apparaît ainsi successivement à la face antérieure des bras, à la ceinture,

©BIU Santé

sous les seins, sur le trajet du rachis, rarement à la face et au cuir chevelu, quelquefois sur le trajet d'un nerf ou d'une veine variqueuse; à la paume des mains et à la plante des pieds, les papules peuvent cesser d'être distinctes; leur présence ne se traduit alors que par une infiltration rouge diffuse ou un épaississement calleux; mais il n'en est pas toujours ainsi, car notre collègue M. Quinquaud a fait récemment mouler une main dont la face palmaire présente des papules nettement distinctes. Sur le pénis et le dos des mains, les éléments présentent un aspect argenté ou perlé.

L'affection envahit quelquefois la muqueuse buccale, avant ou après le tégument externe; on voit sur la langue, sur la voûte palatine, sur les lèvres, des plaques résistantes, irrégulières, tantôt polygonales, tantôt rondes ou ovales, quelquefois groupées en demi-cercle; M. Thibierge, à qui l'on en doit une excellente description, les a vues se grouper en lignes parallèles aux bords de la langue; souvent elles s'affaissent et laissent des plaques déprimées, d'apparence cicatricielle; la muqueuse peut être érodée superficiellement. Les lésions débutent souvent au voisinage des grosses molaires pour s'étendre vers les commissures, en se propageant simultanément aux gencives; la face inférieure de la langue et la muqueuse des lèvres, principalement près de leur bord libre, peuvent également être intéressées.

Les ganglions sont parfois tuméfiés.

On a noté souvent des *troubles de l'innervation* consistant surtout en des céphalées, de l'insomnie, des bourdonnements d'oreille, des sensations de brûlure, de l'agitation, et une tendance à s'émouvoir facilement.

La *marche* de la maladie est essentiellement *chronique;* souvent les lésions restent limitées à une partie du corps; il se fait des poussées successives auprès du foyer initial ou à distance; il ne se produit pas de généralisation vraie; toutes les parties du corps peuvent être envahies, mais dans chacune d'elles les foyers restent limités.

La *durée* de la maladie est indéfinie; M. Besnier l'a vue guérir spontanément: le centre des plaques se déprime, il reste une pigmentation qui varie du jaune au brun, et même au noir; plus tard, la décoloration peut être complète; il ne reste alors que des dépressions blanches, brillantes, d'apparence cicatricielle.

L'*étude histologique* des papules du lichen plan y dénote des lésions de l'épiderme, du corps papillaire et des glandes.

La couche cornée est un peu épaissie; MM. Vidal et Leloir ont constaté que, contrairement à l'état normal, sa partie inférieure contient beaucoup de cellules encore douées d'une vie active, puisqu'elles sont pourvues d'un noyau et sont colorables par le carmin.

La couche granuleuse comprend plusieurs rangs de cellules et contient un excès d'éléidine.

Le corps muqueux hypertrophié envoie dans le derme des prolongements plus ou moins longs et ramifiés; on y trouve parfois des cellules en voie de dégénérescence graisseuse ou colloïde; sa tuméfaction efface les saillies des papilles. Le derme est infiltré d'éléments embryonnaires qui, d'après M. Balzer, sont abondants surtout au voisinage des vaisseaux, dans le corps papillaire. Neumann assure qu'ils forment des amas plus considérables autour des follicules pileux et des glandes sudoripares; on constate dans les follicules une hyperplasie des cellules de leur gaîne externe; les papilles qui environnent le poil renferment un grand nombre d'éléments

©BIU Santé

cellulaires; le poil est souvent atteint et entouré à sa sortie d'une collerette épidermique. MM. Vidal et Leloir se refusent à localiser dans ces follicules la lésion initiale par cette raison que les papules du lichen plan peuvent se développer dans des parties dépourvues de poils; leur localisation possible dans la paume de la main est à cet égard tout à fait démonstrative.

Les glandes sudoripares sont souvent entourées d'un manchon de cellules embryonnaires; elles peuvent s'atrophier et l'on a constaté la dégénérescence graisseuse de leurs cellules; souvent on trouve l'épiderme de leur conduit excréteur en voie de prolifération.

Les vaisseaux du corps papillaire sont dilatés; Biesiadecki a constaté que leurs parois avaient subi la dégénérescence colloïde; Lassar a trouvé, dans les espaces lymphatiques et le tissu conjonctif des parties malades, des bacilles très fins, très courts, très nombreux et formant des amas zoogléiques; ils n'ont été ni cultivés, ni inoculés; rien ne prouve donc qu'ils soient la cause du mal.

Nous allons voir les lésions que nous venons de décrire se modifier dans les variétés qu'il nous reste à étudier.

Variétés. — Le lichen plan peut revêtir des formes diverses qui diffèrent assez notablement du type classique pour mériter une description spéciale.

Les papules, au lieu d'être aplaties, peuvent présenter en partie une forme *acuminée*. Ce sont ces faits qui conduisent plusieurs auteurs à considérer, d'accord avec le professeur Kaposi, le lichen plan et le lichen acuminé comme deux variétés d'un même type morbide, le lichen ruber; nous ne pouvons accepter cette manière de voir.

Le lichen ruber acuminatus ne diffère pas seulement du lichen planus par la forme de ses éléments, il présente une toute autre évolution : sa marche est, au début, le plus souvent subaiguë; il tend à se généraliser; il envahit les ongles, le cuir chevelu, la paume des mains, et s'accompagne souvent d'ectropion; il peut guérir en quelques mois ou se terminer par la mort après quelques années; il s'agit là évidemment d'une maladie différente du lichen que nous venons de décrire : que, dans ce dernier, un certain nombre de papules puissent présenter une forme acuminée, nous ne le contestons pas, bien que le fait soit rare, mais cette modification de la lésion élémentaire n'a qu'un intérêt de second ordre; il ne suffit pas à faire rentrer ces cas dans la catégorie du lichen ruber acuminatus; c'est, comme l'a bien montré Brocq, dans une discussion récente avec Unna, l'évolution qu'il faut surtout considérer lorsque l'on veut constituer un type morbide.

Unna a décrit un lichen *obtusus* caractérisé par des papules isolées, larges de 3 à 5 millimètres, de formes lenticulaires, aplaties, dures, sèches, brillantes, semblables à de la cire, transparentes variant du violet au rouge brunâtre, non confluentes et laissant après guérison une tache brunâtre; le médecin de Hambourg assure qu'elles ne sont pas squameuses; on peut voir cependant, sur un moulage de M. Lailler, des papules tout à fait semblables recouvertes de squames dans leur partie médiane. Ce lichen obtusus a la marche du lichen planus ; ce n'en est qu'une variété. On peut en dire autant du lichen *annulaire* et *circiné* que E. Wilson a signalé et dont notre musée possède de beaux exemples. Le lichen *corné* de M. Vidal est remarquable par l'épaississement considérable que prend la couche cornée, on l'a trouvée dix fois plus épaisse qu'en l'état normal ; sa moitié inférieure

BIU Santé

présente alors un grand nombre de cellules encore vivaces ; la couche granuleuse et le corps muqueux sont également en prolifération.

Dans le *lichen plan corné hypertrophique* les lésions sont encore plus accentuées.

Le lichen *moniliforme* a été observé tout récemment par Kaposi : chez son malade, la nuque, les épaules et les aisselles, les genoux et les coudes, le ventre et les fesses sont le siège de saillies en forme de cordons rouges, jaunâtres à leur sommet, lisses, très durs, le plus souvent déprimés à intervalles réguliers, ce qui leur donne l'aspect de *colliers de corail* ; ils ressemblent aussi à des cicatrices chéloïdiennes. Leur direction principale est parallèle à l'axe du corps ; les cordons verticaux sont unis par des cordons obliques ou transversaux, d'où résulte un réseau à mailles larges ou très étroites.

Au voisinage des cordons, dans les champs traversés par les mailles du réseau, on voit des nodules caractéristiques du lichen ruber planus, les uns en amas serrés, les autres disséminés ; les fesses sont recouvertes d'une grande plaque diffuse, de couleur sépia, formée en partie de papules, en partie de taches pigmentaires. Une observation attentive montre que les petits nodules du lichen se sont transformés en grosses papules et que celles-ci, rangées en série, ont formé, en se développant, ces saillies comparables à des grains de corail ; leur structure est celle du lichen.

(*A suivre.*)

Lettres de Suisse

Berne, le 27 mars 1887.

Dans mes dernières correspondances, je vous ai parlé, à différentes reprises, du pansement au sublimé combiné à l'iodoforme et des bons résultats obtenus avec lui dans les différents services de chirurgie à Berne. M. le professeur Krœnlein (de Zurich) vient de publier dans le numéro 3 du *Correspondenzblatt für schweizer Ærzte*, ses expériences sur le même pansement. Il a introduit le sublimé dans sa clinique chirurgicale en 1884 et n'a pas eu à se plaindre d'un seul cas d'intoxication. Il emploie la solution à 1/1000 comme solution normale. Quant aux instruments, il les désinfecte dans une solution phéniquée au 3 p. 100, vu qu'ils se détériorent beaucoup trop vite dans le sublimé. C'est surtout les instruments *tranchants* qu'il faut se garder de mettre dans le sublimé. La soie et le catgut sont aussi préparés au sublimé chez Krœnlein. La plaie est couverte de gaze iodoformée, qui, à son tour, est couverte de coussinets préparés à la laine de bois (*Holzwolle*). Ces pansements sont faits très épais dès le début, pour séjourner longtemps sur la plaie ; c'est ce que les Allemands appellent *Dauerverbænde*. Krœnlein ne renonce à la solution au 1 p. 1,000, que dans certaines opérations. Ainsi, il se sert d'une solution moins concentrée, à 1 pour 2 ou 3,000 pour tous les cas de laparotomie, pour toutes les opérations sur l'intestin (y compris le rectum), pour les opérations sur les enfants et sur des individus faibles et anémiques, enfin pour les opérations d'empyème et pour l'irrigation des différentes cavités. Avant de réunir la plaie, il a soin d'en sécher la surface avec des éponges serrées, pour qu'il reste aussi peu de sublimé que possible dans les tissus. Il s'est servi de cette méthode de pansement et d'antisepsie dans *393* opérations, qu'il a faites du mois de septembre 1884 au mois de novembre 1886. Ces opérations se répartissent de la manière suivante :

a) *Amputations et désarticulations* : 60 cas, dont 6 morts. — Amputation de la cuisse, 15 cas, 4 morts ; de la jambe, 14 cas ; du pied (Chopart, Sym, Pirogoff), 18 cas, 1 mort ; du bras, 3 cas, 1 mort ; de l'avant-bras, 4 cas ; exarticulation du bras, 2 cas ; du coude, 2 cas ; du genou, 2 cas.

©BIU Santé

b) *Résections, arthrectomies et arthrotomies* : 65 cas, 1 mort. — Résection de la hanche, 8 cas ; du genou, 28 cas ; du pied, 12 cas, 1 mort ; de l'épaule, 2 cas; du coude, 10 cas; de la main, 5 cas.

c) *Ostéotomies* : 6 cas. — Ostéotomie du fémur, 4 cas; du tibia, 2 cas.

d) *Opérations pour pseudarthrose* : 4 cas. — Opération du fémur, 1 cas; de l'humérus, 2 cas ; du radius, 1 cas.

e) *Excisions le goître* : 20 cas, 0 mort.

f) *Amputations du sein* : 32 cas, 1 mort.

g) *Empyème et résection de côtes* : 22 cas, 5 morts.

h) *Excision du rectum pour cancer* : 6 cas, 0 mort.

i) *Herniotomies* (toutes suivies de l'opération radicale) : 51 cas, 10 morts.

j) *Lithotomies* : 4 cas, 1 mort. — *a*) épicystotomie, 1 cas ; *b*) lithotomie périnéale, 3 cas, 1 mort.

k) *Ovariotomies* : 5 cas.

l) *Amputation supravaginale de l'utérus* : 2 cas.

m) *Autres laparotomies* (pour résection de l'intestin, pour colotomie, péritonite diffuse suppurée, extirpation de la vésicule biliaire, extirpation des reins, etc.) : 16 cas, 7 morts.

n) *Ablations du testicule* (carcinome, sarcome, tuberculose) : 7 cas, 1 mort.

o) *Trépanation de l'apophyse mastoïde* : 20 cas, 0 mort.

p) *Résections de la mâchoire supérieure* : 7 cas, 0 mort.

q) *Extirpations de la langue, du pharynx pour carcinome* : 7 cas, 2 morts.

r) *Fractures compliquées* : 59 cas, 6 morts. — Fractures compliquées du crâne, 19 cas, 4 morts; des os de la face, 4 cas ; de l'humérus, 3 cas; de l'avant-bras, 6 cas; de la main, 3 cas; du clavicule, 1 cas ; du fémur, 2 cas; de la jambe, 19 cas, 2 morts ; de la rotule, 1 cas ; de l'os du tarse, 1 cas.

Voilà des résultats qui certainement sont loin d'être mauvais. Et pourtant, malgré tous les bons résultats obtenus par la méthode de pansement indiquée plus haut dans différentes cliniques chirurgicales, il ne manque pas de voix qui cherchent à prouver que ce pansement n'est pas recommandable, parce qu'il n'est pas antiseptique et qu'il fallait tâcher de trouver mieux. Dans les *Fortschritte der Medicin*, n° 2, 1887, MM. Heyn et Roosing (de Copenhague) publient les résultats de leurs recherches sur les propriétés antiseptiques de l'iodoforme. Ils ont trouvé qu'en mettant de l'iodoforme en poudre sur des cultures du staphylococcus pyogène, ces micro-organismes se développaient tout aussi bien que si l'on n'avait rien mis du tout. Leur développement n'était pas empêché non plus quand on mêlait l'iodoforme à raison de 0,2 à 0,4 p. 100 à la gélatine des cultures ! Le staphylococcus peut vivre, d'après ces auteurs, au moins *un mois* dans l'iodoforme pulvérisé ! Le même micro-organisme se développe aussi très bien sur une gélatine stérilisée, sur laquelle on a fait agir un pulvérisateur à l'iodoforme. Pour répondre à l'objection que l'iodoforme ne jouit de propriétés antiseptiques que dans l'organisme vivant, ils mêlèrent des staphylococci pyogènes à de l'iodoforme et firent des injections de cette masse dans la cavité de la plèvre et dans des articulations de lapins. Il en résulta des suppurations très graves. On se trompe quant aux propriétés antiseptiques de l'iodoforme, d'après Heyn et Roosing, parce que généralement l'iodoforme est combiné à un autre antiseptique, acide phénique ou sublimé. Leurs conclusions tendent finalement à établir que *l'iodoforme n'a aucune valeur comme antiseptique en chirurgie !*

Quoique ces expériences aient été faites d'une manière très consciencieuse, elles ne réussiront guère à détrôner l'iodoforme, qui a pris une place trop importante parmi les antiseptiques nouveaux. Car elles ne prouvent qu'une chose, c'est que cet agent ne tue pas le staphylococcus. Or ne peut-il pas avoir une action spécifique contre d'autres micro-organismes, contre des coccus qui sont encore plus dangereux, le streptococcus par excellence ? Ce sont des questions qui restent encore à résoudre. D'ailleurs il est très possible que tous les autres antiseptiques qui sont peu *solubles* donnent des résultats analogues.

©BIU Santé

Mais ce n'est pas seulement à l'iodoforme que l'on en veut; on conteste les propriétés antiseptiques même aux solutions de *sublimé*. M. le professeur Fürbringer (de Berlin) vient de publier un article, dans lequel il prétend que le sublimé, mêlé à de certaines qualités d'eaux contenant beaucoup de chaux, par exemple, perd ses propriétés antiseptiques. Le sublimé s'unirait à la chaux, et la solution ne serait plus antiseptique. Ces expériences ont été répétées à plusieurs endroits, entre autres à Berne. Les résultats obtenus ici ne parlent pas en faveur de la théorie de M. Fürbringer. Nous avons en Suisse, et spécialement à Berne, de l'eau contenant beaucoup de chaux, et pourtant les solutions faites avec le sublimé de 1 à 5,000 tuaient le micrococcus prodigiosus en très peu de temps. Nous croyons par conséquent que, malgré toutes les publications théoriques des derniers mois, le pansement au sublimé combiné à l'odoforme est encore celui qui offre au chirurgien le plus de garanties pour le moment.

L'année 1887 a apporté diverses publications nouvelles dans la presse médicale allemande. Les conférences cliniques de Volkmann (*Volkman's klinische Vortræge*) ont trouvé un pendant dans les conférences (*klinische Vortræge*) que le professeur de Ziemssen, à Munich, vient de faire paraître chez Vogel, à Leipzig. Tandis que les conférences de Volkmann embrassent la chirurgie, l'accouchement et la gynécologie, celles de Ziemssen se rattacheront spécialement au domaine de la médecine interne. Elles formeront pour le commencement une série de trente numéros, dont sept déjà sont annoncés. Ces sept conférences contiendront :

1° Le médecin et ses devoirs ;
2° L'antipyrèse et les traitement antipyrétiques ;
3° L'injection sanguine sous-cutanée, l'infusion d'eau salée et la transfusion intraveineuse;
4° Le choléra et son traitement ;
5° et 6° Le traitement du typhus abdominal ;
7° Les paralysies diphthéritiques et leur traitement.

Je crois que les *klinischen Vortræge* de Ziemssen seront tout aussi bien lus que ceux de Volkmann, car l'école de Munich a toujours su conserver son rang très élevé parmi les écoles de médecine allemandes. On peut s'abonner pour toute la série chez Vogel ou pour chaque conférence à raison de 75 centimes le numéro.

Une autre publication, les *Therapeutische Monatshefte*, est destinée à tenir les praticiens surtout au courant des progrès de la thérapeutique. Le journal paraît à Berlin une fois par mois rédigé par les docteurs O. Liebreich, Langgaard et Rabow. A côté des travaux originaux provenant des meilleurs auteurs de thérapeutique allemande, les *Monatshefte* donnent des comptes rendus des publications récentes et des discussions des sociétés étrangères et allemandes. L'abonnement est de 15 francs par an. Le journal remplit certainement une lacune en ce sens qu'il exercera une critique juste et impartiale sur le grand nombre de nouveaux remèdes, livrés à la publicité médicale dans ces dernières années, et qu'il saura diriger le praticien vers ceux d'entre eux qui sont vraiment utiles.

A propos de remèdes, je suis heureux de vous dire que les prévisions que je vous avais exprimées, quant à l'efficacité du *salol*, dans une de mes dernières correspondances, se sont pleinement réalisées. Le salol est maintenant souvent employé comme antirhumatismal en Allemagne aussi bien que chez nous. Partout où le salicylate n'est pas bien toléré, nous avons recours au salol et, en général, avec des résultats très satisfaisants. Un autre médicament, qui aussi paraît avoir de l'avenir, est l'*antifébrine*. M. Secrétan, médecin à l'hôpital cantonal de Lausanne, l'a employé dans son service et arrive, dans une communication à la Société vaudoise de médecine, aux conclusions suivantes : L'antifébrine est un bon médicament antithermique, à action aussi certaine, mais moins prolongée que celle de l'antipyrine, plus souvent aussi accompagnée de troubles digestifs, généralement légers d'ailleurs. Son action antirhumatismale paraît, dans tous les cas, moins certaine que celles de l'antipyrine ou du salicylate. Elle paraît avoir une réelle valeur comme antinévralgique. Pour la pratique pauvre, elle a sur l'antipyrine le

©BIU Santé

grand avantage du bon marché; elle vaut actuellement en gros un centime et demi le gramme; l'antipyrine coûte douze centimes et demi, et il en faut une dose moitié plus forte. M. Huber, interne du professeur Eichhorst, à Zurich, arrive, d'après une communication lue à la Société de médecine de Zurich, à peu près aux mêmes résultats.

Avant de finir, permettez-moi de vous donner quelques chiffres sur la fréquentation de nos Universités suisses pendant le semestre d'hiver 1886-1887.

Bâle a eu 131 étudiants, pas d'étudiantes; Berne 227 étudiants, dont 42 étudiantes; Genève 107 étudiants, dont 5 étudiantes; Zurich 241 étudiants, dont 36 étudiantes.

Le nombre des médecins *suisses* était, au mois de janvier 1887 : 1,475. Tous n'appartiennent pas aux Sociétés de médecine du pays, car nous comptons :

800 membres pour la Société centrale (Suisse allemande); 238 pour la Société médicale de la Suisse romande; 93 pour la *Società medica della Svizzera italiana.* — En tout : 1,131 membres.

M. Bischoff, professeur d'accouchements à Bâle, a démissionné pour cause de santé. Il était le beaufrère du professeur Burchhardt-Merian (de Bâle), que nous avons eu le malheur de perdre cet hiver.

M. Bischoff vient d'être remplacé par le docteur Fehling, directeur de la Maternité à Stuttgart. M. le professeur Burchhardt-Merian n'a pas encore été remplacé pour l'otiatrie et la laryngologie. Il était aussi rédacteur du *Correspondenzblatt für schweizer Ærzte,* et a été remplacé en cette qualité par le docteur Garré (de Bâle).

Dr F. Dumont.

BIBLIOTHÈQUE

La digestion stomacale, étude physiologique et clinique par A. Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. — J.-B. Baillière, 1886.

Ancien assistant de Schiff, M. Herzen était préparé de longue date à l'étude des phénomènes de la peptonisation et il a continué à élucider par ses recherches personnelles les conditions qui font varier l'activité de la digestion gastrique. La théorie des *peptogènes* à laquelle Schiff a attaché son nom est acceptée pour vraie par l'auteur. « L'expérience ne laisse aucun doute au sujet du fait que certaines substances, présentes dans la plupart de nos aliments, ont la propriété, dès qu'elles pénètrent dans le sang, par une voie quelconque, sauf l'intestin grêle, de provoquer de la part de la muqueuse stomacale une sécrétion abondante de pepsine. »

Laissant de côté les nombreuses et ingénieuses expériences physiologiques instituées par M. Herzen pour vérifier la loi de Schiff, signalons certaines applications médicales. Les peptogènes qu'il recommande sont le bon bouillon, deux heures avant les repas, la dextrine per os ou per anum, la décoction de croûte de pain. Dans la dyspepsie des enfants en bas âge l'auteur conseille d'additionner le lait d'un tiers de bon bouillon de viande. — Voici comment il règle l'alimentation des fébricitants. Boissons acides en abondance (de préférence la limonade chlorhydrique à 1 1/2 ou 2 pour 1,000) pendant toute la durée de la maladie. Egalement pendant toute la maladie, du bon bouillon de viande plus ou moins concentré suivant l besoin plus ou moins impérieux de subvenir à la nutrition du patient; au début e au déclin de la fièvre, aliments légers, facilement digestifs, laissant aussi peu de résidus que possible, l'adjonction de sucre de raisin, ou mieux encore de dextrine, à la limonade ou au bouillon, permet de se passer entièrement de tout aliment féculent, puisqu'on offre ainsi deux hydrates de carbone directement assimilables, ce que le sucre de canne n'est pas. Pendant le fort de la fièvre, de petites doses de pepsine souvent répétées, en poudre ou en pilules, ou bien dissoutes dans la limonade ou dans le vin; de fréquentes bouchées de fibrine bien lavée, hachée et gonflée dans l'acide chlorhydrique; de petites quantités de peptones et de dextrine, prises telles que les en hostie, ou bien dissoutes dans la limonade, le vin ou le bouillon; enfin, très p udemment, de très pe-

©BIU Santé

tites quantités de viande crue ou à peine rôtie ; le moment où l'on pourra augmenter la quantité de viande, coïncide avec la diminution de la fièvre et est indiqué par une amélioration de l'aspect de la langue et par l'apparition des premières traces d'appétit ; c'est à ce moment probablement que recommence la production de propepsine dans les glandules de la muqueuse gastrique. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

Atténuation et préservation de la variole par la vaccination pratiquée pendant l'incubation. (*Deutsch. med. Woch.*, 1887, n° 104.) — Contrairement à l'opinion de Niemeyer et de la plupart des auteurs, d'après lesquels la vaccination pratiquée pendant l'incubation de la variole ne peut la faire avorter, ni la modifier, ni être modifiée par elle, et d'après lesquels les deux éruptions évoluent en pareil cas simultanément et distinctement sans influence réciproque aucune, le docteur Morf (de Coblence) s'appuie sur ce fait que la variole n'éclate que douze ou treize jours après l'infection, tandis que le processus vaccinal atteint sa période d'acmé en huit jours, pour préconiser chez l'homme en incubation de variole l'inoculation de la vaccine (c'est-à-dire d'un virus atténué par le passage à travers un organisme d'espèce différente conformément au procédé pastorien).

Depuis 1870, il a vacciné un très grand nombre de personnes apparentées à des varioleux et très exposées à la contagion en raison des soins constants qu'elles donnaient aux malades. Cette pratique n'a jamais entraîné, d'une part, aucune conséquence fâcheuse, et dans la plupart des cas où la vaccine avait pris, son éruption a évolué normalement sans troubles particuliers de l'état général. D'autre part, il n'a vu apparaître la variole au cours du processus vaccinal que dans deux cas où l'atténuation lui a paru remarquable.

Une blanchisseuse, chargée du linge des varioleux et vaccinée au début de l'épidémie avec tout le personnel de l'hôpital, se plaignait, le sixième jour, de brisement des membres, de douleurs lombaires et de céphalalgie ; on ne trouva alors que des pustules de vaccine normale aux points d'inoculation. Surveillée dans un local isolé, elle présente dès le lendemain sur sa face tuméfiée d'innombrables taches rouges qui envahirent plus discrètement le reste du corps et entourèrent notamment les pustules vaccinales ; transportée aussitôt dans la salle des varioleux où l'épidémie sévissait alors dans son plein, cette femme présenta au bout de trois ou quatre jours des vésicules qui bientôt se troublèrent et se desséchèrent en donnant à cette variole, dont l'évolution fut relativement très bénigne, l'apparence d'une varioloïde très intense.

Le second cas concerne un garçon de 4 ans dont le père venait de mourir au sixième jour d'une variole pétéchiale. Inoculé, pour la première fois, au début de la maladie de son père, cet enfant, qui offrait aux points d'inoculation une éruption de vaccine normale, fut pris, le sixième jour, d'une variole qui évolua aussi d'une façon incomparablement plus bénigne que chez tous ses compagnons d'âge non vaccinés.

Dans ces deux cas, non seulement la vaccination n'a eu aucune suite fâcheuse, mais elle a vraisemblablement exercé une influence favorable sur l'évolution de la maladie, et, pratiquée quelques heures plus tôt, elle eût parfait peut-être son processus préservateur.

Cette opinion est justifiée d'ailleurs, mieux que par tout raisonnement, par l'observation d'une servante qui, se plaignant de céphalalgie, de douleurs lombaires, de courbatures et d'une éruption suspecte au visage, avait passé toute une nuit dans le local des varioleux, au cours de cette même épidémie. A la visite du matin, on reconnut une simple éruption d'herpès ; mais, comme elle avait été occupée auprès des varioleux déjà pendant toute la semaine, elle fut, après une vaccination immédiate, laissée dans cette salle, où elle présenta sur tous les points d'inoculation une éruption de vaccine normale

©BIU Santé

qui évolua sans troubles généraux, et d'où elle sortit au bout de quatorze jours en parfaite santé. — Dr G. Schlemmer.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Le cas d'*ostéomalacie avec caractères anormaux* dont MM. Albertin et Poncet présentaient les pièces anatomiques, offre un certain intérêt, car, à l'autopsie, on avait trouvé une double lésion : d'une part, une *ostéomalacie généralisée;* d'autre part, des *tumeurs alvéolaires localisées* en certains points. Il s'agissait, d'après M. Poncet, d'une ostéomalacie et non pas de tumeurs cancéreuses, comme le prouva l'examen microscopique, et de productions de kystes au niveau des points où les os se sont fracturés.

Une observation à coup sûr exceptionnelle est celle que signalait M. Francon, et qui se rapporte à un individu atteint de *paraphimosis en faisant du trapèze*. Le prépuce était venu étrangler le gland à sa base dans un mouvement violent. Il est vrai, circonstance fâcheuse et singulière, qu'à ce moment il avait la verge en érection.

M. Colrat s'est demandé si la distinction des *angines scarlatineuses* en angine scarlatineuse simple et angine scarlatineuse diphthéritique est légitime. Il rappelle l'opinion différente de Graves et de Trousseau, et appuie son argumentation sur une observation de scarlatine accompagnée d'angine simple. La malade occupait le lit voisin de celui où une enfant diphthéritique était couchée. Elle fut atteinte de plaques diphthéritiques, de suppuration ganglionnaire, d'un abcès axillaire et d'albuminurie. Dans la discussion, à laquelle prirent part MM. Poncet, H. Mollière, Icard, Tripier et Roux, nos confrères lyonnais ont demandé l'isolement absolu dans les cas semblables.

Une observation de *cystite blennorrhagique succédant à la cystite bactérienne*, communiquée par M. Aubert, a été, pour MM. Roux et Lépine, l'occasion de faire connaître les résultats des injections vésicales des cultures du *bacillus subtilis* (bacille de l'infusion du foin). Il se développe, après elles, une cystite légère et l'urine devient acide; mais, résultat inattendu, si on fait suivre cette injection par celle d'une culture pure du *micrococcus ureæ*, on n'observe plus les lésions de la vessie et du rein habituellement produites par ce microbe. M. Lépine admet que l'épithélium éprouve, sous l'influence du *bacillus subtilis*, une modification vitale empêchant le développement de la *torula*.

Dans cette même séance, M. Lépine a donné le résultat de ses essais sur l'*action thérapeutique du salol*, qu'il compare au salicylate de soude au point de vue de l'abaissement de la température. Inférieur à l'antipyrine, ce médicament aurait la même valeur que le salicylate de soude.

Le défaut d'espace nous oblige à mentionner seulement les autres communications qui ont été faites pendant ce trimestre : la présentation de *fracture rotulienne* traitée avec succès par M. Léon Tripier par le procédé de Tilanus, et la présentation, par M. Rafin, d'un cas de *lupus du nez amélioré par des badigeonnages avec une solution d'acide lactique*. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. le Président ouvre la séance et donne lecture d'une allocution dans laquelle, après avoir déploré la perte que la Société de chirurgie vient de faire en la personne de M. le professeur Gosselin, l'un de ses anciens présidents, il retrace, en termes empreints d'une sincère émotion, la vie et les travaux de ce chirurgien auquel il rend un grand et légi-

©BIU Santé

time hommage. Après cette allocution, accueillie par les applaudissements unanimes de l'assistance, M. le président Lannelongue lève la séance en signe de deuil. — A. T.

FORMULAIRE

Traitement du pemphigus. — Chambard.

D'une manière générale, le pemphigus doit être traité comme une brûlure. Si les bulles sont intactes, on les ponctionne avec une aiguille, de manière à donner issue à la majeure partie du liquide qu'elles renferment, en ayant soin que l'épiderme reste appliqué sur le derme, comme un enduit protecteur. Les surfaces ainsi traitées sont panséee comme un vésicatoire, c'est-à-dire qu'on les recouvre d'un cataplasme, qu'on laisse en place de 12 à 24 heures. Puis on substitue au cataplasme des feuilles de ouate, que l'on ne retire que lorsqu'on suppose complète la guérison des parties ainsi immobilisées et mises à l'abri du contact de l'air. — L'immobilisation des parties malades et leur isolement sont encore les bases du traitement de pemphigus chronique, lorsque les bulles se sont ouvertes ou ont été ponctionnées. L'hydrothérapie a été employée avec succès par Hébra. — Une méthode d'isolement efficace consiste à oindre le malade de liniment oléo-calcaire, et à le revêtir d'une épaisse couche de ouate. — Dans le pemphigus aigu, on combat la fièvre par le sulfate de quinine, et chez les sujets robustes, par les émissions sanguines. Dans le pemphigus chronique, on prescrit une médication tonique, le fer, le quinquina, l'arsenic, et le sulfate de strychnine, dont M. Lailler a obtenu des effets favorables. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Prix de médecine John Reid. — Ce prix de la valeur de 25 livres sterling (1,375 francs), fondé par Miss Reid en mémoire de son frère, feu le docteur John Reid, de Glasgow, pour être décerné à l'auteur des meilleures recherches originales de médecine faites dans les hôpitaux ou les laboratoires de Glasgow, a été obtenu par M. R. C. Wakefield pour un mémoire intéressant sur les anévrysmes. (*The Lancet*, 16 avril 1887.)

Le choléra dans l'Amérique du Sud. — D'après le *Journal de l'Association médicale américaine*, 2 avril 1887, les dernières nouvelles de *Buenos-Ayres*, 5 février, représentent le choléra en pleine décroissance dans to ite la République Argentine, et donnant l'espoir de sa prochaine disparition complète. Mais à Santiago, et dans les départements d'Aconcagna, les Andes et Quillota du Chili, la maladie continue ses ravages, principalement dans les classes pauvres du peuple. — R.

Italie. — Le professeur Marchiafava est chargé, pour cette année, du cours d'hygiène expérimentale.

Autriche-Hongrie. — Le professeur Heubner (de Leipzig) n'ayant pas accepté la chaire d'hygiène infantile que lui offrait l'Université de Prague, le professeur Ganghofner sera désigné pour faire ce cours.

— Il est question de créer à Trieste une Université avec Faculté de médecine dont tous les cours seront faits en langue italienne.

— La Société des médecins de Buda-Pest a tenu cinq séances pendant le mois de mars dernier. Notons parmi les communications les plus importantes celle du professeur Babès sur les streptococci saprogènes qu'il a trouvés dans les organes de cent cadavres d'enfants. — Le professeur Kelti a présenté un malade affecté d'un cas rare de monoplégie faciale avec spasmes musculaires; cette affection qui s'est lentement développée doit être rapportée à un foyer cortical. — Enfin le docteur Ernst Jendrassik a montré à ses collègues une hystérique chez laquelle la suggestion, pendant le sommeil hypnotique, atteignait une puissance extraordinaire.

©BIU Santé

Allemagne. — Par suite d'une décision de son comité, l'Association allemande d'hygiène publique ne tiendra pas, cette année, sa réunion annuelle. C'est l'intérêt provoqué par le Congrès d'hygiène de Vienne qui a motivé cette détermination.

— L'exposition d'hygiène de Varsovie, qui doit avoir lieu du 15 mai au 1er juin, comprendra les 5 sections suivantes : 1° section d'alimentation ; 2° section des vêtements ; 3° section des habitations ; 4° hygiène spéciale (professions, écoles, hôpitaux) ; 5° section de statistique et de météorologie.

Russie. — Le Congrès des médecins et naturalistes russes a reçu de l'Université de Charkow l'invitation de tenir dans son enceinte sa première réunion.

— On se rappelle qu'un traitement à base d'aniline a été préconisé contre la phthisie par le docteur Kremjanski. La Commission chargée d'étudier cette méthode thérapeutique vient de publier un rapport très défavorable.

— Le docteur Billings a publié dans un récent article du *New-York Sanitary Engineer* que, d'après ses nombreuses expériences, les bacilles du typhus résistaient à la congélation.

Suisse. — A partir du 1er janvier 1888, la loi sur la pratique de la médecine sera applicable aux dentistes.

Indes néerlandaises. — Nous signalions dans un précédent numéro le nombre considérable des attaques et des victimes du beriberi aux Indes néerlandaises. L'épidémie augmente d'intensité. Heureusement la mission envoyée par le gouvernement Hollandais pour étudier cette maladie est arrivée à Atech où le docteur Pekelharing, chef de la mission, a déjà installé son laboratoire. — Ch. S.

COURRIER

Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris s'est ouvert hier, 9 mai 1887, à midi et demie. Le jury se compose de MM. les professeurs Farabeuf, Guyon, Trélat, Verneuil et de M. Kirmisson, agrégé, juges titulaires, et de MM. les professeurs Lannelongue, Panas, et de M. Humbert, agrégé, juges suppléants.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Pousson.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bayonne (de Gimont) ; Brun père (de Vernes-la-Varenne) et Amédée Lévesque, médecin honoraire des hôpitaux de Rouen et professeur de pathologie interne à l'École de médecine de cette ville.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon reprendra ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi, 18 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

Employée avec succès dans toutes les anémies symptomatiques, la *liqueur de Laprade* à l'albuminate de fer est spécialement préconisée dans les maladies des femmes ; un effet dû à sa composition est de rendre plus normale la plasticité du sang et par conséquent plus facile son écoulement à travers les capillaires de la muqueuse utérine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Hallopeau : Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — III. Bibliothèque : Traité pratique des maladies du foie. — IV. Revue des Journaux : Sensibilité relative de l'organe de l'odorat. — Le professeur Schrœder. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 10 mai 1887. — M. Pasteur assistait à la séance; M. le président Sappey l'a chaudement félicité de son heureux retour et du rétablissement de sa santé. Dans sa réponse, M. Pasteur a remercié l'Académie d'avoir bien voulu, pendant son absence, suspendre toute discussion sur la rage.

M. Alphonse Guérin a fait une communication intéressante sur l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*, maladie dont la gynécologie lui doit la découverte, et qui doit prendre désormais la place de celle que l'on a improprement appelée pendant longtemps, et que beaucoup de chirurgiens continuent encore d'appeler le phlegmon des ligaments larges.

Le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu appuie sa démonstration sur des considérations anatomiques qu'il semble difficile de réfuter. Il ajoute que l'adéno-phlegmon juxta-pubien « résulte d'une lymphangite qui prend naissance dans le réseau lymphatique du col de l'utérus et qui s'étend jusqu'aux ganglions voisins du trou sous-pubien. »

M. le président Sappey a objecté à son savant collègue, qu'aucun des vaisseaux lymphatiques émanés du col de l'utérus ne se rend au ganglion sous-pubien. Mais M. Alphonse Guérin, qui est non moins bon anatomiste qu'excellent chirurgien, a riposté en priant M. Sappey de vouloir bien aller jusqu'à Clamart, où il lui sera donné de voir une pièce anatomique préparée par M. le docteur Le Bec, et montrant avec toute évidence que des vaisseaux lymphatiques partis du museau de tanche se rendent au ganglion du trou sous-pubien.

M. Sappey et M. Alphonse Guérin se donnant mutuellement une « leçon d'anatomie », voilà certes un tableau qui mériterait de faire pendant à la toile célèbre de Rembrandt (?) suspendue au-dessus du fauteuil présidentiel!

La discussion sur la communication de M. Alphonse Guérin a été remise à mardi prochain, sur la demande de M. Trélat.

Un savant médecin de Genève, M. le docteur Haltenhoff, a lu une note sur le *vertige paralysant*, affection qui a été appelée « maladie de Gerlier », du nom du médecin français qui l'a, le premier, décrite sinon observée.

Ce serait une névrose particulière aux ouvriers des campagnes, aux bergers; c'est du moins sur eux qu'ont été faites les premières observations.

M. Haltenhoff n'élève aucune réclamation de priorité contre le docteur Gerlier, mais il dit avoir vu, dès 1874, des faits semblables à ceux que ce dernier a récemment publiés.

Les symptômes principaux de cette maladie consistent en accès de paralysie de la nuque et des membres, avec sentiment de vertige, douleurs irradiantes partant de la nuque et chute des paupières. Dans l'accès, il y a incapacité d'ouvrir les yeux, de relever la tête, de se pencher en avant, de

©BIU Santé

tenir un objet à la main, de marcher ou de rester debout; souvent les malades tombent sur le sol.

Dans l'intervalle des accès, ils accusent de la lassitude, des lourdeurs de tête, de la diplopie et de l'amblyopie passagères. Le fond de l'œil a toujours été trouvé intact.

On ne connaît pas la cause de cette affection curieuse, mais on a remarqué qu'elle se montrait de préférence sur des individus couchant dans des étables à bœufs, remarque qui, pour le dire en passant, ne jette pas de bien vives lumières sur son étiologie dans laquelle la contagion nerveuse et l'irritation ne paraissent jouer aucun rôle.

A la fin de la séance, M. Panas a offert à l'Académie un médaillon en bronze de Jacques Daviel, le célèbre ophthalmologiste français auquel est due l'invention de l'opération de la cataracte par extraction. Il a annoncé en même temps qu'un comité de souscription s'est formé pour élever, dans sa patrie d'origine, la Normandie, un monument à ce chirurgien éminent qui fut aussi un bienfaiteur de l'humanité. Jusqu'à présent, notre illustre compatriote n'a eu de monument qu'en Suisse, où il s'était retiré et où il est mort obscurément. Nous devons à nos confrères de l'Helvétie, particulièrement à M. le docteur Haltenhoff (de Genève), des sentiments d'affectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'ils ont fait à notre grand ophthalmologiste.

M. le docteur Zambaco (de Constantinople) et M. le docteur Marquez (d'Hyères) ont été nommés correspondants nationaux. — A. T.

Hôpital Saint-Louis — M. HALLOPEAU.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques (1).

PREMIÈRE LEÇON.

En opposition avec la variété précédente, nous devons décrire, comme nouvelle forme, un *lichen plan atrophique*. Kaposi en cite sommairement un exemple dans l'édition parue récemment de ses leçons sur les maladies de la peau. Le malade présentait, dans la région sus-claviculaire, dans le dos et à la cuisse droite, des cicatrices étendues, plates, légèrement déprimées, réticulées, d'une couleur blanche, brillante et entourée d'un bord d'un rouge brun. Kaposi crut d'abord à des cicatrices de lupus érythémateux. Au bout de plusieurs mois seulement, l'éruption de papules du lichen ruber autour des cicatrices et en d'autres points vint montrer la nature de ces lésions; il s'agissait d'un lichen ruber dont les papules avaient laissé après guérison, au lieu de taches colorées en brun et légèrement déprimées, des cicatrices étendues, ponctuées et réticulées.

Chez la malade que nous vous présentons, nous avons observé simultanément des papules de lichen et des cicatrices; celles ci offrent des caractères qui ne permettent pas de penser à un lupus. Voici en résumé l'observation de notre malade recueillie avec le concours de M. Lefèbvre, interne du service :

Mlle de T... est une névropathe; elle éprouve souvent des sensations d'engourdissement ou de brûlure dans les membres, des crampes, de l'insomnie; elle croit avoir des

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 10 mai 1887.

©BIU Santé

accès de fièvre ; elle se sent anéantie, défaillante. En 1884, elle commence à souffrir d'un prurit vulvaire des plus pénibles. L'éruption qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital a débuté en août 1885 ; des boutons ont apparu sur les avant-bras ; depuis lors ils ont constamment persisté et de nouvelles éruptions se sont faites successivement, provoquant des démangeaisons avec sensation de piqûres d'aiguilles. La malade entre, en février 1887, à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 42 ; âgée environ de 45 ans, d'un certain embonpoint, Mlle X... n'a d'autres troubles de la santé générale que les phénomènes nerveux mentionnés précédemment. Son affection cutanée occupe surtout les avant-bras, le dos et les plis inguinaux.

Sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, vers sa partie inférieure, on voit une plaque qui mesure environ cinq centimètres verticalement sur trois transversalement. Ses contours sinueux et légèrement saillants semblent formés de papules conglomérées ; deux de ces papules sont nettement isolées, rondes, un peu saillantes, de 2 à 3 millimètres de diamètre, elles présentent à leur partie centrale des dépressions ponctiformes qui répondent évidemment à des orifices glandulaires ou à des follicules pileux et sont identiques à celles que l'on observe dans le lichen plan vulgaire ; des dépressions semblables, très prononcées, se voient en nombre considérable sur toute la surface de la plaque, elles sont entourées d'une légère saillie épidermique ; la plaque est décolorée, blanche, luisante, d'aspect cicatriciel ; de nombreux plis la sillonnent et s'entrecroisent pour former un quadrillage. En dehors de cette plaque, on voit isolées plusieurs taches lenticulaires qui présentent les mêmes caractères et les mêmes dépressions ponctiformes.

Sur la partie correspondante de l'avant-bras droit, existe une plaque à peu près semblable ; ses contours sont plus irréguliers ; on retrouve à sa périphérie les mêmes saillies papuleuses et les mêmes dépressions ponctiformes avec exagération des plis de la peau ; il est évident que la plaque a été formée par la confluence de papules semblables à celles qui actuellement restent encore isolées.

Au niveau du pli du coude, à gauche, on voit des lésions analogues, mais moins avancées dans leur évolution. Les plaques sont moins étendues, elles affectent une direction transversale et sont parallèles aux plis de la peau ; on y remarque les mêmes dépressions avec collerettes épidermiques, la même exagération des plis cutanés qui ont été signalés précédemment. Ces plaques sont légèrement rosées. A la face inférieure du même bras, on trouve, confondue inférieurement avec les précédentes, une grande plaque présentant les mêmes caractères ; elle desquame légèrement ; même plaque luisante et légèrement saillante sur ses bords au devant du sternum ; elle est formée de petits éléments isolés à la périphérie, réunis au centre et représentant des papules affaissées. Ce fait ressort clairement des caractères que les lésions présentent dans la région dorso-lombaire ; on y voit en effet, en même temps que plusieurs grandes plaques cicatricielles analogues aux précédentes, des papules encore récentes, saillantes, aplaties, luisantes, rosées, parsemées de dépressions ponctiformes, semblables en un mot à celles du lichen plan ; leur couleur est moins foncée qu'elle ne l'est d'ordinaire dans cette maladie ; un certain nombre affectait cette disposition en série linéaire qui est presque caractéristique du lichen plan. La malade éprouve encore parfois des sensations pénibles au niveau de ces plaques ; elle accuse à la vulve un prurit intense et l'examen des régions vaginales y fait voir un épaississement considérable avec exagération des plis de la peau. L'examen histologique a été pratiqué par M. Darier qui nous a remis à ce sujet la note suivante :

« L'une des papules relativement anciennes que j'ai excisées a été durcie par l'alcool, réduite en coupes qui ont été colorées par différents réactifs et dont la série a été conservée. L'autre a été plongée dans le liquide de Flemming ; elle était plus petite, un peu endommagée et n'a pu servir qu'à l'étude de quelques détails.

Ce qui frappe tout d'abord à l'examen des coupes d'ensemble, c'est l'absence des papilles dans toute l'étendue de la papule. Le derme est limité du côté de l'épiderme par une ligne à peine sinueuse. L'œil est ensuite attiré par la présence de bouchons cornés enchâssés dans l'épiderme et faisant un peu saillie, bouchons déjà appréciables à l'œil

©BIU Santé

nu et à l'examen clinique sous forme de petites éminences cornées parsemées sur la surface lisse de la papule de lichen.

Ces deux lésions nous arrêteront chemin faisant ; mais il importe de procéder méthodiquement et d'examiner à part chacune des couches de la peau.

Commençant par l'épiderme, on voit que sa couche cornée est un peu plus épaisse qu'elle ne l'est normalement dans cette région du corps, mais que les cellules qui la composent sont comme d'ordinaire dépourvues de noyaux. Le stratum granulosum est également épaissi, composé de trois à quatre couches de cellules infiltrées d'éléïdine.

Le corps muqueux de Malpighi a au contraire une hauteur moindre que la normale ; il semble comme étiré à la surface du derme, ce qui tient peut-être à ce que ses cellules ont moins de vitalité, et que leur prolifération est trop peu active. En effet les cellules à filaments d'union, bien conformées dans les couches supérieures, ont dans la première rangée une forme un peu anormale ; elles sont peu hautes, quelquefois plus globuleuses que cylindriques, peu intimement unies à la membrane basale du derme. En quelques points j'ai même trouvé des groupes de ces cellules qui avaient subi la dégénérescence colloïde. Sur les préparations provenant du fragment fixé par le liquide de Flemming, on ne trouve que fort peu de cellules migratrices dans l'épiderme et presque pas de figures de karyokinèse.

Dans toute la partie centrale de la papule, les papilles font complètement défaut ; elles reparaissent vaguement sur les bords. Sur les coupes traitées par l'acide acétique dilué après coloration par le picro-carminate, on reconnaît cependant les points où se trouvaient originairement les papilles à la présence de bouquets de fibres élastiques très fines, comme celles qui forment normalement la charpente des papilles, bouquets, noyés ici dans un tissu conjonctif dense. La région immédiatement sous-épidermique est en effet constituée par un feutrage de faisceaux conjonctifs notablement plus serré que d'ordinaire.

N'ayant aucune raison de croire que cet effacement des papilles fut dû dans ce cas à une poussée venue du côté du derme et ayant soumis l'épiderme à une tension véritable, j'ai supposé qu'on devait en chercher la cause dans cette sclérose de la couche sous-épidermique; cette sclérose a pu amener l'atrophie ou même, à proprement parler, la rétraction des prolongements papillaires.

La sclérose du reste existe aussi dans les couches plus profondes du derme ; les faisceaux conjonctifs sont serrés, les cellules connectives sont rares. On trouve en outre, dans les couches moyenne et profonde, des vestiges indéniables d'une inflammation subaiguë ou chronique ; ce sont de véritables manchons de cellules embryonnaires qui entourent un certain nombre de vaisseaux de la peau, infiltrent leur tunique adventice et leur forment comme une gaine à bords mal délimités. On sait qu'un certain nombre d'auteurs admettent, et je crois, avec raison, que cette altération périvasculaire constitue la lésion fondamentale et probablement initiale du lichen. La papule examinée étant ancienne, rien d'étonnant à ce que ces amas de cellules soient peu abondants et d'étendue restreinte.

Quant aux vaisseaux eux-mêmes, ils m'ont paru étroits, mais je ne voudrais rien affirmer, car je n'ai pas pu y reconnaître d'endartérite; peut-être sont-ils resserrés par leur gaine cellulaire. Dans certains capillaires des couches superficielles du derme, j'ai constaté en revanche un gonflement manifeste des cellules endothéliales qui en rétrécissait le calibre.

De l'état des nerfs, je ne puis absolument rien dire, étant données les techniques que j'ai mises en usage. Ceux que j'ai vus accompagnaient les vaisseaux et étaient compris dans la zone infiltrée de cellules embryonnaires.

Il me reste à parler des glandes et des follicules pileux.

Les bouchons cornés que j'ai signalés déjà, et que j'ai trouvés au nombre de cinq ou six dans la papule coupée en série, ont une forme conique à sommet inférieur et siègent évidemment, non pas à l'embouchure des follicules pileux, comme on serait tenté de le croire (Auspitz), mais à l'orifice des glandes sudoripares; ce fait a déjà été mis en lumière par plusieurs histologistes. Dans le cas actuel, il est de la dernière évidence; car, la série des coupes ayant été conservée, si, sur l'une d'entre elles on ne voit qu'un

SBIU Santé

amas corné sans rapports bien nets, il suffit de se reporter aux coupes subséquentes pour trouver au point le plus profond du petit cône corné l'abouchement d'un canal sudoripare avec son trajet hélicoïdal caractéristique. Ces bouchons cornés ont une hauteur décuple au moins de celle de la couche cornée du voisinage; ils sont un peu saillants à la surface où ils desquament, mais surtout ils font saillie dans le derme en déprimant sous eux le stratum granulosum très riche et le corps muqueux assez mince qui forment ainsi une sorte d'entonnoir rempli par l'amas corné. Le canal sudoripare décrit quelques tours de spire dans la partie inférieure de cet entonnoir, comme il le fait toujours en abordant l'épiderme. Mais sa portion intra-dermique est loin d'être normale; sa lumière, habituellement béante et bordée de sa cuticule, est ici revenue sur elle-même. Les deux rangées de cellules qui devraient en constituer la paroi sont remplacées par des couches stratifiées beaucoup plus nombreuses. La kératose, évidente à l'embouchure de ces glandes, s'étend donc à une certaine distance dans leur canal. Malheureusement, les fragments de peau que j'avais à ma disposition n'atteignaient pas en profondeur le siège des glomérules, car je n'en ai pas vu un seul sur mes coupes et je n'ai pu constater si l'on y trouvait une prolifération épithéliale ou un certain degré d'atrophie, comme c'est plus probable.

J'ai trouvé sur ma pièce deux follicules pileux qui siégeaient sur le bord de la papule, et tout près l'un de l'autre. Ils contenaient des poils à bulbe plein très grêles. Dans ces follicules, il y avait un épaississement notable, mais cependant peu accentué, de la gaine épithéliale externe, surtout dans sa portion supérieure. La portion profonde du follicule au-dessous du bulbe était un peu déviée, obliquement ascendante. Les glandes sébacées de ces deux poils sont absolument rudimentaires.

En résumé, le diagnostic de lichen plan ne pouvait être mis en doute, dans ce cas, de par l'aspect clinique et par l'évolution de la maladie. D'autre part, l'examen histologique n'infirmait nullement ce diagnostic posé, le confirmait, au contraire, mais révélait les particularités intéressantes sur lesquelles j'ai insisté. Dans le lichen à la période d'état, toutes les couches de l'épiderme sont augmentées d'épaisseur, infiltrées de cellules migratrices; les papilles sont à la fois allongées et élargies, les vaisseaux dilatés; tout le derme est infiltré de cellules embryonnaires accumulées surtout autour des vaisseaux.

Ici, nous avons un corps muqueux atrophié, un effacement complet des papilles, une sclérose du derme, et une kératose des glandes sudoripares. Mais ces lésions sont faciles à rattacher aux lésions classiques du lichen et en découlent, selon nous, d'après le processus suivant :

Le tissu embryonnaire qui infiltrait le derme d'une manière diffuse s'est organisé en donnant lieu à de la sclérose, à une sorte de tissu de cicatrice. Celui-ci, en se rétractant, a gêné la circulation nutritive du plasma, d'où à la fois rétraction et atrophie des papilles, atrophie du corps muqueux et modification de l'évolution épidermique marquée surtout à l'orifice des glandes.

C'est là une exagération de ce qui se produit dans tout lichen au moment de la guérison; mais cette évolution spéciale mérite à notre cas le nom de *lichen scléreux* ou *lichen atrophique;* on dira *scléreux,* si l'on veut insister sur la pathogénie des lésions qui lui sont spéciales; *atrophique,* si l'on veut exprimer le résultat final. »

L'examen histologique est venu confirmer ainsi le diagnostic que nous avions porté, et qui a été également celui de M. Besnier; M. Hardy, consulté en ville par la malade, avait formulé une opinion semblable en dénommant son affection *eczéma lichénoïde*, car pour lui le lichen est une variété d'eczéma.

En résumé, le *lichen plan atrophique* débute par la formation de papules qui, d'abord semblables à celle du lichen plan vulgaire, bien que moins colorées, et donnant lieu comme elles à une sensation de prurit, palissent, s'affaissent promptement et forment ainsi des taches blanches, d'apparence cicatricielle et remarquables par la présence de dépressions ponctiformes;

©BIU Santé

ces éléments éruptifs se groupent et deviennent confluents, de manière à constituer des plaques mesurant plusieurs centimètres de diamètre; leur surface est quadrillée et criblée de dépressions ponctiformes; leurs contours sont irréguliers; on voit à leur périphérie des papules isolées, les unes affaissées et décolorées, les autres encore rosées et en activité. Ces plaques sont disséminées sur les membres et le tronc. L'éruption paraît se faire par poussées successives. L'état de notre malade a été très amélioré par l'application permanente, sur les parties malades, d'une solution de sublimé au 5/1000e ou d'une pommade au 10 0e, en même temps que par l'usage interne de l'arsenic; l'aspect de l'affection s'est notablement modifié; les papules se sont pour la plupart affaissées.

En ne considérant que les plaques cicatricielles, on pourrait penser à une sclérodermie en plaques; il y a en réalité une sclérose cutanée, mais cette sclérose s'est développée consécutivement à un lichen plan; sa disposition en îlots lenticulaires et les dépressions ponctiformes qu'ils présentent la distinguent suffisamment des plaques lisses de morphée; d'ailleurs, la présence dans le dos de papules de lichen nettement caractérisées ne peut laisser de doutes relativement à la nature de l'affection.

Ces faits suffisent à montrer que le lichen n'est pas, comme le voulait Auspitz, une affection exclusivement épidermique; le derme y est intéressé, puisqu'il s'atrophie et que ses papilles peuvent être entièrement détruites.

Le *pronostic* du *lichen plan* est assez sévère, car cette maladie, essentiellement chronique, guérit très difficilement; on peut dire cependant que, contrairement au lichen ruber d'Hebra, elle ne compromet jamais l'existence.

Le *diagnostic* en est relativement facile, quand on en a eu sous les yeux quelques cas typiques : l'aspect brillant des papules, leur surface aplatie, leurs contours polygonaux, leur dépression ponctiforme, leur coloration, le prurit dont elles sont le siège ne permettent de les confondre ni avec les syphilides papuleuses, ni avec les plaques de psoriasis, ni avec les tubercules lupiques. Il résulte de notre description, que la forme atrophique se distingue de la morphée (sclérodermie en plaques) par les contours arrondis et les dépressions ponctiformes des taches cicatricielles, alors même qu'il n'y a plus d'éléments éruptifs en activité.

Comme *traitement*, on a conseillé, à l'intérieur, l'arsenic à haute dose et, comme topique, les applications soit de glycérolé tartrique (Vidal), soit de pommade pyrogallique (Besnier); Unna dit avoir obtenu les meilleurs effets d'une pommade comprenant 1/500e de sublimé et 4/100es d'acide phénique; Kaposi l'a expérimentée sans lui voir produire aucun résultat. Nous avons vu, chez une malade, les papules s'affaisser rapidement sous l'influence d'applications renouvelées tous les cinq jours de collodion bi-ioduré au 100e. Le plus souvent, les lésions persistent partiellement et il se fait de temps à autre de nouvelles poussées.

On a pu voir, par les détails dans lesquels nous sommes entrés, que le lichen plan constitue une espèce morbide bien distincte, présentant des caractères cliniques et une évolution qui lui sont propres; sommes-nous éclairés sur sa nature? On peut répondre négativement. L'histologie constate l'existence de lésions multiples dont aucune n'est caractéristique; on ne peut déterminer quels sont les éléments primitivement intéressés ni quelle cause en trouble la nutrition. On peut invoquer en faveur du para-

©BIU Santé

sitisme l'analogie que présentent les papules élémentaires avec celles de la syphilis, leur développement en plaques qui s'étendent de proche en proche et l'existence des microbes signalés par Lassar; mais ce ne sont là que des présomptions. On s'est appuyé, pour admettre une tropho-névrose, sur les troubles de l'innervation qu'accusent les malades, mais on a objecté avec raison qu'ils peuvent être l'effet des sensations pénibles que provoque la maladie. Nous restons donc forcément dans l'incertitude; l'histoire clinique du lichen plan est faite, mais sa nature reste indéterminée; il y a là une série de recherches à faire, de progrès à réaliser.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU FOIE, par J. CYR. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Traducteur de Murchison et médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, M. Cyr était mieux placé que qui que ce soit pour écrire un traité complet sur la pathologie du foie.

Aussi l'ouvrage qu'il vient de nous donner est-il particulièrement intéressant et mérite-t-il une analyse sérieuse. Dans notre résumé, forcément écourté, nous insisterons surtout sur les opinions personnelles de l'auteur, et ferons principalement ressortir les résultats qu'il a obtenus dans le traitement hydro-minéral des différentes maladies du foie.

M. Cyr, après un court exposé d'anatomie normale, consacre la première partie de son ouvrage à l'étude de la pathologie générale de la glande hépatique et développe à ce propos des considérations du plus haut intérêt. Après avoir insisté sur la difficulté qu'il y a parfois à reconnaître le volume exact du foie, il montre que la contracture isolée du muscle grand droit de l'abdomen est une des causes d'erreur les plus fréquentes. Cette contracture peut exister dans les crises de coliques hépatiques et faire croire à une augmentation de volume de l'organe; quelquefois aussi, sans cause connue, le foie s'allonge dans le sens vertical et les résultats de la mensuration deviennent erronés.

Réfutant une fois de plus les idées de Beau, M. Cyr montre que l'hépatalgie est des plus rares, en admettant même qu'elle existe; toute idée préconçue est du reste mauvaise, et « il ne croit nullement exagérer en disant qu'une douleur siégeant à l'épigastre, ou y ayant son point de départ, peut être aussi bien d'origine hépatique que d'origine gastrique ». Pour lui, les douleurs de la région du foie peuvent se diviser en quatre grands types : 1° Le type lancinant, à paroxysmes; 2° la sensation douloureuse du poids énorme du côté droit; 3° la douleur sourde d'intensité modérée; 4° enfin, la douleur continue, très vague; tout cela ayant une grande valeur séméiologique. Les irradiations sont fréquentes, et en tête se place la scapulalgie qui se voit surtout dans l'hépatite suppurée, la lithiase biliaire et le cancer.

Après avoir insisté avec juste raison sur une de ses idées favorites, l'élément périodique dans les affections hépatiques, et avoir montré l'importance, pour le diagnostic, des lésions thoraciques, notre confrère étudie longuement le traitement général des maladies du foie. Il indique d'abord minutieusement le sens dans lequel le régime doit être conduit et passe ensuite à la thérapeutique hydro-minérale. Il est utile de ne pas abuser de la consommation des eaux de table chez les hépatiques, et il faut leur recommander, comme stations minérales, Vichy, Vals et Le Boulou, Vichy l'emportant de beaucoup sur les autres. Aucune autre médication ne saurait être comparée à l'administration de ces dernières eaux dans la cholélithiase et la congestion chronique.

Tout le monde, depuis longtemps, s'accorde à reconnaître la grande utilité des alcalins dans l'affection calculeuse et l'efficacité bien plus grande de ces médicaments lorsqu'on les administre sous forme d'eaux minérales. Données prudemment et à doses convenablement réglées, les eaux de Vichy sont parfaitement innocentes des méfaits dont

©BIU Santé

on les a tant de fois accusées; la cachexie alcaline est une rareté, et quand par hasard elle se produit, elle résulte de ce que l'on peut, avec justice, appeler de véritables « excès de boisson ». D'après les recherches de Pupier et Labaubie, bien loin de provoquer l'anémie, les eaux augmentent le nombre des globules rouges et l'on n'a rien à redouter de ce côté.

Dans les congestions chroniques du foie, telles que celles observées à la suite des excès alimentaires ou dans l'arthritisme, dans les hyperémies de l'organe consécutives aux fièvres d'Afrique, la cure alcaline donne les meilleurs résultats; une lésion cardiaque évidente n'est même pas une contre-indication absolue à une médication thermale bien dirigée et « sans prétendre nullement, dit M. Cyr, préconiser d'une façon générale ce moyen de traitement dans les cas les plus défavorables, nous croyons que, chez certains sujets que la cachexie cardiaque n'a pas encore trop déprimés, et chez lesquels les symptômes hépatiques dominent momentanément, on pourra en essayer, pourvu qu'on y mette beaucoup de ménagement ». Du reste, notre confrère tient à le dire lui-même, d'autres sources telles que Vals peuvent donner de bons résultats dans des cas analogues.

Bien loin d'imiter beaucoup de médecins hydrologues, pour lesquels la station où ils se trouvent a toutes les vertus, M. Cyr indique nettement les contre-indications des eaux de Vichy, ainsi que les sources qui peuvent parfois les remplacer ou leur être préférées. Nous ne pouvons malheureusement le suivre dans l'étude détaillée qu'il consacre à chacune des affections de la glande hépatique, mais nous croyons en avoir assez dit pour montrer combien peut être utile la lecture d'un livre écrit à la fois par un praticien et par un savant, deux qualifications qui ne vont pas toujours ensemble. — P. Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Sensibilité relative de l'organe de l'odorat. — Le *Boston medical and Surgical Journal* du 10 mars 1887 raconte, d'après le *Medical Press and Circular*, des expériences curieuses qui ont été faites par MM. Nicholls et Bailly dans le but d'apprécier le degré de sensibilité de l'organe de l'odorat chez les divers sujets humains. Il résulte de ces expériences, qui, selon toute apparence, ont besoin d'être contrôlées, que le sens de l'odorat est généralement *beaucoup* plus délicat chez l'homme que chez la femme! — R.

Le professeur Schrœder. — L'autopsie du professeur Schrœder a démontré qui la cause de sa mort a été un abcès cérébral. Six ans avant sa mort, il avait souffert d'une ophthalmie et d'un érysipèle que l'on avait attribués au contact dans l'œil d'une matière septique. Quoique guéri, il resta sujet à des vertiges et à des syncopes, dont on plaçait la cause dans une faiblesse cardiaque. L'hiver de 1885 à 1886, gravement atteint, on lui conseilla le séjour de Nice. En novembre dernier, des symptômes sérieux se manifestèrent de nouveau, et il se rétablit; mais quatorze jours avant la mort des signes graves de maladie cérébrale le forcèrent de garder le lit. Le diagnostic flottait entre abcès du cerveau, tumeur cérébrale et méningite. L'autopsie, faite sous la direction du professeur Virchow, a fait voir à la partie postérieure de l'hémisphère droit, un abcès enkysté du volume d'une noix, qui s'était ouvert dans la direction du ventricule droit, en donnant lieu à une hémorrhagie violente et à une inflammation aiguë. On trouva, en outre, les restes d'un plus petit abcès dans le médiastin, près du poumon droit et de l'œsophage. Aucune autre trace de maladie ne fut découverte. (*The medical Record*, 19 mars 1887). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de candidature de M. le docteur Beauregard pour la section de pharmacie.

©BIU Santé

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section d'hygiène et de médecine légale en remplacement de M. Gallard, décédé.

M. LE PRÉSIDENT, à l'occasion de la réapparition de M. Pasteur aux séances de l'Académie, félicite son illustre collègue du rétablissement de sa santé et fait des vœux pour que ce rétablissement soit complet et durable.

M. PASTEUR remercie M. le Président de ses paroles bienveillantes.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le professeur Jacobelli (de Naples), un appareil très ingénieux désigné sous le nom d'*atmomètre*, et destiné, à l'aide de diverses manœuvres ingénieuses, à faire pénétrer dans les cavités de l'organisme les vapeurs de tous les liquides médicamenteux. On peut également, avec cet appareil, au lieu d'air ou de vapeurs, faire pénétrer de l'eau dans ces cavités et y opérer les lavages jugés nécessaires.

M. DE RANSE présente, de la part de M. le docteur Fargeol, trois brochures intitulées :
1° *Les eaux thermales des Pyrénées, leurs vertus, leurs dangers; méthodes et errements.*
2° *Eruptions, granulations et ulcérations des organes sexuels de la femme; traitement classique et thermal.*
3° *Les maladies chroniques de la gorge et de la voix; hygiène et traitement.*

M. MARJOLIN dépose divers rapports des médecins-inspecteurs des enfants en bas-âge.

M. GUERNEAU DE MUSSY (Henri) présente, de la part de M. le docteur Lecuyer, de Beaurieux (Aisne), une brochure intitulée : *Le lait des vaches atteintes de pneumonie contagieuse peut-il transmettre la maladie à l'espèce humaine?*

M. BOUCHARD offre en hommage ses *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, professées pendant l'année 1885, recueillies et publiées par M. le docteur P. Le Gendre.

M. Léon COLIN présente, de la part de M. le docteur Adrien Schmit, médecin-major de 2e classe, deux mémoires manuscrits intitulés : 1° *Accidents de l'intoxication par le fromage de porc altéré, observés en Tunisie;* 2° *Réflexions sur les revaccinations.*

M. LAGNEAU dépose un rapport sur les maladies épidémiques de Genève en 1885.

M. le docteur HALTENHOFF lit un travail intitulé : *Note sur le vertige paralysant*, maladie de Gerlier. (Comm. des épidémies.)

— L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux; voici le classement des candidats :

En première ligne, M. Zambaco, à Constantinople; en deuxième ligne, M. Marquez, à Hyères; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Bonnet (Ossian), à Rio-Janeiro; M. Gibert, au Havre; M. Mauricet, à Vannes; M. Riembault, à Saint-Etienne.

Au premier tour, M. Zambaco est élu par 34 voix contre 6 à M. Bonnet (Ossian), 6 à M. Riembault, 4 à M. Marquez, 2 à M. Mauricet, 1 à M. Gibert.

Au deuxième tour, M. Marquez est élu par 35 voix contre 19 à M. Mauricet, 9 à M. Bonnet, (Ossian), 1 à M. Gibert.

— M. Alphonse GUÉRIN lit un travail intitulé : *Adéno-phlegmon juxta-pubien.*

« Dans la crainte, dit le savant chirurgien, de blesser la susceptibilité de nombreux auteurs vivants qui ont décrit le phlegmon du ligament large, je n'ai pas dit assez nettement ma pensée sur cette maladie dont l'existence, loin d'être démontrée, me paraît à peu près impossible.

« Depuis dix ans, j'ai prouvé que les symptômes qui lui ont été attribués appartiennent à la maladie que j'ai appelée adéno-phlegmon juxta-pubien.

« Depuis cette époque, j'ai vainement cherché dans la littérature médicale un fait, un seul fait qui démontre incontestablement l'existence du phlegmon du ligament large.

« Si l'on a admis cette affection, c'est que l'on n'a pas tenu compte de la disposition anatomique de l'ensemble des membranes destinées à protéger les organes internes de la génération. »

©BIU Santé

M. Guérin rappelle cette disposition anatomique et montre qu'elle rend impossible l'existence du phlegmon des ligaments larges. Il rappelle, en outre, qu'il a démontré depuis longtemps, dans ses *Leçons sur les maladies des organes génitaux de la femme*, qu'il existe une autre maladie qui se montre à nous avec tous les signes attribués au phlegmon des ligaments larges.

Après avoir découvert cette maladie, M. Alphonse Guérin l'a désignée sous le nom d'adéno-phlegmon juxta-pubien. Elle est caractérisée par une tumeur existant sur le côté de la matrice et s'étendant vers le ligament de Poupart. Par le toucher, on reconnaît qu'elle est, au début, limitée à cette région. Peu à peu le gonflement s'étend sous la paroi abdominale et constitue ce que l'on a appelé le *plastron*. Elle prend naissance dans les ganglions placés près du trou sous-pubien, dans lesquels se rendent les lymphatiques de la partie superficielle du museau de tanche.

Quand on sait que les ganglions reçoivent des lymphatiques provenant du réseau qui couvre la surface du col de l'utérus, on comprend facilement l'étiologie de l'adéno-phlegmon décrit par M. Alphonse Guérin. On doit même s'étonner, dit l'auteur, qu'il ne soit pas plus fréquent lorsqu'on tient compte des blessures qui sont faites à cet organe par des cautérisations inopportunes ou par les pinces à griffes dont on se sert pour examiner le col plus facilement.

La propagation de l'inflammation du ganglion au tissu cellulaire voisin explique aisément la formation du plastron. C'est un véritable bubon inflammatoire, peut-être dû à des microbes, mais qui guérit très vite quand, avec le bistouri, on a donné issue au pus.

Comme M. Guérin a démontré par deux autopsies que tous les signes attribués au phlegmon du ligament large, existent dans le phlegmon juxta-pubien, il se croira autorisé à nier l'existence de la première de ces maladies, tant que, par des recherches sur le cadavre, on ne lui aura pas montré une inflammation du tissu cellulaire exclusivement bornée aux ligaments larges.

M. le président Sappey croit devoir faire observer à son savant collègue, M. Alphonse Guérin, que sa description du phlegmon juxta-pubien est sapée par sa base, puisqu'il est reconnu qu'aucun des vaisseaux lymphatiques émanés du col de l'utérus ne se rend au ganglion sous-pubien.

M. Alphonse Guérin répond que M. Sappey pourra, quand il le voudra, voir à Clamart une pièce anatomique préparée par M. le docteur Le Bec, montrant que les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus se rendent à ce ganglion.

— M. Panas, à l'occasion du projet du monument à élever au célèbre ophthalmologiste français, Jacques Daviel, lit une note dans laquelle il déclare que dans la pléiade d'hommes éminents qui illustrèrent la science ophthalmologique, Jacques Daviel tient incontestablement le premier rang, grâce à sa découverte de l'opération de la cataracte par extraction. Jacques Daviel s'était retiré en Suisse, où il mourut obscurément, sans même qu'on sût jusqu'à il y a deux ans le lieu exact de sa sépulture.

Nous devons à nos confrères suisses, et, en particulier, au docteur Haltenhoff (de Genève) d'avoir fait des efforts pour le découvrir. Ils firent plus ; dans le cimetière du grand Zaccounes ils élevèrent, à leurs propres frais, un monument commémoratif au grand ophthalmologiste français.

A son tour la Normandie, pays d'origine de Daviel, s'est émue ; un comité de souscription s'est formé pour toute la France pour l'érection d'un monument digne du grand nom de Daviel, dans son pays natal; il espère que tous les médecins et tous les chirurgiens français voudront y contribuer.

De son côté, M. Panas offre à l'Académie, pour orner la salle des séances, un médaillon en bronze de Daviel destiné à rappeler la part patriotique que les membres de la savante Compagnie auront prise dans l'expression des hommages dus à la mémoire d'un homme qui a rendu des services à l'humanité entière et dont la France s'enorgueillit à juste titre. (Applaudisssments.)

— A quatre heures et demi l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture

©BIU Santé

du rapport de M. Gabriel Colin (d'Alfort) sur les candidats au titre de correspondant étranger.

Voici le classement adopté par la Commission : En première ligne, M. Rœll (de Vienne) ; en deuxième ligne, M. Lemoigne (de Milan) ; en troisième ligne, M. Fleming (de Londres).

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMITE. — Diday.

Appliquer six sangsues bien exactement sur le cordon, immédiatement au-dessus du testicule. — Après la chute des sangsues, rester au lit 4 ou 5 jours, en se tenant étendu sur le dos, un traversin sous le jarret du côté malade. — Toutes les trois heures, appliquer un cataplasme de farine de lin assez large pour envelopper les bourses et s'étendre sur le cordon. Le recouvrir de ouate pour entretenir la chaleur. — Tenir le scrotum soulevé sur une serviette massée en forme de coussin. — Prendre, tous les jours ou tous les deux jours, un lavement additionné de 40 grammes de miel de mercuriale. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NÉCROLOGIE. — Sont décédés : à Mont-Vernon, dans l'Ohio, John W. Russell, un des plus âgés et des plus respectables médecins de cet Etat ; à Atlanta, docteur Kirk, président de la Société médicale de l'Illinois ; à Birmingham, sir B. Walter Foster, président du Conseil de *British medical Association*, membre du Parlement ; à Londres, docteur Arthur Farre, estimé comme chirurgien et comme écrivain, médecin consultant de la reine ; à Saint-Pétersbourg, le professeur Borodin, chaud partisan des étudiantes médicales en Russie. (*Journ. of the am. med. Association*, 2 avril 1887.) Docteur Arlt, ophthalmologiste allemand estimé ; docteur W. S. Little, oculiste à Philadelphie ; professeur Magni, oculiste italien distingué ; docteur John G. Westmorland, à Atlanta. (*The amer. Lancet*, avril 1887.)

CRÉMATION. — Les autorités sanitaires de New-York City ont refusé de donner les permis pour l'incinération des décédés, par ce motif que les lois de l'Etat édictent que tous les corps morts humains doivent être soumis à l'enterrement. (*The americ. Lancet*, avril 1887.)

PROPRIÉTÉ PLUS OU MOINS INJURIEUSE DE LA PILULE. — Tout récemment, une jeune femme a été arrêtée à Londres pour avoir répondu à un policeman qui l'invitait à circuler : « Vous me faites l'effet d'une pilule ! » La question était de savoir si la comparaison avec une pilule était ou n'était pas une insulte. Le juge a décidé qu'il n'y avait pas d'insulte, attendu qu'il y a plusieurs espèces de pilules, ayant des effets très divers, et que l'accusée n'avait point spécifié à quelle espèce elle avait assimilé le policeman. En conséquence, la jeune femme a été renvoyée de la plainte. (*Technics*, 22 mars 1887.)

HÔPITAL PROTESTANT FRANÇAIS, VICTORIA-PARK. — Dans la dernière réunion des administrateurs et des amis de cette institution charitable, un rapport général a mis en lumière tout le bien dont elle est la source. (*The Lancet*, 16 avril 1887.)

CHIENS ERRANTS A LONDRES. — Pendant le mois de mars, 1,246 chiens errants ont été dirigés par la police sur le dépôt intitulé : *Dog's Home ;* 12 ont été tués dans les rues de Londres comme enragés ou féroces ; 65 personnes, dont 2 constables, ont été mordues. (*The Lancet*, 16 avril 1887.) — R.

L'HYPNOTISME EN SUISSE. — Le conseil de santé du canton de Vaud a prohibé les représentations publiques concernant l'hypnotisme, le magnétisme ou le somnambulisme. Même quand ils auront à faire des expériences purement scientifiques sur ce sujet, les médecins et savants devront en demander l'autorisation préalable au Conseil de santé.

©BIU Santé

Nominations. — Le professeur G. B. Ughetti est nommé professeur ordinaire de pathologie générale à l'Université de Catane, et le professeur N. Peletti est appelé à la chaire de pathologie spéciale démonstrative de la même Université.

— A la faculté de médecine de l'Université de Kasan vient de s'ouvrir une clinique de maladies nerveuses.

Exposition d'hygiène a Milan. — A l'exposition de mouture et panification qui aura lieu le mois prochain à Milan seront annexées deux sections spécialement affectées à l'hygiène et aux instruments de sauvetage.

La pellagre, la médecine populaire, la chimie et microscopie, eaux potables, pharmacie, céréales etc., seront l'objet de divisions spéciales dans ces deux intéressantes sections.

Ch. S.

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.

Académie de médecine. — Commissions de prix pour 1887 :

Prix de l'Académie. — MM. Larey, Legouest et Le Fort (Léon).
Prix d'Argenteuil. — MM. Ricord, Guyon et Duplay.
Prix Barbier. — MM. Marjolin, Le Roys de Méricourt et Nocard.
Prix Buignet. — MM. Giraud-Teulon, Gariel et Schützenberger.
Prix Capuron. — MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier.
Prix Civrieux. — MM. Villemin, Peter et Fournier.
Prix Daudet. — MM. Bucquoy, Potain et Siredey.
Prix Desportes. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Germain Sée.
Prix Godard. — MM. Trélat, Panas et Polaillon.
Prix Laval. — MM. Luys, Ball et Bouchard.
Prix Lefèvre. — MM. Empis, Blanche et Mesnet.
Prix Monbinne. — MM. Moutard-Martin, Laboulbène et Lancereaux.
Prix Portal. — MM. Bourdon, Charcot et Cornil.
Prix Vernois. — MM. Rochard, Besnier et Vallin.

— La cinquième conférence transformiste sera faite le jeudi 12 mai, à quatre heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Mme Clémence Royer traitera de l'*Évolution mentale dans l'humanité et dans la série organique.* — On se procure des billets au siège de la Société.

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 mai 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Malibran : Rapport sur la candidature de M. Berne. — 2. M. Bouloumié : Médications actuelles des glycosuries et des diabètes. — 3. M. Budin : Note sur un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse. — 4. M. Abadie : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'orbite. — 5. Vote sur la candidature de M. le docteur Dumas.

— Vient de paraître à la Librairie médicale A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain, à Paris : **Bibliographie méthodique des livres de médecine** (Chirurgie, Pharmacie, Art vétérinaire, etc., 1860-1887), suivie de la Table générale des noms d'auteurs. Cette Bibliographie sera envoyée *gratuitement* aux abonnés de l'*Union médicale*, qui en feront la demande directement à la librairie Maloine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Paul Chéron : L'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — III. Nouvelles de l'étranger. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

L'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine (1).

Le réseau des collecteurs donne passage annuellement à 131 millions de mètres cubes, y compris les eaux pluviales, soit par jour 359,000 mètres cubes. Chaque mètre cube contient environ 2 kil. 55 gr. de matières suspendues ou dissoutes, et on a pu calculer qu'il sort chaque jour de Paris, par la voie des égouts, l'équivalent en azote de plus de 3,000 tonnes de fumier. Presque tout cela va empoisonner la Seine, question grave et qui réclame une prompte solution, comme va le mettre en évidence un court résumé de l'état actuel de Paris au point de vue de l'hygiène.

Quatre systèmes sont actuellement en usage pour recueillir et évacuer les immondices : les fosses fixes, les fosses mobiles, les tinettes filtrantes, l'écoulement direct à l'égout.

Les inconvénients multiples des fosses fixes sont connus de tous. Elles forcent les propriétaires à faire une guerre acharnée à l'eau, cet élément indispensable de l'hygiène, rendent nécessaire un enlèvement toujours malpropre et difficile, quels que soient les perfectionnements récents, et enfin obligent à conserver autour de la ville une véritable enceinte de dépotoirs et d'usines à engrais, sources de ces odeurs de Paris sur lesquelles on a tant écrit en pure perte. Ce mode de vidanges, reste des temps barbares, ne trouve plus de défenseurs, car une de ses conséquences est l'existence de l'ignoble usine de Bondy contre laquelle les plaintes ne se comptent plus.

(1) Bourneville, *Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et de l'assainissement de la Seine.*

FEUILLETON

CAUSERIE

Promenades au Salon.

I

On a beau dire, on l'attend toujours avec impatience, ce festoiement de la peinture qui s'appelle le Salon, et tant qu'il dure, il a l'assiduité des Parisiens, qui s'y complaisent comme à une récréation accoutumée. Semblable à un être qui aurait le pouvoir de déplacer à volonté ses centres fonctionnels, suivant les besoins du moment, l'organisme parisien change de centre vital suivant les saisons, les jours et les heures : le dimanche au champ de courses, l'après-midi au bois, le soir à l'Opéra, ce cœur de Paris bat, entre mai et juin, au Palais de l'Industrie, où les ondées de la circulation nous font passer et repasser comme dans un cycle régulier. Laissons-nous faire, laissons-nous porter par le courant dans cette grande serre où se déploie, chaque printemps, la floraison de l'art français ; la promenade est charmante, et parmi les fleurs de la récolte d'aujourd'hui, quelques-unes ont le parfum et la couleur des grandes espèces.

©BIU Santé

Les fosses mobiles ne peuvent desservir qu'une infime portion de la population parisienne ; si elles existaient partout, 2,300 voitures portant chacune dix tonneaux devraient circuler chaque jour à travers les rues de la ville, ce qui amènerait une forte aggravation dans l'état actuel déjà peu satisfaisant ; ajoutons que, comme les fosses fixes, elles rendent les dépotoirs nécessaires.

Les tinettes filtrantes permettent l'emploi libéral de l'eau, car elles laissent écouler à l'égout toutes les matières liquides et la portion des solides qui se désagrège. Malheureusement elles forment au bas des maisons une espèce de fosse, les bassins de déversement ne sont pas supprimés et enfin les enlèvements fréquents sont des plus désagréables. On l'a dit depuis longtemps : la tinette-filtre est l'*hypocrisie du tout à l'égout*.

L'envoi immédiat à l'égout, avant toute fermentation, des matières fraîches noyées dans un cube suffisant d'eau de lavage, telle est la solution qui s'impose. A Paris, ce mode de vidanges est pratiqué déjà d'une façon à la fois officielle et clandestine. Officiellement les chalets de nécessité, le nouvel Hôtel de Ville, etc., communiquent avec le réseau souterrain ; clandestinement, les déversements dans les plombs, ceux que font les vidangeurs dans les bouches d'égout, les infiltrations dans le sol jettent dans l'égout, d'après les évaluations précises, les trois quarts de l'azote produit journellement. Un cube de matières liquides assez important se mêle donc d'ores et déjà aux eaux qui se rendent à la Seine et va contribuer à son infection.

L'état de la rivière devient, en effet, de plus en plus intolérable. En amont de Paris, la Seine et la Marne reçoivent à elles deux quarante égouts, et pour éviter une altération profonde des eaux, le département s'occupe en ce moment de construire de nouveaux collecteurs destinés à éviter le mélange des résidus impurs avec le courant des rivières. Par suite des quelques déversements qui ont lieu pendant la traversée de la ville, l'état des eaux devient de plus en plus mauvais, mais c'est à partir du pont d'Asnières

---

Justement, cette année, une bonne partie des honneurs et de l'attrait du Salon revient à des œuvres qui nous touchent de près.

C'est d'abord, dans la salle 23, le grand tableau de M. Brouillet, intitulé : *Une leçon clinique à la Salpêtrière*. Le public qui, sur le titre, s'attendait à trouver là satisfaction à certaine curiosité, revient vite de cet espoir ; M. Brouillet ne lui apprend pas grand'chose sur l'hypnotisme, mais il lui montre, avec une sobriété pleine de tact et une sûreté magistrale d'exécution, la physionomie de cet enseignement célèbre. Le professeur Charcot, debout au centre de l'action, la main droite entr'ouverte dans un geste explicatif, est d'une ressemblance parfaite ; ressemblant, on peut le dire, des pieds à la tête, car ce n'est pas seulement le masque bien connu du maître qui est d'une fidélité irréprochable, mais aussi son attitude, la pose de ses jambes, toute sa personne enfin, qui est là prise sur le vif. Une jeune fille, nullement désagréable à voir, sert de sujet à la leçon ; elle est en léthargie et tombe dans les bras des infirmières, qui vont la recoucher sur un brancard ; ce groupe anime d'un mouvement bien ménagé tout le côté droit du tableau ; à gauche, sont les auditeurs, dont le peintre a choisi seulement une élite, pour en faire autant de portraits, ce qui a l'inconvénient de restreindre la scène à une sorte d'intimité, sans donner une idée de la nombreuse assistance qui se presse aux leçons de la Salpêtrière. Autour du maître sont ses aides, ses intimes : Babinski, Richer, Vigoureux, Gilles de la Tourette ; ceux-là sont ici à leur place ; j'aime moins le

©BIU Santé

au niveau du débouché du grand collecteur de Clichy, que l'infection devient véritablement insoutenable ; la rivière à ce niveau ne peut nourrir ni végétaux ni animaux et des dragages coûteux et malsains sont nécessaires pour permettre la navigation. A Saint-Denis arrive le collecteur départemental, et c'est entre la Briche et Argenteuil que l'on observe le maximum d'altération.

A partir de Saint-Germain l'amélioration commence et en 1880, d'après les travaux de M. Gérardin, ce n'était qu'au barrage de Port-Villez, à 123 kilomètres du collecteur que l'eau avait repris toutes ses qualités. L'assainissement de Paris ne peut cependant avoir comme suprême expression l'infection de sa banlieue et des départements voisins !

Plusieurs systèmes ont été proposés. Les plus connus sont ceux qui ont été appliqués par MM. Berlier et Waring ; ils offrent tous deux de nombreux désavantages et ne remédient qu'à une partie des inconvénients de l'état de choses actuel. On a cherché à dénaturer les eaux d'égout sans avoir recours à l'action du sol ; mais l'épuration mécanique, l'épuration chimique et leurs nombreux procédés n'arrivent qu'à des résultats très imparfaits. Au contraire, la filtration à travers un sol naturellement ou artificiellement perméable, avec utilisation agricole des éléments fertilisants par la végétation semble donner, comme nous allons le voir, d'excellents résultats.

Quand des eaux impures sont versées sur un sol meuble, le premier effet produit est un simple filtrage mécanique, qui retient à la surface les particules en suspension. Débarrassée des particules insolubles, dit le rapport présenté au Congrès international d'hygiène en 1878, l'eau descend plus avant, le sol s'en imbibe ; chaque particule de terre s'enveloppe d'une couche liquide extrêmement mince ; ainsi divisée, l'eau présente à l'air confiné dans le sol une surface énorme ; alors s'opère le second effet de l'irrigation, la combustion de la matière organique dissoute dans l'eau d'égout. Cette eau est assez riche en matières organiques pour nourrir les organismes chargés de l'épurer sans le secours de la matière humique

---

bouquet d'hommes célèbres dont le peintre a formé son auditoire : MM. Jules Claretie, Alfred Naquet et Paul Arène ne suivent pas normalement, que je sache, les leçons de M. Charcot, et leur présence dans cette belle composition en augmente le piquant au détriment de l'exactitude et de la simplicité. Tous sont d'ailleurs aussi ressemblants que le maître. Si j'ai mêlé d'un reproche imperceptible les éloges dus au tableau de M. Brouillet, il peut s'en consoler, comme les triomphateurs à Rome qui avaient des diseurs de vérités derrière leur char.

Quant aux gens qui préfèrent l'hypnotisme à effet, à grand orchestre, ils trouveront leur affaire dans cette même salle 23. *Une Suggestion*, d'un peintre suédois, M. Bergh, nous montre une femme rousse, aux yeux saillants et convulsés, qui se tord sous la puissance mngnétique d'un monsieur dont nous ne voyons que le dos et la chevelure aussi abondante que noire et désordonnée. Quelques spectateurs témoignent par leur ahurissement de la violence de leurs sensations, et le tout est trempé dans une teinte rougeâtre, comme il convient aux choses diaboliques. Je ne signale cette peinture extravagante qu'en raison du hasard qui l'a placée presque à côté du tableau de M. Brouillet : les personnages de M. Bergh feront bien de profiter de ce voisinage pour faire un tour à la Salpêtrière, et y apprendre à étudier l'hypnotisme avec plus de calme ; à moins qu'ils n'y mettent tant d'animation que pour se réchauffer, ce qui pourrait bien être, puisque nous sommes en Suède.

***

La chirurgie est aussi bien partagée que la médecine parmi les succès du Salon ; en

©BIU Santé

des sols, c'est pourquoi le sable calciné peut remplacer la terre végétale pour l'épuration. L'eau se charge d'apporter dans le sable les micro-organismes nécessaires et le sol nu, sans végétation, peut suffire, les plantes ayant comme rôle de faciliter l'évaporation de l'eau.

Pour que l'épuration soit complète, il faut qu'elle soit réglée de telle sorte que l'eau demeure toujours dans l'intérieur du sol un temps suffisant; l'expérimentation de laboratoire sur un échantillon de la terre suffit à déterminer ce temps par un calcul fort simple, et on peut appliquer en grand les données recueillies. Le drainage sert à établir un chemin aux eaux épurées.

Un hectare du sol de Gennevilliers ou des terrains analogues qui se trouvent dans les diverses boucles de la Seine peut débarrasser de leurs impuretés 57,000 mètres cubes d'eau, et ce chiffre n'est pas une limite supérieure. Les analyses ont montré que l'obstruction du sol n'était pas à redouter et que, de plus, l'eau des puits des terrains irrigués est plus pure que celle de la Seine en amont des collecteurs. A la dose de 50,000 mètres cubes, 2,000 hectares peuvent suffire pour les eaux d'égout de Paris; quant à l'utilisation, pour être complète, elle exige des surfaces beaucoup plus considérables et les cultures doivent être variées de façon à s'équilibrer les unes les autres au point de vue de la consommation.

A l'étranger, les résultats obtenus par l'épandage sont des plus encourageants, et Londres, qui a pu reconnaître les inconvénients de l'envoi à la mer, l'a formellement admis en principe. C'est à Berlin que l'irrigation a été appliquée sur la plus grande échelle, et c'est là surtout que l'on peut se rendre compte de ses résultats. Les récoltes, dit le rapport, sont luxuriantes et extrêmement variées. M. Barabant a déclaré n'avoir perçu aucune odeur incommode, quoiqu'il ait visité le domaine de Grosbœren par un temps très chaud, le soir, et la veille du jour où se fait le lavage hebdomadaire des égouts de Berlin. Aucun inconvénient au point de vue sanitaire n'a été constaté aux environs.

Dans les villes du Nord, à Lille, où l'on emploie l'engrais flamand, les

---

quittant la Salpêtrière, après l'intéressant séjour que nous y avons fait en si bonne compagnie, nous suivons M. Gervex qui nous conduit à Saint-Louis et nous montre M. Péan *Avant l'opération* (salle 13). C'est encore de la grande et solide peinture, c'est une page qui ajoutera beaucoup, par ses qualités sérieuses, à la renommée de M. Gervex. Un interne administre le chloroforme à une jeune femme; sur une petite table, les instruments et les accessoires de la chirurgie antiseptique, parmi lesquels se détache un grand bocal rempli d'éponges phéniquées; à la tête du lit, M. Péan raconte ce qui va se passer, en montrant à son auditoire, dont on ne voit que les premières figures, une pince hémostatique, une de ces pinces qui tout à l'heure vont s'agglomérer en gerbe sur tous les orifices des vaisseaux incisés. C'est bien M. Péan, dominant l'entourage de sa forte carrure; il est de profil, ce qui conserve au nez toute sa valeur; de ses lèvres, il semble qu'on entende sortir caverneusement quelqu'un de ces aphorismes qui caractérisent l'éloquence du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Une impression grave se dégage de cette scène, où le portrait de l'opérateur tient la plus grande place, sans nuire cependant à l'intérêt de l'ensemble.

Le professeur Mathias Duval, que nous avions déjà aperçu à la Salpêtrière parmi les auditeurs de M. Charcot, a son portrait par M. Cuyer (salle 15). Portrait assis, en robe, de grandeur naturelle, ressemblant, rendant bien l'expression réfléchie et presque triste du sympathique professeur; la tête un peu trop fuyante et pas assez éclairée.

Tout en lumière, au contraire, le portrait du professeur Léon Le Fort, par Mlle Salanson (salle 14). L'air martial et presque farouche, on dirait M. Le Fort prêt à partir

©BIU Santé

fièvres typhoïdes ne sont pas plus nombreuses que dans les autres villes de France, et M. Vallin a pu l'affirmer, « dans la région du nord de la France, l'épandage direct des matières de vidanges sur les champs labourés ne semble en rien favoriser le développement de la dothiénenthérie ». Nous tenons, ici, à ouvrir une parenthèse. Lors de l'épidémie de fièvre typhoïde de Pierrefonds, M. Brouardel a montré que la nitrification des matières mortes étant complète, les bacilles, et en particulier celui de la fièvre continue qui se plait dans les eaux chimiquement pures, pouvaient avoir conservé toute leur vitalité. C'est là une découverte de la plus haute importance, et il conviendra, croyons-nous, avant de déclarer l'épandage absolument inoffensif, d'étudier avec un grand soin ce que deviennent les bacilles répandus sur le sol.

La vaste expérience de Gennevilliers, commencée en 1869, confirme les résultats obtenus à l'étranger. Actuellement, il y a 37 kilomètres de conduits, environ 600 bouches de distribution, et le cube d'eau versé en 1885 a atteint 23,064,183 mètres cubes sur une surface de plus de 616 hectares (642 hect. au 1er octobre 1886). Les colmatages et les irrigations continuent par les plus grands froids, et ces dernières ne sont interrompues qu'au moment des fortes crues de la Seine, dont le flot emporte alors toutes les eaux des collecteurs.

Les résultats obtenus par la culture sont excellents, et le produit brut, à l'hectare, varie entre 3,000 et 10,000 francs; tous les légumes de Gennevilliers remportent les premières récompenses aux expositions horticoles de Paris et même de Seine-et-Oise. La valeur locative des terrains cultivés, qui était autrefois de 90 à 150 francs l'hectare, est actuellement de 450 à 500 francs dans les parties irriguées; la valeur du fonds est de 10,000 à 12,000 francs l'hectare.

La pureté de la nappe souterraine est parfaite et l'état sanitaire de la commune de Gennevilliers ne laisse rien à désirer. La mortalité générale était de 32 p. 1000 en 1865, et de 25 et 22 p. 1000 en 1876 et 1881. Aucune épidémie de fièvre typhoïde n'a été constatée depuis de longues années,

---

en guerre, et sa robe a des reflets de cuirasse sous les nombreuses décorations qui la constellent. Très beau portrait d'ailleurs, d'une facture vigoureuse, et qui s'accommodera mieux du jour tamisé d'un appartement que du jour trop blanc du Salon, qui donne de la crudité et un relief excessif à l'œuvre de Mlle Salanson.

J'ai cru que la série de nos maîtres de la Faculté allait se continuer par le portrait du professeur Trélat : il y a, en effet, dans la salle 30, quelqu'un qui lui ressemble beaucoup. Mais ce n'est pas M. Trélat; c'est M. Bardou, le fabricant d'un papier à cigarettes célèbre, ce qui explique l'écusson qui surmonte le cadre et porte en grosses lettres le mot : Job, cher à tant de fumeurs. Cet écusson et ce monosyllabe ont encore au-dessus d'eux une couronne qui complète l'aspect vainqueur et monumental de ce portrait; aussi les visiteurs qui seraient trompés, comme je l'ai été, par la ressemblance, seront vite désabusés par ce luxe d'accessoires dont le professeur Trélat n'aurait jamais songé à s'entourer, quelque grand fumeur de cigarettes qu'il puisse être, et en quelque affection qu'il tienne le papier Job. Chez le fabricant, cette affection est si grande qu'il a ajouté le nom de son papier à son propre nom, et s'appelle, dans le Livret, M. Bardou-Job. Encore un exemple frappant de la malechance des inventeurs; car on sait combien le personnage biblique, qui fut le véritable parrain du papier Job, a peu profité des avantages que sa vente procure aujourd'hui à M. Bardou.

***

M. Pierre de Bengy expose, dans la salle 24, un portrait de M. Chevreul, d'un dessin

©BIU Santé

même en 1882; enfin, la population de Gennevilliers, qui, en 1869, était de 2,186 habitants, est actuellement de 4,443.

Les terrains domaniaux d'Achères qui doivent recevoir la plus grande partie des eaux d'égout de la ville comprennent une surface d'environ 800 hectares, une zone boisée de 1 kilomètre étant laissée autour du parc de Maisons-Laffitte. On a admis que chaque hectare pouvait recevoir 50,000 mètres cubes par an.

Gennevilliers pouvant offrir facilement 500 hectares nouveaux à l'irrigation, on aurait immédiatement une superficie totale de 2,200 hectares. Les plaines de Colombes, Argenteuil, Bezons, Sartrouville, etc., offrent une masse irrigable de 4,500 hectares qui ne serait utilisée qu'en cas de demandes des intéressés; on ne songe nullement à imposer l'irrigation à ces villages. L'épuration sera assurée presque entièrement dès le premier jour par Achères et Gennevilliers, et il ne sera plus versé en Seine qu'une quantité d'eau très minime.

M. Carnot, ingénieur en chef des mines, se préoccupant des besoins futurs de la ville, a recherché quels seraient les terrains qu'il serait possible d'appliquer autour de Paris au déversement des eaux d'égout, et il est arrivé à un minimum de 37,000 hectares.

Répétons, en terminant, la conclusion du rapport dont nous venons de donner la substance : le projet qui est soumis à la Chambre « aura les conséquences les plus heureuses sur l'assainissement de Paris et de la Seine; il constituera un progrès agricole considérable; l'hygiène et la fortune publiques en tireront un profit incontestable ».

Paul CHÉRON.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le secrétaire perpétuel Jos. BERTRAND, remplaçant M. Vulpian, indisposé, donne

mou, d'une couleur verdâtre; les mains surtout laissent à désirer. Mais l'illustre centenaire a d'autres portraits pour se consoler, notamment deux bustes qu'on trouve côte à côte dans la grande allée de la sculpture, et qui nous montrent un Chevreul officiel, avec la plaque de la Légion d'honneur, le visage sévère, et un Chevreul de famille, sans plaque et souriant. Ces bustes sont très bons, et se font valoir précisément par les nuances différentes qu'ils donnent à l'expression du visage, tout en respectant l'un et l'autre la ressemblance. Ils sont de MM. Bernstamm et Grandin.

En peinture ou en sculpture, beaucoup de médecins ont chaque année leurs portraits au Salon; voici encore dans le jardin le docteur Héhu, par M. Boisseau; M. Terrillon et M. Joffroy, par M. Desvergnes; le docteur Nonat, par M. Feinberg; le docteur Dujardin-Beaumetz, beau marbre de Franceschi; j'en passe, et des meilleurs, respectant l'incognito des confrères qui se font désigner au Livret par une simple initiale; les bustes, sauf le plaisir qu'ils nous font en reproduisant des visages amis, ne comptent pas parmi les œuvres émouvantes du Salon; et puis il y en a tant qu'on a de la peine à trouver et à reconnaître son monde dans la quantité. Saluons encore, avant de quitter pour cette fois la sculpture, la statue en bronze de Broca, par M. Choppin, qui sera érigée sur le boulevard Saint-Germain, à côté de l'Ecole de médecine, et remontons au premier, pour finir cette promenade par un autre tableau d'actualité, *La vaccine de la rage*, par M. Laurent Gsell. Le sujet méritait un traitement meilleur. Une lumière violacée, papillotante, flotte sur tous les acteurs de cette scène, qui sont plaqués sans air et sans profondeur sur le devant de la toile. La séance a dû être fatigante, à en juger par l'acca-

©BIU Santé

lecture d'une longue lettre du docteur Onimus, concernant un soldat, employé au bureau télégraphique, à Nice, qui, au moment du tremblement de terre du 23 février, aurait été frappée de paralysie du bras droit. La main était au contact des appareils télégraphiques quand la secousse s'est fait sentir. La paralysie a persisté pendant cinq heures et s'est dissipée graduellement. M. le docteur Onimus se demande si cet accident doit être attribué à l'influence électrique ou s'il ne s'agit que d'un effet d'imagination; et, après avoir discuté les deux hypothèses, il ne conclut pas d'une façon absolument ferme.

M. Chauveau, qui n'assiste pas à la séance, adresse une note sur « les conséquences physiologiques de la détermination du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail ».

M. le Secrétaire perpétuel se borne à lire le titre de cette note, qui sera sans doute insérée aux comptes rendus. Nous la reproduirons, s'il y a lieu.

M. le docteur Ecker adresse, pour le concours du prix Montyon, une « Etude sur les kystes hydatiques du foie ».

M. le Ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'un comité a été constitué auprès de son ministère, sous la présidence de M. Jurrien de la Gravière, pour célébrer, l'année prochaine, le centenaire de la mort de La Peyrouse. M. le Ministre croit savoir que l'Académie possède dans ses archives des manuscrits inédits de La Peyrouse, et il prie l'Académie de transmettre ces manuscrits à la commission. Des recherches seront immédiatement faites.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie que M. Bernard Studer, correspondant de la section de minéralogie, est mort à Berne, le 2 mai, à l'âge de 93 ans. M. Studer était le géologue le plus distingué de la Suisse. Professeur de mathématiques en 1824, à Berne, ses premiers travaux de géologie datent de 1825.

M. Daubrée rappelle en quelques mots les titres scientifiques du défunt, et il communique ensuite à l'Académie les résultats des nouveaux forages qui ont été récemment exécutés à Montrond. Après avoir rappelé que les premiers avaient produit un véritable geyser, tant était abondante la quantité d'eau thermale projetée par la pression de l'acide carbonique, M. Daubrée ajoute qu'à la grande surprise des ingénieurs, l'eau des seconds forages ne contient pas trace d'acide carbonique, mais une assez forte propor-

---

blement du professeur Grancher, qui s'affaisse sur sa chaise. M. Pasteur tient bon, et fascine du regard un enfant qui vient d'être inoculé et qui n'a pas trouvé la chose de son goût. Heureusement, sa mère va l'emporter pour faire place à un grand Arabe en burnous blanc, et à trois Russes chevelus, barbus et graisseux, qui attendent leur tour de seringue, et indiquent par leurs nationalités bigarrées le cosmopolitisme des inoculations antirabiques. Ces personnages ajoutent aux intentions trop soulignées, à la facture un peu criarde de ce tableau. P. Dubray.

Poudre contre les engelures. — E. Besnier.

Salicylate de bismuth.....	10	grammes.
Amidon.....	90	—

Mêlez. — On plonge les mains gonflées par les engelures dans un bain de décoction de feuilles de noyer, on les essuie; on les frictionne avec de l'alcool camphrée, puis on les couvre de la poudre ci-dessus. — Le soir, pour calmer les démangeaisons, après le bain de feuilles de noyer, on frictionne les doigts avec la solution suivante : glycérine et eau de rose, àà 50 grammes; tannin, 10 centigrammes. — Cela fait, on les couvre de nouveau de la poudre d'amidon et bismuth. — Lorsque les engelures sont ulcérées, on les enveloppe de feuilles de noyer ramollies par décoction dans l'eau. — N. G.

©BIU Santé

tion de soude et de chaux caustiques, environ 0,68 c. par litre. Il y a là un objet très intéressant d'étude.

MM. Bouchard et Hayem adressent des lettres de candidature à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la mort de M. Paul Bert.

M. Chevreul dépose sur le bureau une note relative à la découverte qu'a faite M. Arnaud, dans les feuilles, d'une substance colorante rouge, complémentaire de la couleur verte, en desséchant les feuilles dans le vide sec.

— Voici, sur la morphinomanie chez les animaux, dont nous avons déjà parlé, de nouveaux détails que nous extrayons de la note adressée à ce sujet par M. Ludovic Jammes :

« Dans les pays où l'opium est en usage, il n'est pas rare de voir, chez les fumeurs, des animaux devenus morphinomanes par suite de leur séjour habituel dans les vapeurs de l'opium.

« Tantôt c'est un chat qui a l'habitude de venir se placer sur le lit de camp pendant que son maître fume l'opium ; tantôt c'est un singe ou un chien, sur lesquels, souvent, on a voulu tenter une expérience.

« Ces animaux sont ordinairement tristes et portés à la mélancolie ; leur physionomie dénote quelque chose d'anomal comme chez le sujet morphinomane, et ils dorment beaucoup plus que les autres animaux de leur espèce. Ils paraissent éprouver les mêmes effets que l'homme, et c'est surtout chez le singe que ces effets sont faciles à constater, peut-être à cause de sa conformation.

« J'ai été témoin, en Cochinchine et au Cambodge, de plusieurs faits de ce genre, et, dans ces temps de morphinomanie, il m'a paru intéressant, au point de vue physiologique, d'en donner connaissance.

« 1° M. Legrand, propriétaire à Dat-Ho (près de Saïgon, Cochinchine), depuis longtemps adonné à l'opium, possède un gros chat qui a pour habitude de venir se placer sur le lit de camp, à côté de la fumerie de son maître. Il vient tous les soirs respirer la fumée de la pipe et se met bientôt à ronronner de bonheur. Dès qu'il a respiré la vapeur de huit à dix pipes, il entre dans un état de torpeur voisin du sommeil, semblable à cet état de somnolence qui s'empare du fumeur d'opium dès qu'il a consommé sa dose habituelle. Le chat se réveille environ quinze à vingt minutes après et donne des signes visibles d'une excitation particulière.

« Il caresse son maître et les personnes qu'il voit auprès de lui ; il joue avec les appareils de la fumerie et gambade sur le lit de camp comme rajeuni et rempli d'une joie indicible....

« 2° Les deux singes de M. M..., employé des contributions indirectes au Cambodge, sont bien plus remarquables encore. Tous les soirs, lorsque M. M... s'installe sur son lit de camp, on a l'habitude de lui amener ses deux singes pour le distraire et jouer avec lui, car ils sont très bien apprivoisés et d'une douceur extrême. Dès le début, le fumeur leur soufflait la fumée de la pipe au visage, et cela ne paraissait pas le moins du monde les incommoder.

« L'nn des singes s'habitua bientôt à manger le résidu d'opium renfermé dans une boîte spéciale qu'il cherchait parmi les appareils de la fumerie.

« L'autre singe ne mange pas de résidu d'opium, mais il se plaît délicieusement dans la fumée de l'opium dans laquelle le plonge son maître, et une particularité qui m'a bien étonné, c'est que, dès que M. M... dépose sa pipe, le macaque se baisse et applique ses narines sur le bouquin en os d'où sort encore un peu de fumée. Ces deux animaux sont devenus tellement morphinomanes que, lorsqu'on oublie de les amener sur le lit de camp, le soir, à l'heure de la pipe, ils jettent des cris assourdissants et cherchent à rompre leurs chaînes.

« M. M... m'a affirmé que lorsqu'il est obligé de partir en voyage, ce qui arrive assez souvent, si le voyage a duré quelques jours, M. M... retrouve l'un de ses singes exténué, triste et refusant toute nourriture ; il ne reprend sa vivacité habituelle que lorsqu'il a respiré la fumée de quelques pipes d'opium.

©BIU Santé

« 3° Un riche négociant chinois m'a raconté qu'il possédait autrefois, en Chine, un gros singe qu'il avait rapporté de Java et qui était devenu morphinomane de la même manière et dans les mêmes conditions citées plus haut. Dès qu'on l'empêchait de venir près de son maître, à l'heure de la pipe, il jetait des cris perçants et cherchait à rompre sa chaîne.

« 4° Un autre négociant chinois avait à Canton un petit chien à longs poils, de race européenne, qu'il prenait habituellement près de lui dans sa fumerie d'opium, Ce chien s'habitua peu à peu à la fumée que son maître se plaisait à lui lancer au museau. Bientôt il vint seul tous les soirs retrouver son maître, sautait sur le lit de camp et respirait béatement la vapeur aromatisée.

« ... Les indigènes prétendent que l'opium produit des effets merveilleux, même sur les animaux les plus rebelles à la domesticité. J'ai entendu parler d'une panthère toute jeune, qu'un mandarin cambodgien aurait apprivoisée et rendue d'une douceur extrême par le moyen de l'opium. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 avril 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Elle comprend les journaux et revues de la quinzaine;

La *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. VI, nos 10 et 11, et t. VII, n° 1.

Correspondance manuscrite ; Lettres de remerciements de MM. Ruault et Auvard, nommés membres titulaires.

M. Baraduc présente, au nom de M. Apostoli, une brochure intitulée : *Sur un nouveau traitement de la métrite chronique par la galvano-puncture chimique intra-utérine.*

M. Pellier, bibliothécaire, annonce à la Société qu'il a fait le relevé des *Bulletins* des années antérieures, et qu'il en existe un nombre d'exemplaires suffisant pour que les membres, qui le voudront, puissent compléter leurs collections.

M. Larroque lit un rapport favorable sur la candidature de M. le docteur Dumas au titre de membre titulaire.

Les conclusions sont adoptées et le vote renvoyé à la prochaine séance.

— M. Lutaud lit un mémoire sur l'*action de la morphine sur l'appareil utérin.* (Sera publié.)

M. Larroque fait observer que quelquefois on voit des femmes atteintes de maladies utérines qui deviennent morphinomanes, ce qui est contraire à la relation de cause à effet admise par M. Lutaud. En outre, il croit que les morphinomanes ne peuvent guérir que par l'internement, et que, dans les cas légers de maladies utérines, peu de femmes se soumettraient à l'annihilation de la vie utérine.

M. Bouloumié : Les faits de M. Lutaud sont très intéressants ; j'en ai observé quelques-uns de semblables, celui, entre autres, d'une jeune femme de 27 ans, qui usait depuis quatre ans de la morphine, et n'avait plus ses règles depuis onze mois. Elle cessa la morphine, les règles reparurent, pour disparaître de nouveau dès qu'elle revint au médicament.

Je ne sais pas si, chez les hommes morphinomanes, les érections sont diminuées; cela me paraît probable. On sait que l'un des meilleurs moyens à opposer aux érections de la chaudepisse cordée, ce sont les injections sous-cutanées de morphine.

Je ne pense pas, comme M. Larroque, qu'il faille interner les morphinomanes; j'aime mieux qu'elles se soumettent à un traitement de leur propre assentiment.

M. Reliquet : Je retiens de la communication de M. Lutaud ce fait très important que, dans les cas de maladies utérines graves, de cancers inopérables, l'emploi de la morphine peut faire cesser les hémorrhagies. C'est là un avantage énorme pour la malade,

©BIU Santé

pour le médecin, et je ne comprends pas que M. Larroque s'élève contre cette pratique. Quand une malade a des hémorrhagies qui mettent sa vie en danger, la première indication est de les arrêter.

M. DE RANSE : M. Lutaud a dû voir des morphinomanes qui n'avaient pas d'aménorrhée; pour moi, j'en ai connu.

M. LUTAUD : Je n'ai vu, dans ces dernières années, que 11 femmes morphinomanes; chez 9 la suppression des règles s'est produite. C'est donc un fait très fréquent; j'appelle morphinomane toute femme qui prend au moins 0,20 de morphine par jour.

Je ne connais qu'une observation, publiée par Jennings, d'un homme morphinomane; il n'avait pas d'érections. Enfin, tous les malades n'ont pas l'aspect cachectique. Il y en a que la morphine semble conserver.

— M. DEHENNE lit un travail sur le *traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée.* (Voir l'*Union méd.* du 5 mai 1887.)

M. ABADIE : Messieurs, je demande la permission de présenter quelques considérations cliniques sur l'ulcère serpigineux de la cornée à propos de la communication de M. Dehenne. Cette affection, au premier abord, semble n'intéresser que les spécialistes; en réalité, elle offre aussi un grand intérêt au point de vue de la pathologie générale. Son déterminisme, c'est-à-dire les conditions nécessaires à sa production, aujourd'hui bien connues, ont conduit à une thérapeutique rationnelle et efficace alors que jadis, par suite d'idées fausses sur la nature de cette affection, tous les traitements échouaient. Parmi les facteurs nécessaires à sa production, M. Dehenne nous a parlé du surmenage auquel on faisait autrefois jouer un grand rôle. On croyait que cette maladie ne survenait que chez les gens épuisés, débilités; il n'en est rien. Nous ne l'observons, il est vrai, que chez les ouvriers des villes ou des campagnes, et jamais dans la clientèle riche. Pourquoi? Est-ce par suite de différences constitutionnelles? Nullement. Pour que l'ulcère serpigineux, ou mieux infectieux de la cornée prenne naissance, il faut d'abord une érosion, pour si minime qu'elle soit, à la surface de la cornée; il faut ensuite qu'un agent virulent, provenant le plus souvent de la suppuration chronique du sac lacrymal, soit mis en contact avec le tissu cornéen ainsi dépourvu de son épithélium, et enfin que ce contact se prolonge un certain temps, c'est-à-dire que la maladie soit abandonnée à elle-même pendant les premiers jours qui suivent l'inoculation.

N'est-il pas clair que toutes ces conditions réunies ne se trouvent jamais chez les gens propres et soigneux de leur personne, qui ne supportent jamais que du pus séjourne dans les voies lacrymales, qui, peu exposés d'ailleurs aux éraillures de la cornée, accourent de suite chez le médecin quand pareil accident leur arrive. Par conséquent, sans invoquer l'influence de prédispositions constitutionnelles, on s'explique ainsi aisément pourquoi cette affection, très commune à la campagne, est rarissime à la ville.

Ces considérations pathogéniques n'ont pas qu'un intérêt purement théorique, elles sont la raison d'être de la thérapeutique nouvelle.

Auparavant, on cherchait à soutenir, à remonter les forces des malades, soi-disant déprimés, par les toniques; localement, on faisait usage des antiphlogistiques, et la règle constante, absolue, était la perte complète de la cornée et souvent de l'organe visuel tout entier.

Actuellement, nous n'agissons plus de même, c'est contre l'agent virulent que sont dirigés nos efforts; nous cherchons à le détruire soit par les antiseptiques, soit par des moyens chirurgicaux : la section de Sœmisch et le galvano-cautère.

Je ne procède pas toujours comme M. Dehenne, et je n'ai pas recours d'emblée à ces moyens extrêmes.

Si la maladie n'est pas arrivée à une période trop avancée, si l'ulcère cornéen est encore peu étendu et la quantité de pus contenu dans la chambre antérieure fort minime, on peut essayer d'enrayer la suppuration en faisant des lavages antiseptiques avec des solutions saturées d'acide borique et en saupoudrant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures l'ulcère avec de l'iodoforme porphyrisé. Je ferai remarquer en passant que, lorsqu'on emploie l'iodoforme, les lavages antiseptiques de l'œil ne doivent pas être

©BIU Santé

faits avec les solutions faibles de sublimé, d'un usage si fréquent aujourd'hui, sinon il se forme un sel ioduré de mercure qui est fort mal toléré par l'œil. Ce traitement, simplement et purement médical, suffit souvent au début, et il a ce grand avantage de n'exiger ni une instrumentation spéciale, ni l'intervention d'un spécialiste.

Mais si l'affection est déjà arrivée à une période assez avancée, si malgré tout l'infiltration cornéenne progresse, si la quantité de pus augmente dans la chambre antérieure, il ne faut pas hésiter à pratiquer la section de l'ulcère selon les règles indiquées par Sœmisch, et quand la situation paraît grave on joindra à cette section la cautérisation des lèvres de la plaie au galvano-cautère.

Bien que le pronostic de l'ulcère infectieux ait complètement changé depuis ces nouvelles méthodes de traitement, ce serait une erreur de croire que nous sommes toujours les maîtres de la situation, quand les désordres du côté de la cornée sont déjà considérables, il n'est pas toujours en notre pouvoir d'enrayer le processus destructif.

C'est surtout chez les malades atteints d'enfoncement des os propres du nez avec ozène que le pronostic doit être réservé, et j'ai vu dans certains cas malgré la section de Sœmisch, malgré les cautérisations au galvano-cautère, et la désinfection des voies lacrymales, la cornée être complètement détruite par la suppuration.

M. Dehenne : Vous devez remarquer que M. Abadie et moi sommes absolument du même avis en ce qui concerne l'*étiologie* et la gravité de l'ulcère phagédénique de la cornée. Toutefois, en tenant le plus grand compte de la dacryocystite (14 fois sur 15 cas), que je considère comme le facteur étiologique le plus important de l'ulcère serpigineux, et du traumatisme (10 fois sur 15), je crois devoir insister sur ce fait que tous les gens que j'ai vus atteints de cette affection étaient des ouvriers des villes et des campagnes fatigués, surmenés ou affaiblis par des maladies antérieures.

Comme antiseptique, M. Abadie emploie l'iodoforme. Je donne la préférence au sublimé au 1/2000e qui n'a pas d'odeur, qui me paraît tout aussi efficace en étant moins irritant.

Mais la note que je viens d'avoir l'honneur de lire a pour but de démontrer l'avantage de la substitution à l'opération de Sœmisch de *la cautérisation et de la paracentèse ignées*. Au lieu d'employer le couteau de Graefe pour fendre l'ulcération et évacuer le pus de la chambre antérieure, je fais usage de la pointe fine du thermo-cautère. C'est là toute l'innovation. Cette pratique me réussit parfaitement, et me permet d'opérer des malades qui habitent la campagne et ne veulent même pas passer vingt-quatre heures à Paris. Avec l'opération de Sœmisch, on ne peut pas en agir ainsi. Il est indispensable de revoir le malade le lendemain et les jours suivants, d'entrebailler, s'il est nécessaire, les lèvres de la plaie, de les cautériser à nouveau, etc. Avec la paracentèse ignée, on est sûr d'arrêter la marche de l'ulcération et de s'opposer immédiatement à l'infiltration générale de la cornée.

Vote. — M. de Pezzer est élu membre titulaire à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Baraduc.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Allemagne. — A Prague, dans la prochaine réunion des médecins allemands, le docteur Singer traitera des affections du système nerveux dans la malaria, et le docteur Kraus de la symptomatologie du diabète insipide.

— A Berlin, le docteur Koch a développé, dans une séance à l'Institut hygiénique, les avantages de la photographie appliquée aux études bactériologiques et tout en signalant l'infériorité de l'instrument qui ne peut saisir les reliefs aussi bien que le fait l'œil de l'observateur modifiant à son gré les distances focales, il a fait ressortir l'utilité de l'instrument qui supporte un éclairage plus intense pendant une durée plus longue et qui permet de soumettre à la critique un fait brut que n'altère aucune interprétation, même

©BIU Santé

inconsciente. Il a exposé, à l'occasion de nombreuses projections de photographies bactériologiques fournissant un grossissement de 50,000 diamètres environ, des détails fort instructifs sur les principales espèces pathogènes et il a déclaré qu'à l'égard de la variole et de diverses autres exanthèmes fébriles on n'avait encore aucune notion relative à l'agent pathogène. (*Berl. klin. Woch.*, 1887, p. 335.)

— Durant le semestre d'hiver, le nombre des étudiants en médecine a été de : 2,318 à Vienne, 1,350 à Munich, 1,297 à Berlin, 935 à Wurzbourg, 868 à Dorpat, 781 à Leipzig, 548 à Graz, 441 à Greisswald, 428 à Fribourg, 362 à Breslau, 315 à Halle, 292 à Bonn, 271 à Marbourg, 267 à Erlangen, 241 à Zurich, 237 à Kœnigsberg, 235 à Tubingen, 234 à Kiel, 233 à Gœttingen, 233 à Strasbourg, 231 à Innsbruck, 227 à Berne, 210 à Iéna, 202 à Heidelberg, 138 à Giessen, 131 à Bâle, 100 à Rostock. (*Berl. klin. Woch.* 1887, p. 335.)

— La Société des médecins et naturalistes de Jassy vient de fonder sous la direction des docteurs Péride, Cobolesco, Otremba, Rizu, Bottez, et Konya, un bulletin mensuel, imprimé en français et en roumain dont le premier numéro renferme : un historique de cette société par le docteur Csinak, un article sur les eaux minérales de Colimenesti, de Cociulata et d'Alexander, par le docteur Konya, une étude sur l'action tonique de la quinine à faibles doses chez les sujets jeunes, par le docteur Rizu, un travail relatif à l'influence de la syphilis sur la malaria, par le docteur Juliano, enfin une revue des journaux et des observations météorologiques. — G. S.

Concours. — La Société de médecine et de chirurgie de Bologne a mis au concours les deux questions suivantes : De la valeur des moyens antipyrétiques. De l'antisepsie en chirurgie et de la valeur des antiseptiques. Les prix, de 500 francs, seront accordés aux meilleurs mémoires parvenus à la présidence de la Société jusqu'au 31 décembre 1888.

L'Épilepsie en Italie. — La récente enquête sur l'hygiène des communes montre que le plus grand nombre de cas d'épilepsie se trouve pour l'année 1885 et 1886 en Ligurie et en Sicile. A la fin de l'année dernière 1,014 épileptiques étaient en traitement dans les asiles d'aliénés, et les hôpitaux en avaient reçu 3,768 pendant les années 1883 et 1884.

Ch. S.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Henry-Ernest Ranson, docteur-médecin, décédé à Jarnac, le 24 avril 1887, à l'âge de 63 ans.

Chemins de fer de l'Ouest. — *Billets d'aller et retour à prix réduits.* — La Compagnie des chemins de fer de l'Ouest délivre, de Paris à toutes les gares de son réseau situées au delà de Mantes, Rambouillet, Houdan et Gisors, des billets d'aller et retour, comportant une réduction de 25 p. 100. La durée de validité de ces billets est fixée ainsi qu'il suit :

Jusqu'à 75 kil. inclus, 1 jour ; de 76 à 125, 2 jours ; de 126 à 250, 3 jours ; de 251 à 500, 4 jours ; au-dessus de 500, 5 jours.

Les délais indiqués ci-dessus ne comprennent pas les dimanches et jours de fête ; la durée des billets est augmentée en conséquence.

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.

SBIU Santé

Sommaire

I. Courtade : Lymphangite parenchymateuse ou engorgement lymphatique aigu. — II. F. Terrier : Kyste parovarien droit. — Ablation du kyste et de l'ovaire correspondant. — Guérison rapide. — III. Bibliothèque : Traité pratique d'auscultation, suivi d'un précis de percussion. — IV. Revue des Journaux : Nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la myopathie atrophique progressive. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier.

Lymphangite parenchymateuse ou engorgement lymphatique aigu

Par le docteur Courtade, ancien interne des hôpitaux.

Le malade qui a présenté cette affection, dont je ne connais pas d'autre exemple, est un homme de 60 ans, vigoureux, sans antécédents morbides sérieux jusqu'à ces dernières années. Il y a quatre ans, apparut une tumeur du corps thyroïde qui fit des progrès incessants pendant deux ans; mais, depuis, elle est restée stationnaire. Ce goître résulte de l'augmentation de volume de l'isthme et du lobe droit du corps thyroïde; le système veineux sous-cutané de la partie supérieure de la poitrine et du cou est extrêmement développé à droite; les veines y atteignent un fort diamètre et sont flexueuses. La disposition anatomo-pathologique de cette région explique le facies habituellement congestionné que présente le malade et l'essoufflement, les palpitations auxquels il est en proie quand il se fatigue un peu.

Il était malade depuis quatre jours quand je le vis pour la première fois. La présence de papules, discrètes en certains points et agminées en d'autres, siégeant surtout au thorax, au visage et à la face dorsale des mains, me fit porter le diagnostic de variole grave, non seulement par l'abondance de l'éruption, mais encore et surtout par les troubles de l'hématose qui viendront s'ajouter à la gêne respiratoire presque normale chez lui.

En effet, la variole fut sérieuse. Au visage, l'éruption avait été confluente, ainsi qu'aux mains; néanmoins tout allait pour le mieux, lorsque le 28 juillet, c'est-à-dire le vingt-cinquième jour de la maladie, je constatai que la partie interne et inférieure du bras droit était le siège d'une tuméfaction très notable avec rougeur de la peau; je pensai immédiatement à une péri-adénite consécutive à une lymphangite profonde.

La tuméfaction fait des progrès incessants et gagne l'avant-bras en entier, puis la main, sur le dos de laquelle on constate un œdème énorme. Les caractères de cet œdème sont tout particuliers; la pression avec le doigt donne une sensation pâteuse, sans résistance notable; le godet ainsi formé persiste assez longtemps et ne disparaît qu'avec lenteur; néanmoins la peau est rouge sur tout le territoire œdématié et la pression un peu forte est douloureuse. Je cherchai avec le plus grand soin et à plusieurs reprises si le maximum de douleur provoqué coïncidait avec le trajet des lymphatiques profonds qui accompagnent les artères de l'avant-bras; mais le résultat de mon examen ne fut pas assez probant pour me confirmer dans la présomption que j'avais d'une angioleucite suppurée profonde. Il existe, en effet, des points plus douloureux dans le tiers supérieur de l'avant-bras et à la partie externe.

J'écartai de prime abord l'idée de phlébite, que rien ne venait appuyer, et me rattachai à une affection aiguë des vaisseaux lymphatiques.

Le volume du membre augmentait de jour en jour et ne laissait pas que d'inquiéter le malade, qui en souffrait un peu; mais l'état général n'était pas en rapport avec l'aspect du membre supérieur droit.

Comme la situation, loin de s'améliorer par les moyens employés (élévation du membre, onctions mercurielles belladonées, cataplasme, etc.), ne faisait que s'aggraver, je résolus d'intervenir chirurgicalement. Ayant la certitude de n'avoir pas affaire à une collection purulente localisée, j'avais l'intention de pratiquer une incision, là où les lymphatiques superficiels sont le plus nombreux. Je choisis un point situé à *la face postérieure de l'avant-bras, un peu en dehors du cubitus et à 10 centimètres environ de la pointe du coude.* C'est là, d'ailleurs, que la douleur provoquée était le plus violente.

©BIU Santé

Un de mes confrères fut appelé, tant pour m'aider à l'opération que pour m'éclairer de ses judicieux conseils. Le 2 août, je fis une incision de quelques centimètres au point indiqué; il ne s'écoule qu'un peu de sang. Comme la sonde cannelée glissait assez loin entre l'aponévrose antibrachiale et la peau, je continuai mon incision jusqu'au bec de la sonde; l'étendue de la plaie ne dépassait guère 6 centimètres. Aucune trace de pus; mais je vis à deux reprises sortir, par l'incision, *deux petits grumeaux blancs* du volume d'un grain de millet; pour moi, c'était le critérium de la suffisance de l'opération, et je résistai fermement aux avis de mon honorable confrère, qui voulait pénétrer sous l'aponévrose antibrachiale pour y chercher le pus.

Un pansement phéniqué simple fut appliqué. Dès le lendemain, je pus voir sourdre de l'incision, par trois points différents, un liquide séreux, jaune clair, contenant de nombreux grumeaux. Le linge qui servait au pansement, bien que très abondant, était entièrement mouillé, et lorsqu'il était sec devenait comme empesé, raide; il donnait absolument l'apparence d'un linge imbibé de la sérosité d'un vésicatoire.

Sur la plaie apparaissait une sorte de couenne blanchâtre, molle, qui s'enlevait assez difficilement en certains points. Après avoir enlevé ces matières, on pouvait voir aux deux angles de la plaie et à son milieu l'orifice de trois petits vaisseaux d'où l'on faisait sortir, par pression sur l'avant-bras, le liquide dont il est parlé plus haut. Je pus recueillir en dix minutes 2 centimètres cubes de ce liquide, dont les caractères chimiques sont les suivants : il se coagule par la chaleur, l'acide nitrique, le réactif de Méhu, en un mot par tous les agents qui coagulent l'albumine. Constitués surtout par des globules blancs de volume normal, les grumeaux sont irréguliers de forme et de volume variables, ils ressemblent à un grain de riz concassé et cuit.

Le 7 août, l'avant-bras, qui était énorme avant l'opération, est presque revenu à son état normal, mais il persiste encore du gonflement autour du coude. L'abondance du liquide qui s'écoule par la plaie, que j'évalue à un demi-litre par vingt-quatre heures, me fait craindre un instant la persistance d'une fistule lymphatique, capable d'entraîner une grave dépression de l'organisme, mais je suis rassuré complètement en voyant au contraire les forces du malade augmenter sous l'influence d'un régime tonique.

Peu à peu, ce liquide séreux diminua de quantité; et, vers le 20 août, la plaie était complètement cicatrisée et le malade guéri.

Cette observation soulève plusieurs points intéressants qu'il est bon de discuter :

1° Les complications inflammatoires dans la variole;

2° L'extrême rareté de cette forme de lymphangite non suppurée qui n'est pas non plus l'œdème simple, mais qui tient le milieu entre les deux, sorte de lymphangite parenchymateuse ou d'engorgement lymphatique aigu;

3° La nature de l'intervention, les indications de l'opération et le choix du point à opérer.

I. — Nous ne dirons rien de la fréquence des complications inflammatoires dans la variole, qui sont dues, dans bien des cas, à l'absorption de produits septiques par la surface du derme ulcéré. D'ailleurs, il s'agit le plus souvent d'abcès de petit ou de moyen volume, qui guérissent assez facilement. Il ressort de la pathogénie de ces abcès ou de la lymphangite consécutive, qu'il faut panser avec les antiseptiques les points de la peau qui sont le siège d'une lésion quelque peu profonde.

II. — Dans quelle catégorie faut-il placer l'affection qu'a présentée notre malade? Il faut rejeter de prime abord l'œdème simple, qui ne présente pas ces caractères objectifs et subjectifs, œdème dont le siège serait inexplicable autant que sa raison d'être, en l'absence d'œdème d'autres parties du corps.

Etait-ce de la phlébite? Pas davantage. Le malade n'avait eu ni frisson,

©BIU Santé

ni douleurs bien violentes, ni dilatations vasculaires anormales. D'ailleurs, la marche de la maladie après l'opération suffit à infirmer cette hypothèse.

Il faut donc se rejeter sur une maladie des vaisseaux lymphatiques. Les affections inflammatoires de ces vaisseaux se présentent avec des degrés et des modalités diverses; depuis la lymphangite superficielle réticulée jusqu'au phlegmon diffus, on trouve tous les intermédiaires. Elles peuvent se terminer par résolution, suppuration ou passage à l'état chronique.

A quelle espèce de lymphangite faut-il rattacher celle-ci, étant donnés le début de la maladie par l'engorgement de la région épitrochléenne, la rougeur vive et diffuse, la tuméfaction énorme et l'empâtement mou et modérément douloureux du membre, ainsi que le peu de réaction générale. Un caractère insolite capable d'induire en erreur, c'était la marche progressive de l'affection avec un état général relativement satisfaisant. C'est qu'il s'agissait là d'une affection toute particulière, que nous désignerons sous le nom de lymphangite parenchymateuse ou d'engorgement lymphatique aigu.

Cette expression, qui traduit le mieux l'état auquel nous avons assisté, nous allons la justifier. Tous les éléments propres du vaisseau lymphatique sont en suractivité; son diamètre est notablement accru; sa paroi est assez épaissie pour que son orifice, visible à l'œil nu, puisse se maintenir béant. Ses fonctions sont aussi exagérées; la quantité de liquide qui s'écoule est relativement considérable et présente les caractères assignés à la lymphe, car il n'y a jamais eu, à proprement parler, de suppuration à la surface de la plaie.

D'ailleurs, cette conception de la lymphangite parenchymateuse est implicitement admise par Follin et Duplay, lorsqu'ils écrivent : « Les vaisseaux lymphatiques enflammés contiennent des produits variables suivant l'époque de l'inflammation, mais on sait peu de choses sur les premiers phénomènes qui se produisent alors. Les lymphatiques enflammés peuvent être tapissés à leur surface interne par une fausse membrane et même parfois oblitérés. Cette forme de lymphangite correspond à la phlébite pseudo-membraneuse et oblitérante; l'oblitération résulte à la fois de l'*épaississement des tuniques et du dépôt plastique intérieur.* »

Est-ce à dire que cette lymphangite parenchymateuse constitue une entité pathologique constamment distincte des autres inflammations lymphatiques par ses causes, son évolution et son traitement? Evidemment non. Il faut entendre par là que l'inflammation peut être d'emblée parenchymateuse comme dans ce cas, ou que les lymphangites peuvent passer par cet état qui n'est pas l'état chronique, et qui n'est pas davantage l'état aigu tel que les classiques le décrivent.

On objectera peut-être que c'est la première période de la lymphangite aiguë, cette période où le pus n'étant pas encore formé, l'état général se maintient en bon état. Cela est possible; mais nous ferons observer que la forme aiguë s'annonce ordinairement par des symptômes généraux plus ou moins sérieux, tels que frissons, douleurs vives, malaise, inappétence, etc.; de plus, la fièvre est forte quand la région malade est un peu étendue, et surtout quand la tuméfaction est arrivée à un degré considérable; à ce moment, il y a du pus infiltré ou collecté quelque part.

Rien de tout cela chez notre malade; en quelques jours, l'avant-bras double presque de volume, et malgré cela l'appétit persiste encore, bien que modéré; la température du soir n'est que de 37°8 (la veille de l'opéra-

©BIU Santé

tion). L'incision donne issue à un liquide citrin, entraînant des grumeaux très petits, qui se collectent à la surface de la plaie. Ce liquide empèse le linge comme le fait la sérosité d'un vésicatoire. Sont-ce là les caractères de la lymphangite aiguë ordinaire, classique?

III. — En présence d'un pareil état, quelle conduite tenir? Quelles étaient les indications? Où fallait-il opérer?

Voyant que les moyens purement médicaux, employés en pareille occurrence, ne suffisaient pas à enrayer le gonflement qui allait croissant de jour en jour, et en présence des douleurs assez vives que commençait à éprouver le malade, force était bien d'employer un traitement chirurgical, sous peine de laisser se produire, peut-être, une inflammation phlegmoneuse ou du sphacèle.

Après avoir exploré avec le plus grand soin, et à plusieurs reprises, le trajet des lymphatiques profonds, pour voir s'il n'y avait pas quelque collection purulente, nous pûmes nous convaincre qu'il n'en existait pas de trace. En raison du gonflement énorme, il était extrêmement difficile de trouver un point bien délimité où la douleur provoquée fût très vive. Il fallait donc opérer en un point où les lymphatiques sont plus nombreux et où le gonflement semblait être un peu plus marqué et la douleur un peu plus vive. Une incision de 6 centimètres environ de longueur, ne dépassant pas l'aponévrose antibrachiale, fut faite à la place que nous avons déterminée et amena un dégorgement progressif et rapide du membre, en sorte qu'au bout d'une quinzaine de jours, la guérison était obtenue.

En résumé, la pathogénie de cette lymphangite a été, à notre avis, la suivante : une inflammation légère des lymphatiques s'est développée sous l'influence de quelque petite ulcération des doigts, et a eu pour résultat d'amener l'engorgement du ganglion épitrochléen (c'est à ce niveau que la rougeur et le gonflement ont apparu en premier lieu); dès lors, le cours de la lymphe a été interrompu, en partie du moins, ce qui a déterminé la tuméfaction de l'avant-bras; de plus, le système veineux était fort développé de ce côté du cou à cause du goître, ce qui contribuait à gêner la libre circulation de la lymphe et en augmentait la quantité.

De son côté, l'inflammation avait pour résultat de modifier sensiblement la composition du liquide, dont la partie solide, représentée par les globules blancs agglomérés, était notablement plus considérable qu'à l'état normal.

Telles sont les raisons qui expliquent et le gonflement énorme de l'avant-bras et sa rapide diminution après une incision qui rendait facile la déplétion des vaisseaux.

Cela nous permet d'établir un rapprochement avec des cas à peu près analogues; nous voulons parler de certaines formes d'éléphantiasis des Arabes, dans lesquelles les incisions ne donnent qu'un résultat médiocre ou nul. Cela tient, très probablement, à ce que le point choisi pour l'opération ne correspond pas à un carrefour lymphatique, ou que l'incision est pratiquée à une période tardive où les lésions, généralisées à tous les tissus, sont irrémédiables. Pour que les opérations aient quelques chances de succès, il faut qu'elles soient pratiquées au début, à la période des poussées et au point où passent en plus grand nombre les lymphatiques de la région atteinte; il n'est pas douteux pour moi que la persistance d'une

SBIU Santé

pareille ouverture, aidée de la compression méthodique, puisse amener un résultat satisfaisant.

Nous serions heureux si cette observation pouvait provoquer la publication de faits semblables, qui permettraient d'ajouter un chapitre aux affections encore mal déterminées des vaisseaux lymphatiques.

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

Kyste parovarien droit. — Ablation du kyste et de l'ovaire correspondant. Guérison rapide.

La nommée Gueusin (Eugénie), célibataire, âgée de 21 ans, domestique, entre à l'hôpital le 17 juin 1884, salle Chassaignac, n° 28, pour se faire traiter d'une tumeur abdominale.

Depuis quatre ans, le ventre de cette femme augmente lentement de volume et, depuis deux ans, il est le siège de douleurs revenant à des intervalles irréguliers; ces crises durent, en général, trois ou quatre jours, et sont assez violentes pour obliger la malade à garder le lit. Les menstrues, établies depuis l'âge de 13 ans, sont restées aussi régulières qu'avant le début de l'affection; en résumé, les fonctions génitales n'ont jamais été troublées. La malade n'a pas eu d'enfants. Les crises douloureuses ne coïncident pas avec les périodes menstruelles.

Dès le début, la constipation s'est montrée très opiniâtre; elle ne s'est pas accompagnée de troubles de la miction. Il n'y a pas de douleurs irradiées dans les membres inférieurs. Il est à remarquer que, pendant dix-huit mois, la malade a constaté de l'œdème des malléoles à chaque époque menstruelle; cet œdème n'apparaît plus depuis près d'un an. Il n'existe pas de troubles digestifs; les organes thoraciques sont normaux. L'état général est excellent. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le ventre est volumineux; sa circonférence, mesurée au niveau de l'ombilic, est de 93 centimètres. La distance de l'ombilic au pubis est de 18 centimètres, celle de l'ombilic à l'appendice xiphoïde de 17 centimètres. Il existe une légère asymétrie causée par la saillie de la moitié droite de la région ombilicale et du flanc droit; aussi la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite est de 22 centimètres, celle de l'ombilic à l'épine gauche n'est que de 19 centimètres.

La peau est normale; les veines ne sont pas dilatées; l'ombilic n'est pas déplissé.

La matité occupe la largeur de la main, au niveau du flanc droit et de la région ombilicale; elle dépasse à peine la ligne médiane. Sur toute la circonférence de la matité existe une zone plus ou moins large de submatité, ce qui est dû à l'interposition d'anses intestinales entre la tumeur et la paroi abdominale. Tout le reste de l'abdomen est sonore; il n'y a pas d'ascite.

La palpation ne peut délimiter exactement la tumeur; celle-ci paraît dépasser de deux ou trois travers de doigt, dans tous les sens, la zone mate. La fluctuation est très manifeste.

Le col est petit, conique, mou; il regarde fortement en avant, vers la symphyse pubienne, l'utérus a, en effet, basculé, son corps forme une tumeur dure qui remplit le cul-de-sac postérieur, et qui est facilement reconnaissable par le toucher rectal. Les culs-de-sac latéraux paraissent libres; l'utérus est immobile et peut être abaissé quand on déprime l'hypogastre.

Opération le 15 juillet 1884. — L'incision médiane sous-ombilicale donne pas mal de sang. Le péritoine est ouvert et le kyste ponctionné; on en retire quatre litres de liquide clair comme de l'eau de roche. Pas d'adhérences; le pédicule est à droite et extra-ovarien; toutefois, comme l'ovaire semble malade, on l'enlève aussi. La ligature est faite avec deux fils en X. Suture de la paroi avec sept fils d'argent profonds et six superficiels.

Durée, vingt minutes. Lister complet.

Le kyste est parovarien; il contenait quatre litres de liquide et pesait 412 grammes. Le poids total était donc de 4,412 grammes environ.

Le 15 juillet. — Soir : Quelques vomissements et quelques coliques. Une piqûre de morphine. Glace, champagne. Temp. 38°4, pouls 90, resp. 24.

Le 16. — Matin : Ni vomissements, ni coliques. Une demi-injection de morphine. Temp. 38°2, pouls 86, resp. 22. — Soir : Emission de gaz après quelques coliques. Un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Champagne, glace et lait. Temp. 38°5, pouls 96, resp. 25.

Le 17. — Matin : La nuit a été bonne. Aucune souffrance. Emission de gaz. Temp. 37°2, pouls 80, resp. 18. — Soir : Même état satisfaisant. Un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Temp. 37°4, pouls 86, resp. 20.

Le 18. — Matin : Même état; sommeil réparateur. Champagne et lait. Temp. 37°, pouls 80, resp. 18. — Soir : Les règles apparaissent; elles avancent de quatre jours; elles ne s'accompagnent pas de douleurs; 600 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. Temp. 37°4, pouls 84, resp. 19.

Le 19. — Matin : La malade a été à la selle sans lavement après quelques coliques. Elle a uriné seule pour la première fois. L'appétit renaît. Un potage. Le pansement est renouvelé : réunion par première intention parfaite, six sutures superficielles et trois profondes sont enlevées ; le ventre est souple et indolent. — Temp. 37°, pouls 78, resp. 18. — Soir : Temp. 37°2, pouls 80, resp. 20.

Le 20. — Matin : Quelques coliques qui cessent après l'émission de gaz. La malade est transférée dans la salle commune. Temp. 37°, pouls 76, resp. 17.

Le 21. — Matin : Deuxième pansement : les quatre dernières sutures profondes sont enlevées. La malade mange une côtelette.

Le 29 juillet la malade se lève pour la première fois, elle sort guérie le 8 août 1884.

Le 25 octobre 1884. — Mlle G..., de Mesnil-aux-Bois (Meuse), se portant bien, toutefois avait les pieds un peu enflés le soir. Après l'opération les règles sont revenues le 11 août, puis le 18 septembre et le 14 octobre, sans douleurs et comme d'habitude.

La cicatrice sous-ombilicale est brunâtre, a 12 centim. 1/2 de long, et sans éventration.

Le 2 janvier 1885, Mlle G... allait toujours très bien.

Le 17 avril 1886, Mlle G... s'est mariée il y a neuf mois, elle est bien réglée et sa santé est bonne.

Cette observation constitue un type d'opération de tumeur du parovarium ; la durée de l'intervention a été de 20 minutes, ce qui est exceptionnel et indique la facilité de l'intervention dans ces cas particuliers.

Les suites furent des plus simples, le maximum de la température a été 38°5 et la malade a pu se lever le quatorzième jour. Elle quittait l'hôpital vingt-quatre jours après avoir été opérée.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION, SUIVI D'UN PRÉCIS DE PERCUSSION, par BARTH ET ROGER. Onzième édition revue et augmentée d'un précis des méthodes accessoires d'exploration physique (inspection, mensuration, palpation) par H. Roger et Henri Barth. — Asselin et Houzeau 1887.

Il y a des livres classiques qu'on ne refait pas, sans doute parce qu'on ne saurait faire mieux. Les éditions se succèdent, améliorées par les auteurs ou leurs héritiers, et le public continue à leur être fidèle. Tous les médecins français, à de rares exceptions près, ont appris et continuent à apprendre l'auscultation dans ce livre dont la première édition parut en 1841. Cette faveur persévérante est bien due au caractère essentiellement pratique de l'ouvrage, comme le pense et le dit M. Henri Roger dans une préface, dont on

©BIU Santé

ne peut lire sans une respectueuse émotion les dernières lignes. « La mort de Barth, en brisant l'amitié entière et parfaite nourrie entre nous pendant près d'un demi-siècle, a interrompu une collaboration de trente-sept années ; cette longue collaboration n'avait fait que cimenter notre mutuel attachement, et toujours, dans la composition de cet ouvrage que nous cherchions à perfectionner sans cesse, « nos cœurs et nos esprits avaient charié uniment ensemble. » L'amitié de celui qui a survécu s'est reportée du père illustre sur le digne fils, et la collaboration a recommencé avec M. Henri Barth. Associer au travail paternel le travail filial, c'était laisser inscrits sur la première page de l'œuvre commune les deux noms de Barth et Roger et les rendre aussi longtemps que possible inséparables. »

Ce sont là en effet des noms que le public médical français conservera toujours unis dans sa mémoire, comme des symboles de labeur scientifique et de dignité professionnelle. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la myopathie atrophique progressive, par les docteurs Landouzy et Déjerine. (*Revue de médecine*, décembre 1886.) — Dans des travaux antérieurs, les docteurs Landouzy et Déjerine avaient établi « qu'il fallait désormais distraire de l'atrophie musculaire progressive myélopathique, tout un groupe d'atrophies à physionomie clinique spéciale, de nature myopathique » auquel ils ont donné le nom de myopathie atrophique progressive.

Ils avaient cru d'ailleurs devoir en décrire deux types cliniques : « Un type facio-scapulo-huméral (correspondant à l'affection décrite par Duchenne sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance), dans lequel les muscles de la face sont atrophiés comme les muscles des épaules et des membres ; un type scapulo-huméral, analogue, symptomatiquement parlant, à la forme d'amyotrophie observée et décrite par Vulpian chez certains myélopathiques. »

Dans leur nouveau mémoire les docteurs Landouzy et Déjerine rapportent six nouvelles observations dont une avec autopsie. De ces faits, les uns démontrent nettement la liaison intime existant entre le type facio-scapulo-huméral et le type scapulo-huméral ; d'autres établissent, en se complétant l'un l'autre, que les deux types cliniques principaux de la myopathie atrophique progressive ne sont que des variantes d'évolution d'une seule et même affection. Dans certains cas, en effet, les muscles de l'expression ne se montrent atrophiés que plus ou moins longtemps après les muscles des membres, c'est le type facio-scapulo-huméral, à symptomatologie faciale tardive. Ces cas, assez peu communs, paraissent être l'apanage de la myopathie atrophique progressive débutant chez l'adulte, au contraire de ce qui se passe dans l'enfance où le début facial est la règle.

Néanmoins, bien qne le type scapulo-huméral ne semble constituer en somme qu'un type temporaire, il est des cas où il peut rester pur toute la vie, ainsi que le montre l'observation VI de ce mémoire.

Anatomiquement la myopathie atrophique progressive se rapproche de la paralysie pseudo-hypertrophique, dont elle est si différente au point de vue clinique, et semble être de nature irritative. De plus, bien que le système nerveux central et périphérique soit intact, bien qu'il y ait intégrité absolue du névraxe et des centres trophiques musculaires, certains faits (symétrie des lésions musculaires, hérédité nerveuse, etc.) permettent de supposer qu'il y a peut-être une participation fonctionnelle du système nerveux à la pathogénie des myopathies ; mais ce n'est là qu'une hypothèse, car « à s'en tenir aux enseignements anatomo-pathologiques de la dernière heure, on doit dire que les myopathies naissent, évoluent et progressent sans neuropathie. »

E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Discussion sur l'occlusion intestinale. — Observation de suture nerveuse. — Présentation de malade : Suture du nerf médian. — Résection du péroné pour un cal vicieux. — De l'emploi du chlorure de méthyle pour la cautérisation ignée. — Elections d'un membre titulaire et d'un membre honoraire. — Projet de monument en l'honneur de J. Daviel.

La communication faite par M. Verneuil, mercredi dernier, sur l'occlusion intestinale a donné lieu aujourd'hui à une discussion qui s'est ouverte dès le début de la séance.

M. Verneuil, continuant la discussion sur l'occlusion intestinale, résume ainsi les propositions qu'il a émises dans la dernière séance : L'étranglement interne se compose de deux facteurs : une cause anatomique et des accidents pathologiques.

Lorsqu'il est possible de faire un diagnostic exact, c'est-à-dire de déterminer avec un degré de certitude suffisant la nature de la cause anatomique, il est indiqué de pratiquer la laparotomie, d'aller à la recherche de la cause et, s'il est possible, de la supprimer; si, au contraire, on est en présence d'accidents dont la cause échappe, le chirurgien ne doit tenir compte que des accidents sans se préoccuper davantage de leur cause; il se décidera pour l'entérotomie.

M. Le Dentu a eu récemment l'occasion de donner des soins à une dame de 35 à 40 ans atteinte d'obstruction intestinale. Ne pouvant déterminer la cause des accidents, M. Le Dentu se décida pour une opération mixte, si l'on peut ainsi dire. Après antisepsie rigoureuse, incision sur la ligne blanche de 6 à 7 centimètres, permettant l'introduction de deux ou trois doigts qui, dirigés directement vers la fosse iliaque gauche, où la malade accusait une certaine sensibilité, explorèrent cette partie de la cavité abdominale. Des anses intestinales étant sorties par la plaie, il fallut les réduire au moyen de la ponction capillaire.

Après avoir écarté quatre ou cinq anses intestinales, M. Le Dentu réussit à amener au niveau de l'ouverture une partie de l'S iliaque qui était le siège d'un rétrécissement cancéreux. Comme il aurait eu les plus grandes difficultés à l'attirer au dehors, M. Le Dentu, renonçant à pratiquer l'entérotomie, se mit à la recherche de l'anse intestinale la plus voisine du cœcum, sur laquelle il établit un anus contre nature. Mais il sortit très peu de matières par suite de la paralysie de l'intestin, et la malade succomba au bout de vingt-quatre heures.

M. Le Dentu estime que, lorsqu'on peut arriver à déterminer avec précision le siège du rétrécissement, il est indiqué de choisir de préférence l'S iliaque pour y établir l'anus artificiel, que ce soit l'anus lombaire ou l'anus iliaque; mais quand on ne peut faire ce diagnostic et qu'on est porté à penser que le rétrécissement siège sur un point très élevé, il vaut mieux pratiquer l'anus artificiel sur le cœcum. L'entérotomie de Nélaton doit être réservée aux cas où le rétrécissement a son siège sur l'intestin grêle, ce qui se déduit de l'état de vacuité du gros intestin.

M. Le Dentu a pratiqué deux fois l'anus artificiel sur le cœcum avec des résultats différents : une fois sur un enfant qui avait un rétrécissement fibreux de l'S iliaque, et qui succomba; une autre fois sur une femme de 23 ans, chez laquelle les accidents étaient causés par une tumeur cancéreuse comprimant le gros intestin, et qui vécut dix mois avant de succomber à la généralisation.

M. Trélat déclare qu'après les explications données par M. Verneuil au début de la séance, il se trouve d'accord avec son collègue, à cela près que M. Verneuil lui a semblé plaider peut-être un peu trop pour l'anus artificiel aux dépens de la laparotomie.

Les deux opérations ont leurs indications spéciales. Lorsque la cause anatomique a pu être déterminée d'avance et qu'il y a possibilité de la supprimer, il n'est pas dou-

©BIU Santé

teux que la laparatomie doive être l'opération de choix; si, au contraire, l'obstacle ne peut être levé, le chirurgien doit se décider d'emblée pour l'anus artificiel, qu'il pratiquera, suivant ses préférences, soit dans la région iliaque, soit dans la région lombaire.

Comme exemple de ce dernier cas, M. Trélat cite l'observation d'un vieillard chez lequel avait été reconnue l'existence d'un cancer de l'S iliaque. On crut devoir faire la laparotomie; mais, dans l'impossibilité de supprimer la cause de l'occlusion intestinole, on se vit forcé de recourir à l'anus artificiel. Le malade mourut.

M. Trélat pense que les manœuvres multipliées auxquelles les chirurgiens durent se livrer n'ont pas été étrangères à ce résultat. Ces cas ne sont pas rares chez les individus qui ont dépassé ou atteint la cinquantaine, les accidents d'obstruction étant alors dus communément à des rétrécissements néoplasiques Par contre, lorsque la laparotomie est formellement indiquée, il est inutile et peut-être nuisible de pratiquer l'anus artificiel; telles sont les obstructions produites par une torsion intestinale ou accompagnant la péritonite; elles sont uniquement justiciables de la laparotomie.

Dans les cas douteux, le chirurgien doit recourir à la méthode mixte dont a parlé M. Le Dentu. On fait à la paroi abdominale une petite incision; on ouvre l'anse intestinale qui se présente et qui gêne l'exploration; l'obstacle reconnu et levé, on fait la suture de l'intestin et on le réduit. Dans le cas contraire, on maintient l'anus artificiel en fixant les deux bouts de l'intestin ouvert aux lèvres de l'incision pariétale.

M. Reclus a observé, il y a un an, des accidents d'obstruction intestinale chez une femme « à laquelle son âge donnait des droits au cancer ». Le toucher rectal par le procédé de Simon lui permit d'atteindre un petit noyau cancéreux siégeant à l'union du rectum avec l'S iliaque. Il pratiqua l'anus iliaque, et, depuis cette époque, la malade est convaincue qu'elle est complètement guérie.

M. Trélat, en parlant des causes de l'obstruction instestinale chez les vieillards, a oublié la paralysie de l'intestin, qui est loin d'être rare. M. Reclus se souvient d'un vieillard qui, ayant été pris plusieurs fois de phénomènes de rétention des matières fécales, en avait été guéri spontanément après une débâcle. A la suite d'une nouvelle rechute qui mit le malade à toute extrémité, M. Reclus fut appelé, et, pensant que les accidents étaient dus à la présence d'un cancer de la partie supérieure du rectum, il pratiqua l'anus contre nature. Il ne sortit que des gaz et cependant les accidents cessèrent immédiatement. Ce ne fut que sept jours après que survinrent les évacuations; le malade était resté quatorze jours sans aller à la garde-robe.

Il y a aujourd'hui près de trois ans que l'opération a été pratiquée (1er juin 1884) et le malade était alors âgé de 74 ans. Le long intervalle écoulé depuis cette époque permet de penser qu'il s'agit ici, non pas d'un cancer, mais plutôt de ces phénomènes de paralysie intestinale sur lesquels M. le docteur Henrot (de Reims) et après lui, M. le docteur Thibierge, ont particulièrement appelé l'attention et qui se montrent surtout chez les vieillards atteints de constipations opiniâtres.

M. Reclus fait remarquer que, chez son malade, les accidents ont cessé immédiatement après l'opération et sans que celle-ci ait amené l'évacuation rapide des matières. Dans un autre cas, chez un cancéreux auquel M. Reclus a pratiqué l'anus artificiel en deux temps, à huit jours d'intervalle, ce chirurgien a vu les épreintes douloureuses cesser aussitôt après le premier temps, où il s'était contenté de fixer l'intestin à la plaie abdominale sans l'ouvrir.

— M. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant, communique l'observation d'un malade qui s'était fait, à la partie supérieure de l'avant-bras, une blessure dans laquelle le nerf radial avait été coupé. Il en était résulté des troubles sensitifs et la paralysie des muscles extenseurs.

Une première opération de suture des deux bouts du nerf radial, pratiquée alors que la plaie était cicatrisée, ne donna aucun résultat au point de vue du rétablissement fonctionnel, parce que les deux bouts du nerf avaient été emprisonnés dans une gangue de tissu inodulaire. Dans une seconde opération, le nerf ayant été dégagé de sa gangue, on constata, séance tenante, que son excitation au-dessus de la suture provoquait la

contraction des muscles paralysés; mais la paralysie persista plusieurs mois encore après la cicatrisation de la nouvelle plaie opératoire, et ne cessa que sous l'influence de l'électrisation longtemps continuée. Le retour de la contractilité se manifesta d'abord sur les muscles les plus rapprochés du tronc, puis sur ceux de la partie inférieure de l'avant-bras.

— M. Polaillon présente de nouveau la jeune fille à laquelle il a pratiqué, il y a deux mois, la suture du nerf médian et chez laquelle il a constaté le retour de la sensibilité cinq heures après l'opération. La sensibilité à la douleur, à la température et au contact s'est maintenue depuis cette époque.

— M. le docteur Reynier, chirurgien des hôpitaux, donne lecture de l'observation d'un malade, auquel il a pratiqué, avec succès, la résection totale du péroné pour un cal vicieux qui obligeait le malade à marcher sur le bord interne du pied.

— M. le docteur Bailly lit une *Note sur l'emploi du chlorure de méthylène pour la cautérisation ignée.*

— M. Panas offre en hommage à la Société de chirurgie le médaillon en bronze de Jacques Daviel. Ce don est fait au nom du Comité qui s'est formé pour ouvrir une souscription, afin d'élever dans son pays natal, à Barre, près Bernay (Eure), un monument à ce grand ophthalmologiste, auquel la science et l'humanité sont redevables de la découverte de l'opération de la cataracte par extraction.

La Société de chirurgie est invitée à participer à cette souscription.

— Dans le courant de la séance a eu lieu un scrutin pour l'élection d'un membre titulaire. M. le docteur Quenu a été élu par 25 voix sur 32 votants.

— M. Ollier (de Lyon), membre correspondant, a été nommé à l'unanimité membre honoraire de la Société de chirurgie. — A. T.

FORMULAIRE

Pilules laxatives. — E. Delpech.

Résine de podophyllin.....	3 grammes.
Cumin pulv.....	2 —
Extrait de gentiane.....	1 gr. 50 cent.
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 05 cent.
Savon amygdalin.....	1 gr. 50 cent.

F. s. a. 100 pilules. — Une pilule le soir, dans la première cuillerée de potage, pour faire cesser la constipation. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations et créations. — Il est créé une Faculté de maladies des femmes et d'accouchements à Constantinople.

— Le professeur Auton Rosner est appelé à la chaire de maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Cracovie.

— Le professeur V. Brigidi, de Modène, vient d'être nommé au concours professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Gênes.

— V. Kœlliker, le professeur d'anatomie de Wurtzbourg, vient de recevoir de la Faculté d'Édimbourg le diplôme de docteur.

Genève. — La démission du professeur Fol est acceptée ; en conséquence, la direction du laboratoire de morphologie est confiée à Carl Vogt.

— On sait que Wolfhugel est appelé à la chaire d'hygiène de l'Université de Gœttingen.

Ce choix d'un professeur aussi éminent, sanitatsrath, membre du comité impérial d'hygiène, est la conséquence de l'importance que prend de jour en jour la science sanitaire. C'est le docteur Renk, de Munich, qui sera nommé au comité impérial en remplacement du nouveau professeur de Gœttingen. (*Deutsch med. Wochensch.*, 5 mai.)

Nécrologie. — Le docteur Alfred Meadows, président de la Société de gynécologie de Londres.

— C'est cette année que l'Université de Londres célèbre son 50e anniversaire. Pour donner plus d'éclat à cette solennité, une statue de la reine sera, sur la proposition du docteur Quain, érigée dans la cour d'honneur de l'Université.

Choléra. — On continue à prendre les mesures les plus énergiques contre l'importation du choléra à Panama. Les cas de choléra annoncés dans les ports du Mexique sont démentis ; cependant les dernières nouvelles de source allemande tendent à confirmer l'invasion du mal asiatique dans le golfe mexicain.

Variole. — Une épidémie de variole vient d'éclater à l'île Maurice ; cette maladie sévit toujours avec intensité à Nossi-bé, malgré les plus rigoureuses mesures prises.

Mortalité par diphthérie et croup dans les grandes villes d'Europe pendant la troisième semaine d'avril. — Paris 33 décès, Londres 31, Berlin 25 sur 93 cas, Hambourg 8 sur 63 cas, Nuremberg 7 sur 43, Vienne 9 décès, Prague 7, Stockholm 7, Copenhague 9 sur 36 cas, Saint-Pétersbourg 8 sur 44 atteintes.

Espagne. — Vient de mourir de la rage, le 24 mars dernier, le nommé José Ballateros qui avait subi à l'Institut Pasteur, à la fin de février dernier, le traitement préventif de cette maladie.

Vienne. — Les sages-femmes de Vienne ont constitué, sous les auspices du professeur Braun, une société ayant pour but d'assurer leur instruction professionnelle, de sauvegarder leurs intérêts et de secourir les infirmités et la vieillesse.

— Le projet de construction du nouvel hôpital de Vienne, retardé depuis longtemps par des difficultés financières, va enfin être mis à exécution. L'hôpital qui contiendra plus de 600 lits (système à pavillons) devra être terminé cette année. Devront du moins être livrés au service les pavillons affectés aux maladies contagieuses.

La trichinose a New-York. — La feuille officielle de New-York annonce, le 24 février 1887, que deux petites filles d'un fermier sont mortes de trichinose.

Allemagne. — Le docteur Orth, d'Ems, qui depuis 20 ans accompagne l'empereur dans les stations thermales, et qui est devenu récemment le *badearzt* du Kronprinz fête sa cinquantième année d'exercice médical. A l'occasion de cet anniversaire l'empereur lui a envoyé, avec son buste, une lettre autographe des plus flatteuses et le Kronprinz, accompagné d'un aide de camp, est venu lui faire visite pour le féliciter en personne.

— L'Association des médecins du cercle de Stettin se réunira le 20 mai. Ordre du jour : hémorrhagies utérines, scrofule, accidents réflexes causés par certaines maladies de fosses nasales, préparations de pièces cholériques, etc. — Ch. S.

COURRIER

Institut Pasteur. — Le *Journal Officiel* vient de publier les 85e, 86e, 87e et 88e listes de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur, elles s'élèvent ensemble à la somme de 44,663 fr. 67, ce qui donne un total à ce jour de 1,783,150 fr. 34.

— L'Académie des sciences, en comité secret, a déclaré vacante une place de membre ordinaire dans la section de médecine et de chirurgie. Il s'agit de remplacer M. P. Bert.

Dès maintenant, les membres de la section se sont mis d'accord pour présenter une liste des candidats classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bouchard ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel, Rouget, Germain Sée et Villemin ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux et Ch. Richet.

— Les candidats du concours qui s'est ouvert le lundi 9 mai 1887 à la Faculté de médecine de Paris, pour la nomination à six places d'aide d'anatomie, sont au nombre de quatorze. Ce sont : MM. Chevalier, Jonnesco, Rollin, Rieffel, Leguen, Valat, Gautier, Janet, Regnier, Lefèvre, Reboul, Dumoret, Regnauld et Pozzi.

— Un Comité composé du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du président de de l'Académie de médecine, du président de la Société de chirurgie, des professeurs d'ophthalmologie des Facultés de médecine de France et de plusieurs membres de la Société libre de l'Eure, vient de se constituer sous la présidence de M. le professeur Panas, pour élever un monument à la mémoire de Daviel, un des plus grands chirurgiens du XVIIIe siècle.

Daviel fut le premier qui osa ouvrir l'œil pour en enlever le cristallin devenu opaque et créa cette remarquable opération d'extraction de la cataracte qui, tous les ans, rend la vue à des milliers d'aveugles.

Jacques Daviel, né en 1696 à la Barre (Eure), mourut à Genève en 1762, mais on ignora longtemps le lieu de sa sépulture ; des recherches récentes apprirent qu'il était enterré dans le cimetière du Grand-Sacconnex et, il y a deux ans, les chirurgiens suisses, sous l'impulsion de M. le docteur Halten Hoff, de Genève, y élevèrent un élégant monument à la mémoire de notre illustre compatriote, véritable bienfaiteur de l'humanité.

Les chirurgiens français ont voulu suivre l'exemple donné par leurs savants confrères de Suisse, et, d'ici à peu, on verra s'élever, dans le département de l'Eure, la statue de Daviel ; mais le Comité espère que toutes les personnes qui s'intéressent à la science ophthalmologique, ou qui connaissent l'importance de la merveilleuse découverte de Daviel, voudront bien contribuer à cette œuvre de reconnaissance nationale.

Les souscriptions sont reçues, 23, rue d'Aumale, chez M. le docteur A. Brun, qui a bien voulu accepter d'être le trésorier de la souscription.

Nécrologie. — M. Boussingault est mort le jeudi 12 mai à Paris ; c'était après M. Chevreul, l'académicien le plus âgé. Il avait été admis à l'Académie des sciences dans la section d'économie rurale dès 1839.

Boussingault était né en 1802. Il fut d'abord élève de l'Ecole des mineurs de Saint-Etienne, et à sa sortie partit avec le docteur Roulin pour l'Amérique du Sud. Pendant ce voyage accompli dans les circonstances les plus difficiles et les plus romanesques, il explora la Bolivie, le Vénézuela et les bords de l'Orénoque ; il fit des observations relatives à la flore et à l'orographie de l'Amérique, observations qui furent très remarquées par Humboldt. A sa rentrée en France, 1833, il fut nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon. En 1839, il vint à Paris, fut nommé membre de l'Académie et professeur d'agriculture au Conservatoire des Arts-et-Métiers. En 1848, il fut élu représentant de la Constituante par le département du Bas-Rhin et devint bientôt membre du Conseil d'Etat.

Boussingault est surtout connu pour ses travaux de chimie agricole ; on lui doit l'introduction dans l'agronomie des méthodes précises de la chimie et de la physique. La science agronomique date, on peut le dire, de la publication de son livre : *Traité de l'économie rurale* (Paris, 1844). Il a publié en outre un grand nombre de mémoires dans les compte rendus de l'*Académie des sciences*, les *Annales de physique et chimie ;* citons entre autres ses *Etudes sur la transformation du fer en acier*. Un grand nombre de ses mémoires ont été réunis sous le titre : *Mémoires de chimie agricole et de physiologie* (Paris, 1854). Il a réédité en 1860-1864 son traité d'*Economie rurale* sous le titre : *Agronomie, chimie agricole et physiologie.*

Ses travaux en collaboration avec Dumas sont très connus ; on sait que ce sont ces deux savants qui ont déterminé avec précision les proportions des éléments de l'air. En chimie agricole, il a étudié surtout la constitution des engrais, les propriétés nutritives des aliments destinés aux herbivores. (*Progrès Médical*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. J. Besnier : Péritonite puerpérale purulente. — Ponction et évacuation de cinq litres de pus. — Guérison. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 17 mai 1887. — Le principal intérêt de la séance a été la discussion qui s'est élevée entre M. Alphonse Guérin et M. Sappey au sujet de la communication faite par le premier sur l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*, dans la séance précédente.

M. Alphonse Guérin, on se le rappelle, a cherché à établir que la maladie depuis longtemps décrite par tous les auteurs sous le nom de phlegmon des ligaments larges n'existe pas, et qu'elle doit être remplacée par l'affection qu'il a lui-même fait connaître, il y a plus de dix ans, et à laquelle il a imposé la dénomination d'adéno-phlegmon juxta-pubien. L'origine de cette dernière maladie serait, d'après lui, une inflammation des vaisseaux lymphatiques qui se rendent de la muqueuse du col de l'utérus au ganglion sous-pubien.

M. Sappey avait cru devoir faire observer que la description de M. Alphonse Guérin reposait sur une erreur anatomique, attendu que, d'après lui, aucun des vaisseaux lymphatiques émanés du col de l'utérus ne se rendent au ganglion sous-pubien. — Ce à quoi M. Alphonse Guérin avait répondu en invitant M. Sappey à aller voir au Musée de Clamart une pièce anatomique préparée par M. Le Bec, et sur laquelle il était facile de constater que des vaisseaux lymphatiques venus du col de l'utérus se jetaient dans le ganglion juxta-pubien.

C'est sur cette pièce de M. Le Bec, désormais célèbre, et sur son interprétation, que s'est livrée aujourd'hui la bataille commencée mardi dernier par une simple escarmouche, et qui s'est terminée par l'intervention conciliatrice de M. Colin (d'Alfort).

Tous ont fini par reconnaître, d'un commun accord, que cette fameuse pièce n'avait pas l'importance qui lui avait été d'abord attribuée, et M. Alphonse Guérin, après des mouvements d'emportement ressemblant presque à de la colère, auxquels l'entraîne la fougue impétueuse de sa nature, a eu des retours charmants d'expansion enthousiaste pour les admirables travaux anatomiques de son adversaire scientifique. Remarquable contraste, assurément, avec la manière froide, mesurée et solennelle de M. le président Sappey!

Un savant rapport de M. Lagneau sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles; — une communication importante de M. le professeur Hayem sur la nature microbienne et le traitement de la dyspepsie et de la diarrhée verte des enfants en bas âge; — une étude de M. Marty concernant les effets nuisibles des vins plâtrés sur les fonctions digestives; — enfin un scrutin pour l'élection d'un correspondant étranger, dont le vainqueur a été M. Rœll (de Vienne), ont rempli le reste de la séance. — **A. T.**

Péritonite puerpérale purulente. — Ponction et évacuation de cinq litres de pus. — Guérison.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887

Par le docteur J. Besnier.

Il est reconnu que la péritonite puerpérale revêt souvent une gravité exceptionnelle, et que, dans certains cas, tous les moyens de traitement généralement employés pour la combattre restent sans résultat. Il en est ainsi, surtout lorsqu'elle se montre dès les premiers jours de l'accouchement, et qu'elle tend à se généraliser en s'accompagnant de symptômes généraux de septicémie.

L'impuissance de la thérapeutique habituellement suivie dans ces cas — opposée aux succès que l'intervention chirurgicale, aidée de la méthode antiseptique, donne de nos jours dans la plupart des autres espèces de péritonite, telles que les péritonites post-opératoires, traumatiques, par perforations viscérales, etc., — tend à justifier dans une certaine mesure l'application à la péritonite puerpérale elle-même du mode de traitement qui réussit si souvent dans les péritonites d'une autre nature. Aussi, dans une thèse récente (*Traitement chirurgical des péritonites*), le docteur Truc (de Montpellier) conseille-t-il, lorsque cette péritonite est accompagnée d'un épanchement septique sanieux ou purulent, de pratiquer de bonne heure le drainage, si elle est localisée, et même la laparotomie, si elle est généralisée ; drainage et laparotomie pouvant seuls permettre de faire le lavage de la séreuse péritonéale et de lutter ainsi avantageusement contre la septicémie.

Dans l'observation suivante, nous avons eu recours à une intervention de ce genre, mais en nous bornant à une simple ponction. La malade a guéri, bien que nous ayons eu affaire à une péritonite puerpérale survenue au quatrième jour de l'accouchement, et ayant amené un épanchement purulent des plus abondants.

Mme X..., âgée de 26 ans, réglée à 13 ans et mariée à 24, fait deux fausses couches dans la première année de son mariage, fausses couches dont elle se rétablit d'ailleurs très rapidement. Devenue enceinte une troisième fois, elle accouche le 27 août 1886, après une grossesse très régulière et un travail normal de quinze heures de durée. Jusque-là cette jeune femme, bien que d'une constitution un peu lymphatique, avait joui d'une bonne santé. Et en particulier, avant ses fausses couches et son accouchement, elle n'avait éprouvé aucun trouble morbide du côté de la cavité péritonéale.

Le quatrième jour après son accouchement, et alors que les suites de couches paraissaient devoir être très régulières, la malade est prise de frissons et de fièvre, de vomissements abondants et de douleurs de ventre, symptômes qu'on attribue à un refroidissement. Ces accidents se continuent les jours suivants; les vomissements surtout sont fréquents et les matières vomies verdâtres comme de l'herbe (*sic*); aux douleurs de ventre se joint un ballonnement très marqué, et bientôt survient une diarrhée abondante. Des applications d'onguent napolitain, de collodion, sont tour à tour pratiquées sur le ventre; à l'intérieur, on a recours à la potion de Rivière, à l'eau de Seltz, à la quinine, à l'opium; des alternatives de mieux et de plus mal se montrent.

Au bout de quinze jours la malade, qui était accouchée chez une sage-femme, est transportée non sans peine à la campagne. Là une certaine amélioration ne tarde pas à survenir : la fièvre tombe, les vomissements ne se produisent plus que deux ou trois fois par jour, et la diarrhée se modère. Par contre, les douleurs, quoique moins vives qu'au début, persistent du côté du ventre, qui devient de plus en plus volumineux. La

malade peut cependant bientôt se lever deux ou trois heures par jour, et supporter le lait, la viande crue, le champagne qu'on lui administre.

Après six semaines de séjour à la campagne, Mme X... est ramenée à Paris, où je la vois pour la première fois le 20 octobre. Je constate alors l'état suivant :

Facies profondément amaigri; pas de fièvre, temp. à 37°; pouls petit, misérable à 100; sueurs abondantes chaque nuit, précédées de légers frissons et accompagnées de malaise général.

Deux vomissements de bile jaunâtre et deux selles diarrhéiques la veille; langue blanchâtre, inappétence absolue; la malade ne peut prendre et supporter que des aliments liquides et en petite quantité.

Ventre très distendu, comparable, pour le volume et la forme, à celui d'une femme enceinte de huit mois; assez souple dans toute son étendue, et ne présentant de résistance que lorsque les deux mains exercent de chaque côté une certaine pression. Sensibilité spontanée modérée, plus marquée à la palpation, surtout sur les côtés, moindre autour de l'ombilic et en haut.

A la percussion : sonorité exagérée dans le tiers supérieur, où quelques anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale; matité absolue dans toute la partie inférieure, avec flot très net d'un côté à l'autre. La matité descend très bas dans les flancs, et fait cependant place à une légère sonorité dans les changements de position de la malade, qui ne peut quitter qu'avec peine le décubitus dorsal.

Respiration un peu précipitée, gênée par le gonflement du ventre; submatité et affaiblissement des bruits respiratoires en arrière et à la base de la poitrine; pas de toux, pas de matité au sommet, ni en avant ni en arrière; aucun symptôme qui puisse faire penser à une tuberculose pulmonaire. Rien à noter du côté du cœur ni du côté des urines, qui sont peu abondantes et ne contiennent pas d'albumine.

Pas de retour de couches; de ce côté, tout s'est passé régulièrement, il n'y a pas eu de pertes après l'accouchement, et les lochies ne se sont pas prolongées au delà de leur durée ordinaire.

En présence de cet état, je diagnostique une péritonite puerpérale ayant envahi une grande partie du ventre, mais circonscrite à ses limites et ayant déterminé un épanchement abondant et très probablement purulent, contre lequel une ponction me paraît urgente.

La malade et son entourage, qui jusque-là pensaient que le gonflement du ventre était dû simplement à des gaz, comme cela se voit souvent après les couches, hésitent devant ma proposition et la ponction est ajournée. Pendant quelques jours, des applications de teinture d'iode et de collodion sont faites tour à tour sur la paroi abdominale et n'amènent aucun résultat. Aussi, le 30 octobre, on se décide à me laisser intervenir plus activement.

La ponction est faite du côté gauche, au lieu d'élection pour l'ascite, à l'aide d'un trocart de moyen volume, et donne lieu à un écoulement de *cinq litres et demi de liquide purulent*. Cet écoulement se fait d'un seul jet et dure près d'une demi-heure, pendant laquelle le docteur Sarrude, qui veut bien me seconder dans la circonstance, comprime le ventre largement, et sans désemparer, par une pression de plus en plus forte. Le liquide qui s'écoule est d'abord assez transparent et verdâtre; puis il devient de plus en plus trouble et épais; et, vers la fin, tout à fait blanchâtre et mêlé de quelques débris membraneux rougeâtres. L'écoulement tari et le trocart retiré, une épaisse couche de collodion est immédiatement appliquée sur toute l'étendue du ventre et jusque sur les bas-côtés, et, par-dessus une couche d'ouate est maintenue à l'aide d'une ceinture modérément serrée.

Les suites de cette intervention ont été des plus simples, et j'ajouterai des plus inespérées. Le soir même de la ponction, le ventre, qui s'était complètement affaissé tout d'abord, a repris du volume. Il bombe légèrement de chaque côté, et, à ce niveau, on retrouve un peu de submatité, qui contraste avec la sonorité du voisinage due aux anses intestinales, distendues par des gaz, et qui fait craindre une reproduction de liquide. Pas de douleurs, du reste, ni de vomissements. Pas de fièvre. La malade, qui se sent très soulagée et la respiration sensiblement plus libre, a pu prendre deux litres de lait et plusieurs grogs.

Les jours suivants, l'état général s'améliore peu à peu sous l'influence d'une alimentation meilleure et bien supportée; le malaise, et les sueurs de la nuit en particulier disparaissent et les forces reviennent. Du côté du ventre, la couche de collodion étant enlevée, on sent à la palpation, sur tout le trajet des côlons ascendant transverse et descendant, une résistance mollasse, due vraisemblablement à des fausses membranes plus ou moins épaisses. Au-dessus et de chaque côté de cette zone, la sonorité est très marquée et descend jusque dans les flancs; au-dessous et dans l'intérieur de cette même zone, elle est sensiblement moindre. Le ventre est d'ailleurs ballonné légèrement dans son ensemble. Pas de matité cependant, ni de fluctuation en aucun point. La reproduction de l'épanchement, qu'il y avait tout lieu de redouter, ne s'est pas faite.

Pendant six semaines, on revient aux applications de teinture d'iode et de collodion, qui sont pratiquées alternativement sur tout le ventre; peu à peu ce dernier reprend son volume normal et redevient souple dans toute son étendue. Dans les derniers jours de novembre, la malade peut se lever, et bientôt sortir et reprendre sa vie ordinaire, le retour des règles seul se faisant attendre. Depuis, j'ai appris que ces dernières sont revenues et que Mme X... jouit d'une très bonne santé, comme avant son accouchement.

Dans ce fait, l'absence de toute maladie antérieure à l'accouchement du côté du ventre, pouvant faire penser soit à un kyste, soit à une péritonite tuberculeuse ou autre; le début brusque des accidents le quatrième jour après les couches; l'ensemble des symptômes qui se sont montrés tout d'abord, à savoir la fièvre et les frissons, les vomissements abondants et verdâtres, les douleurs et le ballonnement du ventre; les moyens même employés pour les combattre, tels que les applications d'onguent napolitain et de collodion sur les parois abdominales, l'administration de la potion de Rivière, de la quinine, etc., ne laissent pas de doutes sur l'existence d'une *péritonite puerpérale*.

Cette péritonite, bien qu'étendue à une grande partie du péritoine, s'est trouvée circonscrite par des adhérences multiples et résistantes, qui l'ont empêchée de se généraliser. Il a été possible de s'assurer après la ponction que ces adhérences avaient pour siège principal les côlons; de telle sorte qu'elles ont donné lieu à la formation, dans l'aire comprise entre ces intestins, à une vaste poche, isolée du reste de la cavité abdominale. C'est dans cette poche que le liquide purulent s'est peu à peu accumulé, en la distendant de plus en plus, au point de donner au ventre le volume et la forme de celui d'une femme enceinte de huit mois.

Par suite des circonstances dans lesquelles nous avons observé la malade, ce n'est que tardivement, deux mois après l'accouchement, que la ponction a été pratiquée. A ce moment, du côté du ventre, les phénomènes inflammatoires aigus avaient en grande partie disparu; il ne restait qu'une sensibilité modérée à la pression. D'autre part, le mouvement fébrile qui avait marqué le début des accidents avait cessé; il n'y avait pas de fièvre puerpérale. Par contre, la malade était profondément épuisée, amaigrie et avait de la diarrhée; de plus, le malaise et les frissons, suivis de sueurs la nuit, dénotaient un certain degré de fièvre hectique et de résorption putride. Ces dernières conditions rendaient une intervention chirurgicale urgente, et de son côté l'état local l'imposait également.

Mais, tout faisant prévoir que nous avions affaire à un épanchement purulent très abondant, devions-nous pratiquer seulement une ponction évacuatrice, ou bien établir d'emblée le drainage pour pouvoir faire des lavages antiseptiques? Nous avons pensé qu'il importait de s'en tenir tout d'abord à une ponction, qui permettrait de s'assurer si la poche était simple ou multiloculaire; nous réservant de faire le drainage en second

lieu, et en toute connaissance de cause, lorsque le liquide viendrait à se reproduire. Bien nous en a pris, puisque la ponction seule, en donnant issue à cinq litres et demi de liquide purulent, a suffi pour mettre la malade à même de guérir.

Il est, du reste, très remarquable que cette simple opération ait été suivie, dans la circonstance, d'un tel résultat. Faut-il attribuer la guérison de cette péritonite, d'une part, à l'évacuation aussi complète que possible de l'épanchement qu'elle avait déterminé; et, d'autre part, à la compression progressive et continue, qui a été exercée sur les parois abdominales pendant toute la durée de la ponction; compression, prolongée en quelque sorte par l'épaisse couche de collodion, dont tout le ventre a été revêtu immédiatement après; et secondée, d'un autre côté, par la pression des anses intestinales sous-jacentes et distendues par des gaz? Faut-il aussi faire intervenir les badigeonnages à la teinture d'iode qui ont été faits plus tard, dans le but de favoriser la résolution des fausses membranes? Toujours est-il que le retour à l'état aigu ne s'est pas fait, que le liquide ne s'est pas reproduit, et que peu à peu le ventre a repris sa souplesse normale, en même temps que la malade recouvrait toutes ses forces.

En présence de la marche et de la terminaison favorable d'une péritonite aussi étendue et survenue aussi près de l'accouchement, tout en faisant la part la plus large à l'efficacité des moyens qui ont été employés pour combattre ces accidents, nous devons reconnaître qu'il s'est agi là, aussi bien au début qu'à la fin de la maladie, d'une péritonite puerpérale de bonne nature *boni moris*. Et, à ce point de vue, il est regrettable que l'examen microscopique du pus retiré par la ponction n'ait pas été fait, étant données les idées qui règnent aujourd'hui sur la septicémie puerpérale. Il eût été, en effet, intéressant de savoir s'il contenait ou non les bacilles et les vibrions septiques que certains observateurs, et en particulier Doléris, Frænkel et Babès, ont trouvé chez les accouchées qui avaient succombé à des accidents puerpéraux.

Quoi qu'il en soit, ce fait m'a paru intéressant à plus d'un titre, et en particulier au point de vue de l'utilité de l'intervention chirurgicale dans certains cas de péritonite puerpérale : c'est ce qui m'a déterminé à vous le communiquer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° De nouvelles recherches expérimentales sur la composition des eaux de Pougues (source Saint-Léger), par M. le docteur Ch. Bovet, médecin-inspecteur. (Comm. des eaux minérales.)

2° Une lettre de M. le docteur Paul Fabre (de Commentry), qui adresse, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national, la liste de ses travaux scientifiques.

3° Des lettres de candidature de M. le docteur Magnan et de M. le docteur Ollivier pour la section d'hygiène; de M. Quesneville pour la section de pharmacie.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture, au nom de M. Blot, de la réponse que M. le rapporteur de la commission de vaccine a faite à M. le ministre de l'instruction publique, au sujet d'une demande adressée à ce ministre à l'effet d'obtenir que la revac-

cination fût rendue obligatoire pour les enfants à leur entrée dans les écoles. La commission, par l'organe de son rapporteur, appuie fortement cette demande.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant étranger (3e division).

Classement des candidats : En première ligne, M. Rœll (de Vienne); en deuxième ligne, M. Lemoigne (de Milan); en troisième ligne, M. Fleming (de Londres).

Le nombre des votants étant de 42, majorité 22, M. Rœll obtient 37 suffrages (élu); M. Fleming, 1; bulletins blancs, 4.

— M. Lagneau donne lecture d'un rapport sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, au nom d'une commission dont font partie MM. Larrey, Bergeron, Dujardin-Beaumetz et Proust.

Le rapporteur indique d'abord les principaux états morbides attribuables au surmenage et à la sédentarité, puis les mesures hygiéniques propres à les prévenir.

États morbides. — L'examen des yeux de milliers d'écoliers et d'étudiants a démontré que la myopie, exceptionnelle chez les enfants commençant à aller à l'école, par suite des travaux minutieux de lecture et d'écriture, devient de plus en plus fréquente à mesure que les élèves progressent dans leurs études et arrivent dans les classes supérieures, dans les écoles spéciales.

Des déformations osseuses, obliquité du bassin, incurvations rachidiennes, voussures thoraciques, inégale élévation des épaules, saillie plus grande de la clavicule droite que de la gauche, se manifestent très fréquemment chez les enfants, surtout chez les jeunes filles de 6 à 14 ans, par suite de la station assise trop prolongée, sans dossier, par suite aussi de certains modes d'écriture obligeant à élever et avancer plus l'épaule droite que la gauche.

Des dyspepsies, des troubles digestifs, une nutrition insuffisante, de la pâleur, de l'anémie sont fréquemment la conséquence de la position courbée sur un pupitre, de l'immobilité durant de longues heures de classes et d'études, dans des salles insuffisamment aérées.

La phthisie, qui se montre si fréquemment parmi les habitants sédentaires des villes, trop souvent se manifeste chez nos jeunes gens les plus studieux, qui, presque constamment penchés sur leur table, ne respirent qu'incomplètement, l'air ne pénétrant qu'imparfaitement les vésicules pulmonaires.

Des troubles nerveux, légers ou graves, passagers ou durables, céphalalgie, hyperesthésie, neurasthénie, lenteur intellectuelle, altérations profondes des facultés cérébrales, sont souvent la conséquence de la surcharge, de la contention intellectuelle prématurée, excessive et prolongée à laquelle se soumettent des jeunes gens en vue de concours, des élèves d'écoles spéciales, des instituteurs et institutrices.

Mesures hygiéniques. — Autant que possible, l'externat doit être substitué à l'internat, car, plus que l'externe, l'interne est soumis à l'encombrement du dortoir, à la sédentarité, à l'inertie corporelle durant les classes, durant les longues études.

Le sommeil, de plus longue durée pour les enfants que pour les jeunes gens, ne doit pas être de moins de huit heures pour ces derniers, le cerveau devant se reposer des fatigues occasionnées par le travail intellectuel.

La durée quotidienne du travail intellectuel, de 8 à 20 ans, progressivement à l'âge, ne doit pas être de plus de trois à huit heures.

Le travail intellectuel doit être interrompu par des récréations, des jeux, des chants. La durée des classes, de vingt à trente minutes pour les enfants, ne doit pas dépasser une heure ou une heure un quart pour les jeunes gens.

Pour réduire à moins de trois à huit heures, selon les âges, le travail intellectuel comprenant les classes et les études ou devoirs de maison, on doit surtout diminuer les études ou devoirs de maison, qui plus longtemps que les classes astreignent à l'immobilité.

Les programmes de l'enseignement doivent être réduits proportionnellement au temps donné au travail intellectuel.

Non seulement l'étendue des programmes d'examens doit être limitée, mais aux examens généraux, encyclopédiques qui exigent une surcharge de l'intelligence, il faut substituer des examens partiels, fréquents, motivant un travail régulier, laissant à l'intelligence le temps de s'assimiler les connaissances multiples successivement étudiées.

En dehors des heures données au sommeil, au repas, au travail intellectuel, suivant les âges, de dix à six heures, doivent chaque jour être données aux jeux, chants, courses, promenades, gymnastiques, exercices et manœuvres militaires. Mais, pour les jeux, les courses, les promenades, la gymnastique, il faut que les élèves aient de l'espace, de la liberté; pour les exercices et manœuvres militaires, il faut que les jeunes gens ayant acquis, durant la période scolaire, cette instruction militaire préparatoire, sachent que plus tard ils seront d'autant moins de temps retenus à l'armée que cette instruction militaire préparatoire aura été reconnue plus complète.

Conclusion. — L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignements actuellement adoptés.

La discussion du rapport de M. Lagneau est renvoyée à la prochaine séance.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. Alphonse Guérin, relative à l'*adénophlegmon juxta-pubien*.

Dans la dernière séance, M. le président Sappey avait dit qu'il regrettait que la description de la maladie de M. Alphonse Guérin reposât sur une erreur anatomique, aucun des vaisseaux lymphatiques émanés du col de l'utérus n'aboutissant au ganglion sous-pubien.

M. Alphonse Guérin avait répondu en engageant M. Sappey à aller voir au musée de Clamart une pièce préparée par M. le docteur Le Bec, et sur laquelle il pourrait constater avec évidence la réalité de la disposition anatomique dont il s'agit.

Aujourd'hui, M. Alphonse Guérin, continuant son argumentation en réponse à M. Sappey, montre que cet anatomiste, auquel la science est redevable de si magnifiques travaux sur le système lymphatique, a dû prendre pour sujets de ses admirables recherches et de ses belles injections des utérus de petites filles, les seuls sur lesquels ces injections puissent être faites avec succès, les vaisseaux lymphatiques des utérus de femmes adultes étant imperméables aux injections fines, sans doute à cause de la fréquence des inflammations de cet organe, particulièrement chez les femmes mortes soit pendant la grossesse, soit à la suite de couches.

Sur une planche du grand ouvrage de M. Sappey sur les lymphatiques, on peut remarquer des vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus se rendant à des ganglions situés de chaque côté de ce col, au-dessus des parties latérales du vagin. Un de ces vaisseaux transversalement dirigé est figuré incomplètement sur le dessin, et M. Alphonse Guérin ne peut s'empêcher de croire que ce vaisseau se rend au ganglion sous-pubien.

Quoi qu'il en soit, M. Alphonse Guérin estime que l'on ne peut révoquer en doute la disposition anatomique en question, car il a vu, et d'autres anatomo-pathologistes (parmi lesquels Cruveilher, qui fait autorité en cette matière) ont vu avec lui, des exemples de dégénérescence du ganglion sous-pubien à la suite de cancers du col de l'utérus. M. Guérin en appelle de M. Sappey anatomiste à M. Sappey anatomo-pathologiste.

M. Sappey déclare qu'il était résolu à garder le silence, mais ce que vient de dire M. Guérin l'oblige à sortir de la réserve qu'il voulait s'imposer. Le savant anatomiste décrit les dispositions qu'il a le plus habituellement rencontrées à la suite de ses injections du système lymphatique de l'utérus. Il distingue les vaisseaux lymphatiques qui émanent du parenchyme de l'organe et ceux qui proviennent de la muqueuse.

Les premiers se rendent à divers groupes de ganglions situés les uns à l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive, les autres dans l'excavation pelvienne, les autres enfin sur les parties latérales de la colonne lombaire.

Les seconds, et parmi eux ceux qui proviennent de la muqueuse de la cavité du col,

aboutissent à un petit ganglion situé sur les parties latérales de l'utérus, à l'union du col avec la paroi vaginale. Les lymphatiques qui émergent de ce ganglion (lymphatiques efférents) se rendent dans le groupe ganglionnaire situé à la bifurcation de l'iliaque primitive; aucun de ces vaisseaux ne se jette dans le ganglion juxta-pubien. Quant à la pièce de M. Le Bec dont a parlé M. Guérin, M. Sappey déclare l'avoir examinée avec soin, et à plusieurs reprises; il lui est impossible de lui attribuer l'importance qu'y attache M. Guérin. En y regardant de près, on reconnaît que le ganglion que l'on voit sur cette pièce n'est pas le ganglion sous-pubien, mais un ganglion iliaque externe déplacé pendant la préparation.

M. Alphonse Guérin reconnaît, après nouvel examen, que la pièce de M. Le Bec n'a pas aujourd'hui l'importance démonstrative qu'elle avait il y a neuf ans à l'époque du concours pour lequel elle avait été préparée. Mais, à cette époque, M. Alphonse Guérin, M. Tillaux et tous les juges du concours dont il s'agit ont très bien vu sur cette préparation maintenant altérée des vaisseaux lymphatiques se rendant du col utérin au ganglion sous-pubien. En dernière analyse et à défaut d'une démonstration anatomique convaincante, M. Guérin s'en réfère aux données de l'anatomie pathologique.

M. Colin (d'Alfort) pense qu'il est facile de concilier les opinions contraires soutenues par MM. Alph. Guérin et Sappey, en admettant que la pièce dont il s'agit, qui est d'ailleurs unique dans son genre, reproduit purement et simplement une des nombreuses anomalies du système lymphatique.

— M. Marty, professeur au Val-de-Grâce, candidat pour la section de pharmacie, lit une *note sur les effets des vins plâtrés sur l'économie.*

Des observations et des expériences qu'il a faites sur lui-même avec le plus grand soin, l'auteur croit pouvoir conclure que la présence dans le vin d'une forte proportion de sulfate de chaux et de potasse ne peut qu'exercer une action funeste sur les voies digestives.

— M. Hayem communique un travail intitulé : *Traitement de la dyspepsie du premier âge et particulièrement de la diarrhée verte; nature microbienne de cette diarrhée.*

L'auteur résume son travail en disant que la diarrhée des nourrissons doit sa coloration verte à une matière produite par un bacille particulier. Elle est probablement préparée par un état dyspeptique qui permet à ce bacille de trouver dans le tube digestif le milieu qui lui convient. M. Hayem croit de plus être autorisé à dire qu'elle est contagieuse, et que les germes déposés sur les linges tachés par les déjections sont les agents de la contamination. Il a dirigé avec succès contre la maladie le traitement prophylactique et curatif suivant :

Le traitement prophylactique consiste à transporter le plus tôt possible hors de la salle des malades toutes les pièces de linge souillées par les matières vomies et surtout par les selles et à plonger ces linges dans un baquet contenant une solution de sublimé à 1 p. 100.

Le traitement curatif consiste dans l'emploi de l'acide lactique sous forme de solution à 2 p. 100, à la dose d'une cuillerée à café donnée à l'enfant un quart d'heure avant la tétée. On en fait prendre cinq à huit dans les vingt-quatre heures, ce qui représente à peu près 40 à 60 centigrammes d'acide lactique pur.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire. — *Guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx. — Suite de la discussion sur la thérapeutique générale de la syphilis. — Epidémie de fièvre typhoïde à Pierrefonds. — Du zona périnéo-anal chez les tuberculeux.*

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

A l'occasion du procès-verbal, M. le Président lit une lettre de M. Gouguenheim, don-

nant une statistique des cas d'ulcérations tuberculeuses du larynx traitées par la méthode du docteur Hering.

Les 28 cas de guérison se répartissent en trois catégories. Dans la première, sont comprises 13 observations de phthisie laryngée et des poumons ; la cicatrisation dure, sans récidive, depuis trois mois à un an. Dans neuf de ces cas, les malades avaient des ulcérations profondes, à forme destructive, et assez étendues.

La deuxième catégorie comprend neuf cas dans lesquels la récidive a eu lieu et n'a été guérie que chez trois malades.

Dans la troisième catégorie, se trouvent six cas d'ulcères tuberculeux, avec état général mauvais. La cicatrisation a eu lieu néanmoins et s'est même maintenue dans deux cas jusqu'à la mort, ainsi que l'attestent les pièces anatomiques que possède M. Hering.

En somme, dans bon nombre de cas d'une certaine gravité, la guérison s'est faite d'une manière complète; dans d'autres cas, la guérison ne s'est maintenue que pendant un temps plus ou moins long.

— M. Martineau continue sa communication sur la thérapeutique générale de la syphilis qui comprend trois médications : *mercurielle, iodée, sulfureuse.*

Pour la première, il rappelle que c'est à la voie cutanée qu'il donne la préférence en employant en injections hypodermiques une solution de peptone hydrargyrique ammonique.

Quant à la seconde, elle est aussi active que la médication mercurielle ; elle est d'autant plus efficace qu'elle a été précédée de l'emploi des préparations hydrargyriques.

Aussi M. Martineau a-t-il modifié un peu le traitement si usité de M. Fournier qui ne donne l'iodure de potassium qu'à la fin de la première année de traitement mercuriel. Il préfère la médication iodée pendant les stades de repos ; dès le début du traitement, le mercure est prescrit pendant deux mois, puis l'iode pendant deux mois, et ainsi de suite pendant la première année.

La seconde année, médication mercurielle pendant six semaines à deux mois, suivant qu'apparaissent des accidents plus ou moins sérieux ; puis médication iodée pendant le même laps de temps. Aucune médication pendant un mois et demi à deux mois ; puis l'on reprend le traitement alternant.

Pendant la troisième année, les stades de repos sont plus longs et varient de deux à trois mois.

Durant la quatrième année, il n'y a en tout que six mois de traitement que l'on fait coïncider de préférence avec l'automne et le printemps, époques auxquelles la syphilis se manifeste plus volontiers sur la peau, les muqueuses, etc.

M. Martineau emploie l'iodure de potassium ou de sodium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour en solution ou en dragées pendant les repas ; il a dû renoncer à l'emploi en injection d'une peptone iodurée potassique qui se décompose très rapidement et donne lieu à des douleurs atroces. Il y aurait lieu de rechercher les effets de la vaseline pure associée aux iodures.

La *médication sulfureuse* est instituée à la fin de la deuxième année ou au courant de la troisième. Il faut attendre en effet que la période active de l'intoxication syphilitique soit épuisée et cette période dure deux ans environ. Le médecin n'est pas autorisé à envoyer plus tôt les malades aux stations sulfureuses; les observations des médecins hydrologues montrent que les manifestations syphilitiques réapparaissent avec une certaine intensité sous l'influence de la cure sulfureuse précoce; or, on ne peut connaître à l'avance la plus ou moins grande gravité du syphilome ainsi provoqué; on peut avoir à redouter des accidents cérébro-spinaux ou viscéraux graves. Le plus habituellement, ce n'est qu'à la fin de la troisième année que M. Martineau envoie les syphilitiques à la station thermo-minérale pour y être traités complètement (bains, douches, étuves, boissons, etc.).

Les eaux sulfureuses, prises en boisson loin de la station, ne sont pas aussi à redouter; elles favorisent la tolérance du mercure ; elles sont surtout utiles pour relever l'état général et donnent de bons résultats chez les syphilitiques qui sont lymphatiques ou scrofuleux.

Quant au rôle de cette médication sulfureuse, elle n'agit pas comme succédanée du mercure ou de l'iode, mais comme adjuvant; ce n'est pas une médication antisyphilique, agissant contre l'élément virulent, guérissant la syphilis. Elle favorise, elle augmente la tolérance du médicament, active la nutrition générale.

En outre, elle sert de *pierre de touche :* son action révélatrice ne saurait être niée; c'est à tort que l'on a considéré comme dangereux ce traitement d'épreuve.

La médication sulfureuse doit être continuée pendant la quatrième et la cinquième année; alors même que les manifestations ont été légères et fugaces, elle constitue en effet un excellent contrôle de la guérison de la syphilis, alors que le syphilitique a été traité; si la guérison n'est pas complète, les accidents ne tardent pas à apparaître.

Dans le traitement général de la syphilis, il ne faut pas oublier le traitement pathogénique du malade; le diagnostic pathogénique a une grande valeur toutes les fois qu'une cause quelconque (état général, alcoolisme, impaludisme, diathèse) vient modifier le pronostic de la syphilis. La thérapeutique pathogénique consiste dans la médication interne, les eaux minérales, etc.

Cette discussion sur la thérapeutique générale de la syphilis reste à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

— M. Fernet rapporte en détails l'histoire de l'épidémie locale de fièvre typhoïde observée à Pierrefonds, en 1886 : les huit personnes qui habitaient la même maison furent toutes atteintes de fièvre typhoïde. M. Fernet a soigné sept d'entre elles et relate avec soin les différentes péripéties de cette catastrophe de famille.

Les quatre personnes qui succombèrent n'avaient pas eu antérieurement la fièvre typhoïde; la maladie prit chez elles rapidement une gravité exceptionnelle, caractérisée par l'apparition d'un torticolis douloureux, d'accidents tétaniformes, d'accidents nerveux analogues à ceux de la méningite cérébro-spinale, les symptômes abdominaux étaient au contraire peu accentués.

La violence de l'infection, de l'intoxication fut telle, que deux malades succombèrent en quelques jours, alors que le début de la maladie ne paraissait pas comporter un pronostic aussi grave.

Les quatre personnes, qui antérieurement avaient eu la fièvre typhoïde, ne furent touchées que légèrement et guérirent en quelques jours. L'une d'elles avait été soignée trois ans auparavant par M. Fernet pour une fièvre typhoïde grave avec rechute.

La cause de cette épidémie locale a été nettement élucidée par les recherches de MM. Bougarel et Brouardel; les deux maisons voisines de celle qu'habitait la famille F... venaient d'être visitées par la fièvre typhoïde. Les cabinets d'aisance avaient une fosse commune creusée dans la terre jusqu'à la couche perméable. L'enquête minutieuse, à laquelle se livra le professeur Brouardel, démontra que l'eau du puits dont se servait la famille F... avait été contaminée par les infiltrations de matières fécales. Dans un litre d'eau, recueillie quelque temps après le début des accidents, MM. Chantemesse et Widal constatèrent l'existence de plus de 20,000 bacilles typhogènes.

M. Fernet pense que, dans la majorité des cas, l'eau paraît être le véhicule habituel du poison typhique; cette eau est contaminée par les matières fécales. Aussi, comme traitement prophylactique, M. Fernet insiste à nouveau sur la nécessité de désinfecter complètement les garde-robes des typhiques et de n'employer comme eau de boisson qu'une eau filtrée avec grand soin.

— M. Barié fait une communication sur le *zona périnéo-anal chez les tuberculeux.*

Les troubles nerveux *douloureux* qu'on observe au cours de la tuberculose pulmonaire varient beaucoup de nature et de siège; il n'est guère de phthisique qui ne souffre d'arthralgies, d'hyperesthésies cutanées ou musculaires, de névralgies aussi diverses que rebelles. Ces névralgies s'accompagnent de certains troubles trophiques, tels que des plaques d'érythème, des atrophies musculaires, du *zona.*

L'historique du *zona* chez les tuberculeux remonte à vingt-cinq ans; il fut observé d'abord chez un enfant d'un an, puis trois ans après chez une femme de 62 ans. Leudet, dans un mémoire très intéressant, put en relever 17 observations sur 2,000 phthisiques : « Chez les tuberculeux, dit-il, le zona fait partie d'un ensemble de pertur-

bations nerveuses localisées au sujet des nerfs, coïncidant avec des troubles de la sensibilité, des troubles de la motilité, des troubles thermiques et trophiques. »

Le zona est une complication rare dans la tuberculose, puisqu'on en connaît seulement 25 observations publiées; il se localise le plus fréquemment sur la paroi thoracique, 16 fois sur 25, 4 fois sur le bras et l'avant-bras, 2 fois sur la région lombo-abdominale, 2 fois sur le membre inférieur, 1 fois sur le trijumeau.

Depuis onze ans, M. Barié a observé 3 cas dans lesquels l'éruption s'était localisée au niveau de la région périnéo-génitale. Une première fois, en mars 1876, chez un homme de 48 ans, qui toussait depuis trois ans et qui fut pris de douleurs vives, à caractère lancinant, causées par une éruption unilatérale occupant le scrotum, la verge et les parties avoisinantes. La seconde observation est celle d'un jeune commis de nouveautés, atteint de tuberculose pulmonaire, qui fut pris tout d'un coup de cuisson, de démangeaisons vives dans la région génitale; il existait un zona confluent qui se fit par poussées successives. La dernière observation, la plus récente, est celle d'un cocher que M. Barié a soigné l'année dernière en février 1886, à l'hôpital Broussais; chez ce malade, qui a succombé, les vésicules d'herpès étaient disposées en corymbes et la peau présentait une teinte brune extrêmement nette.

Dans ces 3 cas, le zona survint sans cause appréciable. L'éruption était unilatérale, occupant la moitié de la région péri-anale, du périnée, du scrotum, tout un côté de la face supérieure et inférieure de la verge et la plus grande partie de la région supérieure des faces postérieure et externe de la cuisse du même côté.

Il ne faut pas confondre ce zona périnéo-génital avec d'autres éruptions qui peuvent siéger en cette région : l'herpès anal, l'herpès névralgique des organes génitaux, l'herpès récidivant. L'herpès anal se rencontre surtout chez la femme à la suite d'affections utérines ou péri-utérines ou causées par le contact des liquides irritants qui s'écoulent de la vulve. L'herpès névralgique est lié généralement à une lésion du prépuce; enfin l'herpès récidivant est caractérisé par son origine vénérienne et sa récidive fréquente.

M. Barié discute ensuite la pathogénie des accidents douloureux, en particulier du zona dans la tuberculose pulmonaire; il rappelle les diverses théories émises par les auteurs : Gueneau de Mussy et Perroud (origine réflexe), Leudet (troubles vaso-moteurs, puis origine réflexe), Raymond (méningo-myélite); il les rattache surtout à la névrite démontrée par les travaux de Beau, Peter, Landouzy, Joffroy, Pitres et Vaillard, etc.

Voici les conclusions auxquelles arrive M. Barié en s'appuyant sur les observations publiées et sur celles qui lui sont personnelles.

Parmi les troubles nerveux observés au cours de la tuberculose pulmonaire, il faut réserver une place au zona, qui toutefois est une complication rare.

Ce zona siège généralement sur les parois thoraciques; on le rencontre plus rarement dans d'autres régions telles que le cou, la face, les lombes, les membres inférieurs et supérieurs; il peut siéger également dans la région périnéo-génitale.

L'éruption, quelquefois accompagnée de troubles de la motilité et de variations thermiques, a été rapportée tantôt à des perturbations vaso-motrices, tantôt à des excitations d'ordre réflexe; ces hypothèses doivent être rejetées.

Quel que soit le siège du zona des tuberculeux, il peut reconnaître deux origines : quelquefois il est lié à des méningo-myélites tuberculeuses; le plus souvent, il est la conséquence de névrites parenchymateuses périphériques. Il se rapproche ainsi plutôt des éruptions vésiculeuses secondaires (en forme d'herpès et d'origine trophique) que du zona véritable, si l'on considère ce dernier comme une entité morbide d'origine infectieuse.

— La séance est levée à cinq heures un quart. — P. L. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'assemblée des naturalistes et médecins allemands se tiendra cette année à Wiesbaden du 18 au 24 septembre.

Belgique. — La mortalité de Bruxelles a été pendant l'année 1886 de 24,8 p. 1,000. Mais ce n'est pas la ville de Belgique la moins favorisée à cet égard, puisque la mortalité de Gand, moins bien organisée au point de vue des services d'hygiène publique, s'élève à 26,6 p. 1,000 habitants. — Ch. S.

COURRIER

Par arrêté préfectoral, M. le professeur Labéda a été nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts de Toulouse, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Petit est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIIe arrondissement de Paris ; M. le docteur Fodéré est nommé médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris.

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants de :

MM. les docteurs	Rufz de Lavison (legs)	2.000 fr.
—	Duménil (de Rouen)	100
—	Liebaut (de Nogent)	50
—	Ysarren	1.000
—	Lannelongue	1.000
—	Marjolin	1.000
—	Pfeiffer	250
—	Boutin	70
—	Cordes (de Genève)	30
—	Brun (Auguste)	100
—	Foville	100
—	Pilat (de Lille)	50
—	Bucquoy	100
—	Blache	100
—	Baron Larrey	100
—	Martineau	100
—	Burdel (de Vierzon)	100
—	Ricord	500
—	Roger (Henri)	500
—	Vidal (Emile)	600
—	Horteloup	500
—	Leroy-Dupré	200
—	Baron Larrey	100
—	Cazeneuve (de Lille)	500
—	Riant	100
—	Péan	200
—	Hérard	100
	Total	9.550 fr.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques, sur la syphiliographie, le samedi 21 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— La fille d'un médecin récemment décédé, pourvue du diplôme supérieur de l'enseignement, désire trouver des leçons de littérature française, latin ou anglais, préparation aux examens de l'Hôtel de Ville, etc.

S'adresser à Mme veuve Suillet, 30, rue du Cherche-Midi.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Maurice Springer : Etude sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. — II. Mort de M. Vulpian. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

Etude sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac

Par Maurice Springer, interne des hôpitaux.

Il y a cinq ans, le professeur Wölfler (de Vienne) opérait une malade d'un cancer du pylore. Pendant quatre ans la malade a présenté toutes les apparences d'une bonne santé. Elle est morte au mois de juillet 1886 sans traces de récidive locale et sans jamais avoir éprouvé depuis l'opération le moindre trouble fonctionnel de l'estomac. C'est là un résultat qui mérite de fixer l'attention.

Depuis que Sedillot avait pratiqué la gastrotomie, les opérations sur l'estomac ne trouvaient d'indication que dans l'extraction d'un corps étranger de cet organe. Il y avait eu quelques cas heureux L'idée d'enlever des tumeurs de l'estomac s'était présentée à l'esprit de bien des chirurgiens; mais le péritoine était un de ces lieux dont on n'approche qu'avec une sainte terreur. Quelques exemples édifiants avaient suffi pour inspirer cette réserve.

Tout à coup, sous l'impulsion de Pasteur et de Lister, éclate avec toutes ses merveilles l'antisepsie. Ses résultats stupéfiants entre les mains de quelques hardis légitiment toutes les opérations. C'est la plus grande révolution dans l'histoire de la chirurgie.

Avec l'antisepsie tout devient opérable, — à moins d'enlever un organe essentiel. On retire des tumeurs de l'abdomen, on resèque l'intestin, on enlève la rate, le rein, la vésicule biliaire, l'utérus, l'ovaire. C'est une véritable débauche opératoire. Le malade ne meurt plus de l'opération; ce qu'on ne faisait que sur les animaux se fait couramment chez l'homme, et on constate que l'homme peut se passer de la moitié de ses organes,

FEUILLETON

CAUSERIE

Promenades au Salon.

II

Après nous avoir montré, aux précédentes expositions, des scènes préhistoriques, comme *Les Premiers Hommes* qui sont au Luxembourg, et la *Chasse à l'Ours* de l'année dernière, M. Cormon descend le cours des âges et nous associe aujourd'hui aux réjouissances patriotiques des *Vainqueurs de Salamine*. Cette belle toile attire les regards dès qu'on a pénétré dans le salon carré, où elle occupe la place d'honneur, en face de l'entrée. La baie de Salamine est au second plan, les vaisseaux de Xerxès s'y aperçoivent à moitié coulés et émergeant seulement par la proue; au loin, l'horizon est fermé par une chaîne de collines dont la crête nettement découpée et la couleur d'un bleu franc sont dans la note vraie d'un paysage de la Grèce. Les vainqueurs viennent de débarquer, Thémistocle sur un grand cheval de bataille, d'autres guerriers près de lui; tout autour, des hommes et des femmes qui poussent des hourras en agitant des palmes. Cette foule se meut dans un espace bien éclairé, bien aéré, elle est vivante, elle marche, elle crie, et un sentiment de grandeur se dégage de cette composition, où les

pourvu que l'opération soit faite *proprement*. La pathologie stomacale ne devait pas tarder à bénéficier de ces avantages, et elle en a largement profité. Les exemples de Wölfler et de Billroth le prouvent.

Un cancer de l'estomac étant reconnu, est-il opérable? C'est là une question qui ne se posait jamais; aujourd'hui elle peut se poser, dans quelques cas elle doit être posée.

La première condition pour songer à l'intervention chirurgicale, c'est de faire le diagnostic au début de la maladie, c'est-à-dire lorsque l'état général n'est pas trop altéré, lorsque les chances de propagation et de généralisation sont encore minimes. Malheureusement, ce diagnostic est le plus souvent impossible. Les signes fonctionnels existent seuls pendant fort longtemps; les signes physiques ne deviennent souvent perceptibles qu'à une période avancée. D'autre part, quand on a constaté la tumeur peu de temps après le début des troubles fonctionnels, c'est-à dire à temps pour discuter l'opération, le siège du cancer imprime à la marche de la maladie une allure si variable, qu'il en résulte des indications tout à fait distinctes. Il nous faut donc envisager ce qu'il y aurait à faire dans chacune de ces conditions.

Le cancer siège-t-il *au cardia?* La sonde œsophagienne confirme le diagnostic; l'état général est encore bon, mais le retrécissement a marché rapidement et le malade va mourir de faim et de soif. Dans ce cas, la gastrostomie éloigne la mort par inanition. Le malade peut survivre six, huit, dix mois. On a changé son genre de mort et on l'a fait vivre quelque temps. Est-ce un bénéfice? On ne saurait conclure par le raisonnement. C'est une question de sentiment et de conscience que chacun peut résoudre suivant le point de vue auquel il se place.

Billroth, dans l'espace de cinq ans (1880-1885), a pratiqué quatre fois la gastrostomie pour des retrécissements cancéreux de l'œsophage au niveau du cardia. Sur ces 4 cas, 2 moururent peu de temps après l'opération; le

---

personnages n'ont pas trop servi de prétexte aux études de vue et aux poses académiques. Grand succès pour M. Cormon et grand espoir aussi, si l'on en croit les désignations anticipées qui circulent depuis l'ouverture du Salon.

Moins heureux que les héros de Salamine, les soldats de M. Roll (*La Guerre; marche en avant*) ne tiennent pas encore la victoire, mais peut-être en suivent-ils le chemin! C'est bien la guerre, avec sa sévérité, sa tristesse; on ne peut regarder sans émotion cette peinture sobre et sincère, et l'on suit avec anxiété la marche de ces hommes résolus qui vont tout-à-l'heure entrer en ligne contre les troupes ennemies qu'on devine dans le lointain. Une facture large et simple, l'absence d'effets violents comme en contiennent trop souvent les tableaux militaires, voilà ce qui distingue l'œuvre de M. Roll. Une seule chose en dépare l'harmonieux ensemble; c'est le soldat du génie qui tient trop de place au premier plan, où il est installé en travers de la route pour manœuvrer un appareil de télégraphie optique. On ne s'explique pas bien ce qu'il fait, avec sa grosse lampe et son objectif de photographe; cet épisode, qui est là comme allusion aux derniers perfectionnements scientifiques de la guerre, détourne l'attention sur un détail secondaire, auquel le peintre a donné un relief excessif.

Avec *Le Soir* de M. Duez, nous oublions les angoisses de la guerre pour les calmes impressions de la vie champêtre. Ces bœufs qui ruminent paresseusement au bord d'une mer unie comme un lac, sont largement traités, et le paysage rend bien l'effet des dernières heures du jour; on sent que la nuit et le sommeil vont descendre bientôt sur cette plage. Malgré les grandes qualités du tableau de M. Duez, je ne puis m'empêcher

troisième survécut dix-huit jours ; le quatrième vécut un mois et demi et mourut de pneumonie.

Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens ont opéré lorsque le retrécissement était infranchissable pour les solides, mais perméable encore pour les liquides (Escher (1), Megill, Albert, Golding Bird, Ranke) ; ils ont eu des survies de quatre, cinq, six et huit mois. Mais il faut considérer que, sans opération, ces malades avaient encore quelque temps à vivre. Quelle est la part de survie attribuable à l'opération ? C'est ce qu'il est impossible de savoir. Dans ces cas, il n'y a pas d'indication suffisante, l'opération doit être rejetée. En d'autres termes, on ne peut discuter l'intervention chirurgicale que si, dans la première période, le malade est sur le point de mourir de faim et de soif.

Le cancer siège-t-il *sur les faces de l'estomac?* La seule opération à laquelle on puisse songer, c'est la gastrectomie. On enlève la tumeur et on suture. Il est inutile, à l'heure actuelle, de discuter même l'opportunité d'une telle conduite.

La gastrectomie cependant peut trouver son indication. C'est lorsqu'une tumeur siège *au niveau de la région pylorique.* Dans ce cas, en effet, l'intervention peut s'imposer, lorsque le rétrécissement pylorique amène rapidement un état d'inanition devant lequel le médecin ne doit pas rester désarmé. Pour qu'on puisse penser à l'opération, il faut que le rétrécissement soit infranchissable, cliniquement du moins, que l'affection soit au début, que l'état général ne paraisse pas altéré par l'intoxication cancéreuse. Dans ce cas, l'idée de lever l'obstacle mécanique qui va tuer le malade se présente ; le seul moyen de la réaliser, c'est la résection du pylore.

Les expériences de Gussenbauer et Winiwarter (2), de Czerny et Kaiser (3) avaient bien démontré la possibilité de résections partielles de

(1) *Centralblatt für Chirur.*, 1880, p. 39.
(2) *Partielle Magenresection* (*Arch. f. klin. Chirurg.*, Bd XIX.)
(3) Kaiser : *Beitrage zu der Operation am Magen*, Stuttgard, 1878.

---

de lui adresser une question et un reproche au sujet de l'arbre qu'il a placé dans le ciel, au-dessus de l'horizon : selon toute vraisemblance, c'est le soleil que nous voyons là; mais comme il est éteint, comme il éclaire mal, même pour un soleil couchant; à peine quelques reflets irisés sur la mer, et tout le reste d'une teinte grise et plate, qui s'accorde bien avec la mélancolie du sujet, mais qui ne rappelle en rien les départs étincelants que fait le soleil avant de se plonger dans l'Océan. C'est au point qu'on se demande si ce grand disque blanc, dans cette atmosphère incolore, n'est pas la lune au lieu du soleil.

Avant d'en finir avec le salon carré, un regret pour la fâcheuse entreprise de M. Clairin, où de superbes cuirassiers assistent impassibles à la montée au ciel de l'âme de Victor Hugo. Pauvres cuirassiers ! Dire que la scie des *Funérailles de Victor Hugo* n'est pas finie pour eux ! Elle l'est pour nous, heureusement, et le souvenir qu'en évoque M. Clairin revêt à bon droit les apparences d'un cauchemar.

On s'attarderait volontiers devant *La Culture des tulipes* de M. Hitchcock, tulipes un peu courtes de tige et trop épanouies à fleur de terre, comme des salades, mais n'en faisant pas moins la joie de la jeune Hollandaise qui les examine d'un air recueilli. Tout à côté, on se laisserait encore retenir par *Le clos*, de M. Julien Dupré, solide peinture, pleine de lumière et de gaîté, sentant bon la verdure et l'étable.

Mais un sujet médical nous attire dans la salle 9 ; c'est *Le Choléra morbus* de M. Armand Gautier. Mon Dieu, qu'il était donc terrible, ce choléra morbus dans les fermes du Jura en 1854 ! On ne vit jamais un choléra infligeant de pareilles tortures à ses victimes.

l'estomac chez les animaux. Czerny même avait enlevé, chez un chien, l'estomac tout entier, ce qui n'avait pas empêché l'animal de doubler de poids dans l'espace de huit mois. Mais la première résection du pylore, chez l'homme, fut faite par un chirurgien français, M. Péan.

Ce chirurgien eut même en quelque sorte la main forcée par son malade. Il s'agissait d'un homme atteint d'un cancer du pylore. Il en était résulté une dilatation de l'estomac extrême et des vomissements incessants qui empêchaient toute alimentation. Il souffrait cruellement de la faim et de la soif; il avait perdu 34 kilogr. de son poids. De là un découragement profond, et l'intention bien arrêtée de se suicider si on n'intervenait pas immédiatement. L'opération fut pratiquée le 9 avril 1879. Le cinquième jour, le malade mourait de faiblesse et d'inanition (1).

Une opération pratiquée chez un individu dans un tel état ne pouvait guère se terminer autrement. L'inanition prolongée avec la faiblesse qu'elle entraîne est donc une contre-indication formelle.

La seconde résection du pylore fut faite par Rydygier en nov. 1880; le malade mourut au bout de douze heures.

La troisième fut pratiquée par Billroth, en 1881, sur une femme de 43 ans, pour un cancer du pylore. L'opération fut suivie de succès. La malade avait depuis trois mois des troubles digestifs; une demi-heure après chaque repas, elle vomissait une grande partie des aliments ingérés; depuis six semaines, il y avait un amaigrissement très notable. Dans la région ombilicale, on sentait une tumeur de la grosseur d'un petit poing, dure, mobile, douloureuse à la pression, et indépendante de la paroi. L'opération eut lieu le 29 janvier 1881; elle dura une heure et demie. La tumeur enlevée mesurait, en longueur, 14 centimètres au bord supérieur, 10 au bord inférieur. La circonférence de l'orifice duodénal était de 13 centim. 1/2, l'orifice stomacal de 22 centimètres. Sur les limites de la tumeur, on enlève encore 2 centimètres de tissu sain. La lumière de l'orifice pylorique est

(1) Péan : *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880.

Armand Sylvestre l'a mis en vers au bas du tableau, et je comprends qu'en poésie on dise toutes les horreurs possibles d'un ennemi comme le choléra; mais le peintre ne peut suivre le poète dans toutes ses fantaisies, et les cholériques de M. Gautier appartiennent à la fantaisie, et non à la clinique. Un homme se dresse sur son lit comme pour crier à tue-tête; une femme, les bras étendus en croix, semble agitée des plus violentes convulsions; ils sont affreux à voir, mais ne rappellent en rien le morne abattement des malades glacés et desséchés par le fléau indien. Le choléra de M. Gautier, pour être trop réaliste, n'est pas du tout réel, et la potion qu'un médecin distribue activement aux malades de la ferme devra être un calmant énergique.

Un autre médecin opère devant le public dans l'*Enfant malade* de M. Michelena (salle 4). Il y a des parties excellentes dans ce tableau; la figure du petit malade, perdu dans le grand lit, qui doit servir à toute la famille, exprime bien la souffrance; le père et la mère trahissent clairement leurs inquiétudes, et la petite sœur blottie contre une fenêtre, est saisissante de curiosité enfantine. Sa curiosité est à son comble, parce que le médecin vient d'entrer, et ce confrère est le seul personnage qui m'afflige dans cette scène. Le laisser-aller de sa tenue, son paletot marron, sa barbe de vieux révolutionnaire font penser au serrurier du village plutôt qu'à un médecin.

Si maintenant vous voulez vous distraire des cholériques du Jura et de la poignante détresse qui entoure l'enfant malade, revenez dans la salle 9, devant le *Vivez joyeux!* de M. Jules Garnier. On sait le goût de M. Jules Garnier pour la peinture affriolante et croustillante; il n'a pas manqué cette fois à ses habitudes, et la petite Société qu'il

tellement rétrécie qu'une petite sonde passe avec peine. La tumeur ne présente aucune trace d'ulcération. Le microscope montre qu'il s'agit d'un carcinome colloïde alvéolaire; les ganglions enlevés révèlent la même structure. Au bout de vingt et un jours, la malade mange un beefsteak. Elle quitte l'hôpital le 20 février, très améliorée. Quatre mois après, elle meurt d'une récidive.

Deux autres cas furent opérés par Billroth, sans succès.

Le 8 avril 1881, le professeur Wölfler (de Vienne) opérait une femme de 52 ans (1). La tumeur était grosse comme une pomme, et mobile dans tous les sens. Au niveau de la grande courbure, elle mesurait 12 centimètres de long. Les suites de l'opération furent heureuses; la plaie se réunit par première intention. La pression de l'abdomen ne fut nullement douloureuse, et, dix jours après l'opération, la malade digérait de la viande.

Pendant quatre ans, elle présente tous les signes d'une guérison complète, sans traces de récidive locale.

Le 5 juillet 1883, on enlève un petit noyau carcinomateux situé dans la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice de la plaie opératoire, et n'atteignant pas le péritoine; de sorte qu'on peut penser à une inoculation cancéreuse (Hacker) (2), comme dans les cas rapportés par Kraske (3).

En automne 1884, la malade présente à la crête de l'os iliaque, à droite, une tumeur grosse comme le poing et un gonflement ganglionnaire dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale. Cette tumeur augmente de volume pendant plusieurs mois. Au niveau de l'estomac, on ne trouve aucun symptôme; la malade a des digestions régulières et l'air bien portant (juillet 1885) (4). Elle mourut au mois de juillet 1886.

Ainsi donc, un cancer du pylore opéré semble guéri pendant quatre ans

(1) Wölfler : Wien, 1881. *Ausgeführten Resectionen des carcinomatosen Pylorus.*
(2) *Wiener med. Wochenschrift*, 1883.
(3) *Centralblatt f. Chirurg.*, 1884.
(4) Von Hacker : *Die Magenoperationen an professor Billroth's Klinik*, Wien, 1886.

nous montre, sous le gai patronage de Rabelais, est tout à fait en train de rigoler. Des hommes boivent autour d'une table, tandis qu'un grand gaillard prend par la taille et embrasse à pleine bouche une forte fille qui se défend mollement. Un autre gaillard, mais tout petit celui-là, tout nu et sur les genoux de sa mère, prend part à la nopce en s'abreuvant à une mamelle rebondie, qui fait bien augurer de la croissance du moutard. Constatons un progrès dans la mise en scène de M. Jules Garnier; jusqu'ici tous ses personnages étaient absolument nus; aujourd'hui, ils sont presque tous habillés. De progrès au point de vue de la peinture, M. Garnier n'en avait point à faire, car son pinceau enlève avec un brio très personnel tous les sujets qu'il choisit, et qui le conduiront difficilement à la décoration..... des églises.

La *Marguerite au sabbat* de M. Gervais (salle 7), est une agréable composition, où Faust témoigne à Méphistophélès son vif mécontentement de rencontrer sa bien-aimée si peu vêtue et en si mauvaise compagnie. Les femmes qui entourent Marguerite forment un groupe bien disposé, la peinture en est harmonieuse et correcte; il semble seulement que Faust et Méphisto n'aient pas la taille voulue pour bien dominer ces apparitions du sabbat; ou les voudrait plus grands, plus hommes, tandis qu'ils ont un peu l'air de petits jeunes gens égarés.

M. Girardot à peint *Ruth et Booz* dans la grange, la jeune Moabite couchée aux pieds de son bienfaiteur, en attendant mieux. Le mieux ne devait pas tarder à se produire, comme on sait, car déjà dans cette entrevue préliminaire « L'ombre était nuptiale, auguste et solennelle », a dit Victor Hugo. Ce qu'a dit Victor Hugo, M. Girardot l'a mis

sans présenter de signes de récidive locale. Si la malade n'avait pas été opérée, elle aurait vécu un temps impossible à déterminer. Sûrement, l'opération a eu pour résultat, d'une part, d'arrêter la dénutrition résultant de l'obstacle mécanique du pylore ; d'autre part, d'accorder une survie certaine à la malade. Quel que soit le point de vue auquel on se place, il est certain que cette opération a été utile, et si l'on pouvait citer plusieurs observations de ce genre, l'opportunité n'en serait pas contestable. Malheureusement, jusqu'ici, les résultats sont peu encourageants, et doivent inspirer aux chirurgiens une prudente réserve; ils ne doivent pas, toutefois, leur faire rejeter une opération dont les indications sont rares, mais dont quelques malades pourront tirer un bénéfice plus ou moins durable.

Si on considère les statistiques publiées en Allemagne, on voit que le nombre des résections du pylore est assez considérable : 72 fois l'opération fut pratiquée pour un cancer du pylore; 10 fois pour des rétrécissements cicatriciels. Parmi ces derniers cas, 4 furent suivis de guérison.

La statistique de Billroth présente un certain intérêt. On a pratiqué 14 fois dans son service la résection du pylore depuis 1881. A part la malade dont nous venons de parler, la mort survint chez les autres malades dans un délai variable après l'opération, à 4 mois, 8 mois, 10 mois; telles sont les limites les plus longues de la survie. Il faut cependant ajouter une malade opérée par V. Hacker (1) pour un squirrhe, le 24 juin 1883, et qui, en juillet 1885, ne présentait encore aucune trace de récidive.

Il faut considérer que, dans certains cas, le diagnostic entre le rétrécissement cancéreux et le rétrécissement cicatriciel est fort difficile à établir, et que l'opération peut offrir quelque chance de guérison si le rétrécissement est cicatriciel.

L'indication opératoire doit donc être discutée dans un certain nombre de cas, où les malades sont aujourd'hui abandonnés à eux-mêmes. Les règles précises sont difficiles à formuler, cette question étant d'une étude toute récente. Les règles cliniques sont presque impossible à poser, chaque

---

en peinture, et cela nous procure la satisfaction de savoir comment les choses se passent quand une ombre est nuptiale, auguste et solennelle. Eh bien, nous le savons maintenant; cette ombre-là est toute bleue, elle est zébrée comme une averse, et on dirait qu'il pleut dans la grange une lessive trop foncée. « L'ombre était nuptiale, auguste et indigo. »

***

Je m'étais promis de réserver les paysages pour une revue d'ensemble, véritable promenade à travers les œuvres ravissantes où tant de peintres ont fixé la nature avec une fidélité rare. Mais, avant de m'engager avec eux autour des sources, dans les grands blés ou sous les bois, je tiens à m'acquitter d'abord de mon tribut d'admiration envers M. Normann pour ses deux paysages de Norvège. La vue de *Rafsund* est vraiment imposante, avec ses grandes montagnes au pied desquelles les villages sont comme des joujoux; à la beauté du site s'ajoutent une sûreté de touche, une abondance et une pureté de lumière qui donnent une vie intense aux tableaux de M. Normann. Dans la *Nuit d'été à Svolvær-Lafoten,* c'est autre chose encore; c'est un tour de force brillamment exécuté, et cette rougeur des nuits polaires sans ténèbres fait cligner des yeux quand on s'en approche. Les deux toiles de M. Normann comptent à juste titre parmi les grands succès du Salon, et font aimer la Norvége.

Avec M. Lansger, nous revenons en plein Paris; *La Cour de la Sorbonne en 1886* est une petite merveille d'élégance, avec ces professeurs en robes allant et venant entre les hautes

cas particulier présentant des indications spéciales. La marche de l'affection, l'époque où l'on constate la tumeur, les caractères de la tumeur, sa mobilité, son étendue, l'état général du malade, le degré de dilatation de l'estomac, sont autant de points à examiner et qui peuvent plaider pour ou contre l'intervention.

La technique opératoire n'est pas encore bien fixée, mais elle s'enrichit tous les jours. Les opérations que l'on pratique sur l'estomac sont au nombre de cinq : la gastrotomie, la gastrorrhaphie, la gastrostomie, la gastrectomie et la gastro-entérostomie.

Cette dernière, pratiquée 8 fois dans le service de Billroth, n'a pas encore donné de bons résultats. Dans 5 cas, les malades sont morts dans les jours qui ont suivi ; dans les 3 autres cas, il y a eu survie de 4, 5 et 8 semaines. Il faut remarquer que cette opération n'a été faite que sur des individus chez lesquels la résection du pylore était impossible et qui présentaient tous un état cachectique.

En récapitutant les faits qui précèdent, il nous semble qu'un enseignement doit se dégager de cette courte étude. Les tentatives dans le traitement chirurgical du cancer de l'estomac n'ont pas donné jusqu'ici de résultats très encourageants. Cependant l'opération ne doit pas être rejetée, car, dans quelques cas, elle peut apporter un soulagement et une survie que l'on ne doit pas refuser au malade. Les nouveaux éléments du diagnostic précoce et le perfectionnement de la technique sont appelés à donner de meilleurs résultats. Si la récidive, actuellement, paraît impossible à éviter, l'opération bien réglée et faite avec l'antisepsie la plus minutieuse, ne doit pas être suivie de mort immédiate. En tous cas, un cancer de l'estomac, diagnostiqué au début, ne doit pas être abandonné à lui-même, et la possibilité d'intervenir mérite d'être discutée.

(1) V. Hacker : *Wiener medicin. Wochenschrift*, 1883.

murailles, et jetant une note gaie dans la sévérité un peu claustrale de l'édifice. *Les Ruines de la Cour des Comptes*, du même maître, nous font voir à travers les grandes baies, inondées de lumière, l'abondante végétation qui a envahi le palais du quai d'Orsay, végétation si riche et si variée qu'un botaniste en a fait un volume. Malgré les pierres disjointes et roussies par la flamme, malgré la tristesse des souvenirs, la toile de M. Lansger se laisse regarder avec un vif plaisir, tant la facture en est légère et juste.

Un tout petit tableau de M. Hoffbauer, *L'Abbaye de Saint-Germain-des-Près*, demande aussi à n'être pas oublié ; c'est le mur d'enceinte de Paris en 1540, du haut duquel les bons moines veillent sur la Cité, la rapière au côté et le mousquet sur l'épaule. Très joli ce souvenir de la garde nationale sur les remparts au XVIe siècle.

* * *

Je veux enfin signaler, dans la salle 24, un tableau de M. Uhde, qui m'a beaucoup intéressé comme tentative de peinture religieuse réaliste. C'est *La Sainte-Cène*, non plus à la manière de Léonard de Vinci, toute en festons et en astragales, mais la Sainte-Cène au naturel, j'allais dire toute crue. Jésus est à table avec les douze ; on le voit de trois quarts, et lui seul est un peu flatté. Il parle, et vers lui sont tournés les regards des disciples, chez quelques-uns avec des expressions puissantes d'admiration et d'attachement. Je vous recommande certaines physionomies d'une étrange vivacité. Ces braves gens qui font un repas sommaire dans cette chambre, n'ont pas de belles robes rouges

Mort de M. Vulpian.

Déjà si éprouvée cette année par la perte de MM. les professeurs Béclard et Gosselin, la Faculté de médecine vient d'être frappée brusquement et plus cruellement encore par la mort M. Vulpian, une des plus grandes figures médicales de notre époque.

Né en 1826, interne des hôpitaux de 1849 à 1852, docteur en médecine en 1853, médecin des hôpitaux en 1857, agrégé en médecine en 1860, professeur à la Faculté en 1867, membre de l'Académie de médecine en 1868 et de l'Institut en 1877, M. Vulpian réalisait le type du véritable savant, aimant et cultivant la science pour elle-même, fuyant le monde et la clientèle, partageant son temps entre son service d'hôpital, son laboratoire et son cabinet de travail. Très modeste, d'apparence triste, craintive, il semblait peu fait pour parler en public; mais n'abordant jamais que des sujets qu'il avait étudiés à fond, n'énonçant jamais que des faits et des idées dont il était absolument sûr, il les exposait avec une conviction et une netteté qui, dans ses cours comme au sein des Sociétés savantes, donnaient à sa parole une grande autorité et retenaient l'attention de ses auditeurs. Sa perte sera donc aussi vivement ressentie par ses collègues que par ses élèves, devenus pour la plupart ses amis.

Sa thèse sur l'origine réelle des nerfs crâniens indiquait assez que le système nerveux, dont l'anatomie, la physiologie et la pathologie étaient si remplies d'obscurités il y a quarante ans, deviendrait son sujet d'études préférées. Aussi, comme il le dit lui-même, lorsqu'il fut appelé à prendre la direction d'un service à l'hôpital de la Salpêtrière, en même temps que M. Charcot, son camarade d'études, son collaborateur dans ses travaux sur ce sujet, son ami de tous les instants jusqu'à son dernier jour, leur attention se porta d'une façon toute spéciale sur les maladies de la moelle épinière. A cette époque, Duchenne (de Boulogne) venait de jeter quelque lumière sur les différentes espèces de paraplégie et de donner le premier un tableau exact de l'ataxie locomotrice progressive, mais il restait encore beaucoup à faire. Entourés d'une phalange d'élèves d'élite qui augmentait de nombre chaque année, et parmi lesquels M. Vulpian comptait plus particulièrement MM. J.-L. Prévost. H. Liouville, Hayem, puis Troisier, Raymond, Déjerine, etc., les deux maîtres, secondés avec ardeur, entreprirent des études persévérantes sur ces affections. De là, de nombreuses publications, les unes, sous forme de thèses inaugurales, les autres, sous forme de notes ou de mémoires insérés dans les *Comptes rendus* de la Société de biologie, de l'Académie des sciences, dans les *Archives générales de médecine,* les *Archives de physiologie normale et*

---

ou bleues, pas de prestance, pas de serviteurs autour d'eux: disons le mot, ils sont fort laids pour la plupart, mais ils sont vrais, sous leurs vêtements de bure, avec leurs mains calleuses et leurs rudes figures d'hommes du peuple. C'est bien ainsi que devaient être ces pauvres pêcheurs de la mer de Galilée, qui avaient tout quitté pour suivre Jésus, et qui sont là, pleins de foi et de tendresse, dans cet entretien suprême avec le Maître. Regardez-bien ce tableau, vous y trouverez un charme et une poésie qui ne le cèdent en rien aux agrémens de la peinture religieuse traditionnelle. J'apprécie beaucoup, pour ma part, l'innovation hardie de M. Uhde, et j'accepte sans hésiter pour les premiers chrétiens ces hommes simples dont la naïve exaltation a été fortement rendue par le peintre.

P. Dubray.

De la bande d'Esmarch dans les anesthésies locales.

Lorsque l'on se propose d'obtenir l'anesthésie locale à l'aide des pulvérisations d'éther, l'ischémie préalable avec la bande d'Esmarch présente les avantages suivants : 1° L'anesthésie s'obtient en 20 à 40 secondes, au lieu de 2 minutes environ, par la méthode ordinaire. 2° Elle se maintient encore pendant 3 minutes environ, après la cessation des pulvérisations, tout apport de calorique par le courant sanguin se trouvant supprimé. 3° Aucun écoulement sanguin ne vient, pendant l'opération, masquer les parties à enlever. Grâce à cette circonstance, on est sûr, dans le cas de l'ablation de l'ongle incarné par exemple, de ne laisser aucune portion ni de la matrice, ni du lit unguéal, dans la moitié que l'on se propose de détruire. — N. G.

pathologique, la *Gazette hebdomadaire*, la *Revue mensuelle de médecine*, etc. L'ensemble de ces recherches sur la pathologie de la moelle épinière, du bulbe rachidien et de l'encéphale, a été désigné à juste titre, en France et à l'étranger, sous le nom de travaux de l'*Ecole de la Salpétrière*.

Indépendamment de ces travaux, où l'anatomie pathologique s'unissait à la clinique, M. Vulpian conduisait de front à la même époque, la physiologie comparée, comme suppléant de la chaire de Flourens au Muséum (1864-1866). C'est dans ce laboratoire, qu'il fréquentait depuis longtemps et qu'il n'abandonna que plus tard, qu'il prépara, avec MM. Bastien et Philipeaux, les matériaux de son livre sur la physiologie du système nerveux, encore classique actuellement.

Professeur d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de 1867 à 1872, chaire qu'il changea alors pour celle de médecine expérimentale, il ne négligea pas pour cela ses malades, à l'hôpital de la Pitié, puis de la Charité, enfin à l'Hôtel-Dieu. Il connaissait trop les services que peut rendre à la clinique l'expérimentation sur les animaux; il possédait surtout une grande sûreté pour porter le diagnostic des maladies et pour poser les indications thérapeutiques, et c'est à ces qualités, aussi appréciées de ses collègues que de ses élèves, qu'il dut d'être appelé souvent en consultation dans les cas difficiles, en particulier dans la dernière maladie du comte de Chambord.

Comme doyen de la Faculté pendant six années (1875-1881), M. Vulpian a joué un grand rôle dans la réorganisation des laboratoires, car il en a créé une vingtaine, et il a obtenu, de plus, cinq chaires de professeur. Un changement dans la politique gouvernementale a motivé sa démission, et il eut le regret de laisser son œuvre inachevée.

La haute situation scientifique, et on peut ajouter, la parfaite honorabilité scientifique de M. Vulpian, lui avaient ouvert, en 1877, les portes de l'Académie des sciences, qui le choisit, en 1885, comme secrétaire perpétuel à la mort de M. Jamin. Cette situation prépondérante était si incontestée, que M. Pasteur ne voulut pas appliquer à l'homme le résultat de ses recherches sur la vaccination rabique sans avoir l'assentiment de M. Vulpian. On sait que, depuis lors, les détracteurs du traitement prophylactique de la rage n'eurent pas d'adversaire plus convaincu, ni M. Pasteur de défenseur plus dévoué.

M. Vulpian était officier de la Légion d'honneur depuis 1878. Voici l'énumération de ses principaux travaux :

Sur l'origine réelle de quelques nerfs crâniens, th. de doct., Paris, 1853. — *Des pneumonies chroniques*, th. d'agrég. en méd., 1860. — *Sur l'atrophie musculaire de l'enfance* (première démonstration de l'origine médullaire de cette affection), *Soc. de biol.*, 1865, p. 215, et 1871, p. 121, *Arch. de phys.*, 1870, p. 316. — Divers mémoires sur l'atrophie musculaire progressive (*Arch. de phys.*, 1869, p. 221 — 1873, p. 95); sur l'ataxie locomotrice progressive (*Gaz. hebd.*, 1862, p. 277; *Soc. de biol.*, 1862, p. 155; *Arch. de phys.*, 1868, p. 128, etc.), mémoires publiés en commun avec M. Charcot et qui conduisirent ces auteurs à employer le nitrate d'argent dans le traitement de cette affection. (*Bull. de thér.*, 1862.) — Sur les myélites toxiques, les atrophies secondaires de la moelle épinière, en particulier celles qui surviennent à la suite de l'amputation des membres (*C. rend. Acad. des sciences*, 1872, t. LXXII, p. 624); les lésions du bulbe, du quatrième ventricule et leurs conséquences sur les nerfs crâniens, le facial, entre autres (*Soc. de biol.*, 1861); les néo membranes de la dure-mère (*Gaz. hebd.*, 1860); la méningite spinale (*Arch. de phys.*, 1869, p. 279); la déviation de la tête et des yeux dans les cas d'hémiplégie (th. de Prévost, 1867); des faits pathologiques afférents à la question de la localisation du langage articulé; la paralysie agitante (*Gaz. hebd.*, 1861 et 1862); les caractères de la paralysie faciale dans l'hémiplégie alterne; les paralysies nerveuses de causes diverses; la régénération des nerfs soit coupés, soit transplantés (*Soc. de biol.*, 1859, et *Journ. de phys.*, 1863; *Arch. de phys.*, 1873.) (Ces recherches sur la régénération des nerfs, faites en partie avec M. Philipeaux, ont été récompensées par l'Institut, qui leur a décerné le prix de physiologie expérimentale.) — Sur l'anatomie pathologique de l'érysipèle (*Arch. de phys.*, 1868), des pustules de la variole (*Acad. de méd.*, 1870 et 1871), de la maladie bronzée d'Addison (*Soc. de biol.*, 1856 et 1857), de l'éléphantiasis des Arabes (*Soc. de biol.*, 1856, p. 303); sur les anastomoses des terminaisons des artères et

des veines; sur le mode d'accroissement des os longs (*Arch. de phys.*, 1870); les effets physiologiques de l'électricité. (*Soc. de biol.*, 1857 et 1858.) — Recherches sur l'endocardite ulcéreuse à forme typhoïde, avec M. Charcot, un des premiers travaux sur cette question. (*Soc. de biol.*, 1861, p. 205.) — Sur la septicémie expérimentale. (*Soc. de biol.*, 1869 et 1872.) — Mémoire relatif à l'influence des saignées abondantes sur la production de la pléthore sanguine. — Sur l'anévrysme du cœur et les bruits de souffle cardiaques et vasculaires, avec Dechambre (*Gaz. hebd.*, 1866); sur les concrétions sanguines de l'appareil vasculaire (*Journ. de l'Ecole de médecine*, 1875); sur la physiologie pathologique de l'ictère simple et sur celle de l'ictère grave. (*Ibid.*) — *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, rédigées par E. Brémond, 1866. — Préface à la traduction de l'ouvrage de Weir Mitchell, *Leçons des nerfs et leurs conséquences*, 1874. — *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, rédigées par H.-C. Carville, 1875, 2 vol. — *Leçons sur le chloral*, la *salive*, les *sucs gastrique* et *pancréatique*, la *bile*, l'*ictère*, les *concrétions sanguines*, professées en 1874, publiées dans le *Journal de l'Ecole de médecine* en 1876. — *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, considérations cliniques et observations par F. Raymond, 1879. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, rédigées par Bourceret, 1879. — *De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses*, 1880. *Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses*, 1881. — Enfin, un grand nombre de notes et de rapports à la Société de biologie, à l'Académie de médecine et à l'Institut.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Dans la séance du 9 mai, M. V. Cornil a lu la note suivante : *Sur la multiplication des cellules de la moelle des os par division indirecte dans l'inflammation :*

« Il n'est pas, en anatomie pathologique, de sujet plus important que la multiplication des cellules, car on la rencontre au début de toute inflammation et de toute néoformation.

« J'ai étudié ce phénomène dans la moelle artificiellement enflammée du fémur du cobaye. On y trouve trois variétés de cellules, dans les noyaux desquelles on observe les figures qui se rapportent à la division indirecte ou karyokinèse. Ce sont :

« 1° Des globules blancs ou cellules lymphatiques offrant leur dimension habituelle de 9 à 12 μ, et dont un grand nombre est en division indirecte suivant les modes indiqués par Flemming.

« 2° Des cellules sphériques appartenant en propre à la moelle et mesurant de 20 à 40 μ de diamètre. Elles sont construites sur le même type que les cellules lymphatiques. A l'état statique ou de repos, leurs noyaux sont arborescents, en couronne, fragmentés, réticulés, en forme de rayons unis à leur centre, etc.

« Au début du processus de division, on voit des grains de nucléine, soit isolés, soit disposés sous forme de filaments chromatiques en réseau. Ces filaments affectent souvent une forme de couronne dont les fleurons extérieurs sont libres et saillants à la périphérie, tandis que des réseaux s'anastomosent à la partie centrale de la couronne. Ces réseaux ont été vus et dessinés par Julius Arnold et par W. Werner qui, du reste, les attribuent à un processus spécial, différent de la karyokinèse.

« Après ces premières phases, la couronne du filament chromatique se rapproche du centre du noyau. Elle forme souvent un cercle dont le centre est vide, à petit rayon, et qui est hérissé à sa périphérie de vingt à trente fleurons filamenteux, minces, terminés par une extrémité libre arrondie, souvent renflée, très réguliers, comme une roue dentée. D'autres fois, le centre de cette figure est occupé par des filaments, ou bien le filament chromatique forme un réseau presque inextricable, enchevêtré, un peloton où l'on ne voit presque plus d'interstices clairs entre ses mailles. Il finit par se condenser en une boule, un peloton solide, homogène, entièrement coloré, dont le bord seul montre le relief des larges filaments qui le constituent. C'est là le pelotonnement ou la plaque nucléaire équatoriale.

« Après cette phase, qui marque le milieu du processus, on observe la division de la plaque dont les parties s'éloignent aux deux pôles de l'ovoïde nucléaire. Sur beaucoup de cellules, il a été facile de voir les prolongements et grains chromatiques ou les filaments incolores qui constituent le fuseau intermédiaire aux deux plaques polaires.

« L'isolement complet des deux plaques polaires, leur pelotonnement, puis la séparation de la cellule en deux cellules plus petites, dont les noyaux restent fortement colorés, puis reviennent à l'état statique, telles sont les modifications ultérieures dont les spécimens sont nombreux et faciles à observer. On peut dire que le quart environ des cellules de cet ordre présente les modifications habituelles de la karyokinèse.

« 3° Les grandes cellules de la moelle (myéloplaxes de Robin, plaques multinucléees, cellules géantes). Ces éléments, qui mesurent de 50 à 100 et même 200 μ, offrent beaucoup plus rarement des figures karyokinétiques. A l'état statique, ces grandes cellules représentent, avec de plus grandes dimensions, le même type que les précédentes. Leurs noyaux affectent les formes les plus variées. C'est tantôt un long boyau replié sur lui-même avec des renflements sphériques, ou bien un boyau nucléaire principal d'où partent des filaments grêles unis à d'autres renflements nucléaires. Ces noyaux ont souvent la forme d'une couronne fermée, d'autres fois celle d'une demi-couronne. Leur disposition échappe pour ainsi dire à la description. Parfois il existe dans une grande cellule deux ou trois noyaux arborescents. Ce qui distingue ces noyaux, au point de vue de leur structure à l'état statique, c'est qu'ils sont clairs et qu'ils montrent, dans leur intérieur, des filaments incolores et quelques grains irréguliers plus ou moins colorants de nucléine.

« Au début de la karyokinèse, la substance chromatique du noyau se réunit en gouttelettes isolées ou en filaments ; le noyau se gonfle et, à la place d'un long boyau bourgeonnant, on voit d'abord un énorme noyau en forme de haricot ou de besace, avec deux renflements, et qui devient bientôt ovoïde ou régulièrement sphérique. Dans cette première phase, la nucléine se colore généralement moins que dans la suivante. Elle prend des formes variables. Ainsi, l'on voit tantôt des grains de volume inégal, tantôt de petits tronçons de filaments courts, renflés ou coudés à la surface du noyau, divisés en deux ou trois branches, dont chacune se renfle à son extrémité ; ces grains ou filaments sont un peu espacés les uns des autres. Ailleurs, les filaments et les renflements qui existent sur leur trajet forment des espèces de tourbillons irréguliers. D'autres fois, les filaments chromatiques sont disposés en forme de bandes ramifiées et en réseau, régulièrement espacées. Quelquefois, ces filaments rayonnent du centre du noyau et viennent former des extrémités libres ou des anses anastomotiques à sa périphérie. Dans toutes ces cellules, dont les noyaux sont devenus ainsi ovoïdes ou sphériques, la membrane limitante du noyau se voit encore au début de la karyokinèse ; mais bientôt cette membrane disparaît : les rayons ou travées du filament chromatique constituent une figure très régulière, bien limitée à leur périphérie, en sorte que la forme globuleuse du noyau est très manifeste, d'autant plus que le protoplasme de la cellule offre autour de lui une zone claire. La figure du noyau mesure alors de 30 à 40 μ de diamètre ou même plus.

« Après cette période, les filaments deviennent plus colorés, plus nombreux, plus épais, par suite de l'accroissement de la nucléine ; ils s'anastomosent et s'enchevêtrent ; la figure qu'ils affectent est irrégulière ; elle n'est plus nettement limitée à sa périphérie elle peut atteindre 50 μ de diamètre ; des mailles périphériques et de l'enchevêtrement des filaments, on voit émaner à l'extérieur, dans le protoplasma clair qui entoure le noyau, des saillies un peu renflées, des anses libres, des filaments assez longs terminés par un prolongement simple ou bifide, à extrémités renflées. C'est comme un peloton de fils embrouillés, plus ou moins serrés par places, dont les anses ou les extrémités débordent et qui sont fortement colorés.

« Cette période d'accroissement de la nucléine se termine, comme dans la série précédente, par la concentration complète des filaments, par une plaque équatoriale. Celle-ci est complètement colorée, sans interstices en son centre ; sa surface est irrégulière, car elle présente le relief des filaments qui se sont agglomérées pour la constituer.

« A cette plaque équatoriale doivent succéder sa division transversale et l'éloignement des deux plaques polaires. Je dois avouer toutefois que n'ai pas observé ce phénomène

dans les cellules géantes, mais seulement dans des noyaux mesurant 30 μ dans leur plus grand diamètre. Dans ces éléments, on peut constater les deux plaques polaires offrant à leur bord interne de petits prolongements chromatiques et reliés par des filaments achromatiques. Pour ce qui est, du reste, du processus, on voit souvent, dans une grande cellule, deux noyaux dont la nucléine est à l'état de concentration comme dans les cellules dont les noyaux viennent de se diviser.

« Il résulte donc de ces observations que les cellules de la moelle, de volume moyen ou géantes, offrent souvent les mêmes modes de division karyokinétique que les cellules lymphatiques. »

— L'Académie n'a pas tenu de séance, lundi dernier, en signe de deuil de la mort de M. Boussingault, doyen de la section d'économie rurale.

M. LE PRÉSIDENT a rappelé les titres scientifiques de son éminent confrère, « descendant de de Saussure, émule de de Humboldt, collaborateur de Dumas, législateur de la science agronomique ». Né à Paris en 1802, M. Boussingault fut, à sa sortie de l'Ecole des mines de Saint-Etienne, envoyé dans l'Amérique du Sud, par une Compagnie anglaise, avec la mission de retrouver d'anciennes mines, et de les remettre en exploitation. La guerre de l'indépendance le détourna pour un temps de ses travaux, et l'attacha à l'état-major du général Bolivar. Toutefois, il revint assez promptement à ses études favorites, et, tout en restant soldat, les longues explorations qu'il fit à travers les colonies espagnoles lui permirent d'amasser des trésors d'observations.

Comme le général Poncelet, qui utilisa les loisirs de sa captivité en Sibérie, après la guerre de Russie, pour *repasser* ses élémentaires et recueillir les matériaux de ses travaux futurs, on peut dire que c'est grâce aux hasards de la guerre de l'émancipation de l'Amérique du Sud que M. Boussingault devint un savant de premier ordre.

A son retour en France, il fut nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, et il succéda, en 1839, à Huzard, comme membre titulaire de la section d'économie rurale, à l'Académie des sciences.

Parmi ses innombrables recherches, celles qui intéressent le plus les physiologistes, et qui ont été d'ailleurs l'objet des préoccupations de toute sa vie, sont la détermination des proportions des éléments constitutifs de l'atmosphère, le dosage de l'azote, et la mesure aussi approchée que possible des propriétés nutritives des aliments.

Les obsèques de M. Boussingault ont eu lieu, samedi dernier, 14 mai. — M. L.

COURRIER

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Le Royer, président du Sénat, assisté de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 22 mai 1887, à deux heures de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, président de la Société. — 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur Motet, secrétaire général. — 3° Allocution de M. Hip. Maze, sénateur, directeur de la *Revue des Institutions de Prévoyance*. — 4° Rapport de la commission des prix, par M. E. Decaisne. — 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1887, par M. Guignard.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 25 mai. — *Ordre du jour* : 1. M. Barette : Cure radicale des hernies, résultats d'une opération récente, pièce anatomique à l'appui. — 2. M. Paul Chéron : Observation d'orchite syphilitique à marche aiguë. — 3. M. Routier : cure radicale des hernies épigastriques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Schmit : Anémie pernicieuse progressive et parasites intestinaux. — II. H. Stapfer : Revue trimestrielle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier.

Anémie pernicieuse progressive et parasites intestinaux.

L'anémie pernicieuse progressive est, sinon par essence, du moins par définition, une maladie qui suit, dans l'immense majorité des cas, une évolution fatale.

Tous les auteurs ne partagent pas, il est vrai, cet avis. Runeberg, entre autres, dans un travail (1), où il présentait 9 observations et 5 autopsies, combattait cette opinion générale qui fait de l'anémie pernicieuse une entité morbidité; et après lui, Padley vantait, dans la *Lancet* (2), les merveilleux effets de l'arsenic sur la marche de cette affection, en publiant 16 cas de guérison sur 20 malades.

Nous venons de trouver, dans le *Deut. Arch. für klin. Med.*, un intéressant mémoire de G. Reyher sur cette même question, mémoire qui se signale à l'attention de tous les médecins par son intérêt éminemment pratique.

Jusqu'à ces dernières années, l'auteur allemand avait dû considérer l'anémie pernicieuse comme constamment mortelle, car jusqu'alors il avait perdu tous ses malades. Mais 13 succès récents lui ont fait modifier sa première manière de voir.

Le diagnostic chez ces 13 malades guéris, dont il donne toutes les observations minutieuses et détaillées, n'était pas douteux. Toutes les fonctions, tous les organes, tous les appareils avaient été scrupuleusement examinés et interrogés avec soin. Ni la profession, ni l'hygiène des malades ne pouvaient être mises en cause; toute thérapeutique restait impuissante. L'affection était dans tous les cas nettement caractérisée par tous les signes de l'anémie pernicieuse : symptômes nerveux, apathie, faiblesse irritable, céphalalgie, trémulations musculaires pendant le sommeil, perte de la respiration au moindre mouvement, diminution de l'acuité visuelle, troubles rétiniens, enfin altérations des hématies décrites par les auteurs.

Mais le fait capital qui domine toutes ces observations, et constitue en même temps le principal objet du travail de Reyher, c'est la présence dans l'intestin d'un bothriocéphale, dont l'expulsion marqua chaque fois le début de la convalescence.

Mais, pour plus de précision, résumons la plus caractéristique de ces 13 observations.

Il s'agit d'un marchand russe, d'une trentaine d'années, d'une constitution athlétique. Reins, foie, rate, système lymphatique étaient absolument indemnes ; ni hémorrhagies, ni néoplasmes, ni antécédents suspects. Cet homme, en dépit de tout traitement, en était arrivé en quelques mois à un point de faiblesse telle que la mort semblait prochaine. Le moindre mouvement causait une syncope; avec une diarrhée rebelle et des accès de fièvre fréquents, la surexcitabilité était extrême. Par bonheur, on trouva un jour dans ses selles quelques anneaux de bothriocéphale. Se souvenant

(1) *Deut. Archiv.*, vol. XXVIII, 1883.
(2) *The Lancet*, novembre 1883.

©BIU Santé

d'un cas analogue, Reyher songea à la possibilité de la relation de cause à effet entre la maladie et la présence de l'helminthe. Sans s'arrêter à l'état vraiment lamentable du patient, il administra l'extrait de fougère mâle. Un mieux réel se manifesta aussitôt après l'expulsion du ver, l'appétit se rétablit ; bref, grâce aux toniques et à une hygiène judicieuse, quinze jours après le marchand était hors de danger. Au bout d'un an, il était complètement guéri quand les mêmes graves symptômes d'anémie se montrèrent de nouveau. Ils cédèrent au même traitement. Enfin, après une dernière récidive survenue quatre années après, la guérison fut définitive.

L'auteur n'a aucune explication à fournir de la concomitance de l'anémie et du bothriocéphale, ni de la disparition de la maladie après évacuation du parasite. Il fait néanmoins observer que des faits analogues ne manquent pas dans la science. Par exemple, les formes graves d'anémie observées par le professeur Perroncito chez les ouvriers travaillant au tunnel du Saint-Gothard et causées par la présence de vers intestinaux. De même, Schillinger et Toth ont trouvé, en Hongrie, des ankylostomes, des anguillules habitant l'intestin grêle, et regardent ces parasites comme la cause de la cachexie des montagnards, forme morbide très voisine de l'anémie pernicieuse, etc.

Au point de vue théorique, le mémoire allemand ne nous a pas absolument convaincu, car les autopsies d'anémie pernicieuse progressive ne sont pas rares, et la présence des helminthes n'a pas, que nous sachions, été souvent signalée. Mais de ces 13 observations nous semble découler un utile et pratique enseignement clinique, à savoir : en présence de formes graves d'anémie, il faudra songer à la possibilité des parasites de l'intestin, et, en cas de doute, administrer un vermifuge, sans se laisser influencer par l'état de faiblesse du malade.

Dr Ch. Schmit.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie; Archives de tocologie. — Janvier, février, mars 1887.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — JANVIER 1887.

Les placentas multiples dans la grossesse simple, par le docteur A. Ribemont-Dessaignes, agrégé, accoucheur de l'hôpital Beaujon. — L'anomalie placentaire, qui consiste dans la division du disque en deux ou trois masses, ou dans l'isolement d'un ou plusieurs cotylédons reliés par des vaisseaux à la masse principale, n'est pas rare. Le docteur Ribemont-Dessaignes en a recueilli plusieurs exemples, et de ses recherches il résulte que l'anomalie s'observerait 1 fois sur 350 délivrances environ. Vingt-cinq observations et dix-huit figures démonstratives accompagnent son mémoire.

Nous donnons ici un résumé de la partie clinique, d'un haut intérêt pour le patricien.

Les placentas poly-discoïdaux sont importants à connaître à cause des accidents que la rétention d'un cotylédon dans l'utérus peut amener.

Comment un lobe placentaire est-il retenu au moment de la délivrance? Pourquoi méconnaît-on cet accident? Il serait facile de le prévoir et de l'empêcher en diagnostiquant l'anomalie. Le docteur Ribemont répond clairement aux deux premières questions et démontre avec netteté l'exactitude de la dernière proposition.

Un des disques du placenta peut être enchatonné. Fait rare. D'ordinaire, la rétention se produit de la façon suivante :

©BIU Santé

Quelques instants après l'accouchement, on a pratiqué le toucher vaginal. Le doigt a rencontré, au fond du vagin, une masse volumineuse dont les caractères sont ceux du placenta.

Le moment semble venu de délivrer la femme. On frictionne le fond de l'utérus et en même temps on tend le cordon.

Après quelques instants d'attente, la vulve s'entr'ouvre et le placenta apparaît.

On s'apprête à l'enlever; mais... les membranes résistent.

Que fait-on alors trop souvent ?

On tire plus fort, ou bien on tourne le placenta sur lui-même de façon à transformer en corde les membranes et à faciliter ainsi leur décollement.

La résistance finit par être vaincue et les membranes sont entraînées.

Le placenta tout entier ayant été expulsé ou du moins paraissant l'avoir été, on le retire plein de quiétude; mais, quelques heures ou quelques jours plus tard, la patiente est prise d'une hémorrhagie qui cesse après l'expulsion d'un lobe placentaire plus ou moins volumineux. Dans des cas moins heureux, le lobe n'est pas expulsé et une septicémie grave, en apparence inexplicable, se déclare.

Tous les accoucheurs ont assisté à l'expulsion, ou aidé à l'extraction de fragments placentaires, huit, dix jours et plus après l'accouchement, expulsion ou extraction précédées presque toujours d'hémorrhagies graves; les cotylédons restés adhérents à l'utérus ont continué à vivre et ne sont pas putréfiés.

La première pensée, en pareil cas, est que la délivrance a été mal faite, et on accuse d'impéritie la personne qui l'a faite.

Il s'agit, dans la plupart des cas, de la rétention d'un placenta accessoire.

La délivrance ne saurait donc être conduite avec trop de prudence, *alors même que le toucher vaginal a démontré le décollement du placenta,* pour peu que les membranes résistent.

Souvent les membranes ne suivent pas d'elles-mêmes le placenta. Elles résistent, elles sont retenues. Cette rétention, suivant le professeur Tarnier, est due à trois causes :

1° A l'adhérence anormale à l'utérus ;

2° A l'entortillement autour d'un caillot trop volumineux pour traverser l'orifice interne de l'utérus;

3° A l'existence d'un placenta accessoire. *Or, des vaisseaux plus ou moins nombreux, plus ou moins fins traversent toujours le pont des membranes qui sépare les masses placentaires.*

Rien de semblable n'existe lorsqu'il s'agit d'adhérences normales ou de caillots enveloppés dans les membranes.

« Avec de l'attention, de bons yeux, disait M. Tarnier, et en prenant la précaution d'étaler les membranes tendues qui, du placenta extrait, se perdent à travers la vulve, on peut diagnostiquer l'existence d'un placenta accessoire, si ces membranes sont parcourues par quelques vaisseaux venant se rendre dans les artères et les veines ombilicales qui rampent à la surface du placenta extrait. »

Quand les membranes résistent après l'expulsion du placenta, on doit les attacher solidement, et les couper entre le fil et le placenta, qu'on enlève. On conserve ainsi une prise solide et, quelques heures ou quelques jours après l'accouchement, de légères tractions sur le fil amèneront le reste du délivre. Les précautions antiseptiques de rigueur seront prises.

Mais la résistance des membranes à l'extraction peut faire défaut, soit parce qu'elles sont friables, soit parce qu'un seul cotylédon est isolé et reste adhérent à l'utérus. En pareil cas, le diagnostic exige de la délicatesse et du soin. Les vaisseaux qui unissent ce cotylédon à la masse principale extraite sont trop fins pour être sentis au toucher en promenant le doigt sur les membranes étalées. Il faut les laver et les examiner par transparence.

L'existence d'un ou plusieurs groupes de vaisseaux sillonnant les membranes fera penser à l'existence d'un ou plusieurs cotylédons accessoires.

Le docteur Ribemont conseille d'aller sans retard à la recherche du cotylédon acces-

©BIU Santé

soire pour mettre l'accouchée à l'abri des hémorrhagies secondaires et de la septicémie. Il ajoute avec le sens d'un vrai clinicien qu'une bonne méthode de délivrance met le plus souvent à l'abri de ces rétentions de cotylédons. La méthode française de délivrance, qui associe les frictions sur le fond de l'utérus à la tension continue du cordon donne les meilleurs résultats *quand elle est pratiquée au moment d'élection*. La plupart des accidents de la délivrance sont imputables à la hâte des accoucheurs. IL FAUT ATTENDRE POUR DÉLIVRER QUE LE PLACENTA DÉCOLLÉ S'ENGAGE DANS LE VAGIN.

Ajoutons en terminant que l'insertion vélamenteuse du cordon est fréquente quand le placenta est bi-lobé, avec des lobes d'un certain volume. Le cordon s'épanouit au milieu du fond membraneux qui sépare les deux masses. Le diagnostic d'insertion vélamenteuse devra donc éveiller toujours les soupçons de l'accoucheur qui redoublera de précautions.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JANVIER 1887.

Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement, par les docteurs de BURINE et DE SOYRE. — Un lien de nature inconnue unit les organes génitaux de la femme et le corps thyroïde. Les anciens avaient déjà remarqué l'augmentation de volume de cette glande vasculaire au moment de la puberté et les matrones romaines prétendaient reconnaître la virginité aux dimensions de la circonférence du cou. On a vu des goîtres apparaître chaque mois avec les règles, puis disparaître, ou persister en diminuant sans que la glande reprît jamais son volume primitif. Même observation a été faite pendant la grossesse et pendant plusieurs grossesses, l'hypertrophie croissant avec le nombre des gestations. Même observation encore pendant l'accouchement, avec augmentation ou diminution de la tumeur durant la suite des couches. Pourquoi la disparition du goître chez certaines femmes et sa persistance chez d'autres? Pourquoi (et cela est plus curieux et prouvé) la guérison de la maladie dite goître exophthalmique par la grossesse; tandis que, dans d'autres cas, la grossesse aggrave la maladie. Ce n'est pas dans ce journal que nous discuterons les hypothèses faites à ce sujet. La cause est inconnue. Il n'en est pas de même du goître qui se développe pendant l'accouchement. Le gonflement congestif du corps thyroïde sous l'influence de l'effort a été mis hors de doute et son mécanisme bien expliqué par le professeur Guyon.

Le docteur de Soyre, dans sa critique de la thèse du docteur Burine, pose la question de l'étiologie du goître en dehors de la congestion mécanique due à l'effort, et se demande s'il n'y a pas toujours une prédisposition congénitale, une hérédité. Lawson Tait, qui a publié dans le *Journal d'Edimbouag* un mémoire sur ce sujet, a observé le goître une vingtaine de fois sur quelques milliers de femmes en couches, et croit prouver que la grossesse en est la cause déterminante en déclarant qu'il n'a jamais vu d'hommes goîtreux dans la population où ses observations ont été prises. Le docteur de Soyre fait remarquer avec justesse que ladite observation correspondait à une certaine époque de la vie médicale de Lawson Tait, celle où il exerçait dans la vallée de Calder. Lorsque plus tard il fut à Birmingham, il n'observa qu'un seul cas d'hypertrophie thyroïdienne. Il se demande, de plus, jusqu'à quel point on peut se fier aux affirmations d'une femme, surtout d'une femme du peuple, pour les antécédents héréditaires. La remarque est juste. Qui donc peut se flatter de connaître les deux générations qui l'ont précédé?

De l'impossibilité d'avoir des renseignements ataviques exacts et de la rareté du goître pendant la grossesse, on peut tirer une première conclusion : *Il n'est pas démontré que la grosessse crée l'hypertrophie thyroïdienne, mais seulement qu'elle la favorise quelquefois.*

Quoi qu'il en soit de son origine, la tumeur thyroïdale peut mettre les jours de la femme en danger et même causer la mort.

D'Outrepont assista à la mort de la femme d'un garde forestier, mère de cinq enfants, atteinte d'un goître qui augmentait à chaque grossesse, surtout à partir du sixième mois. A la fin de la sixième grossesse, elle succomba dans un accès de suffocation. La césarienne fut pratiquée douze minutes après la mort. Extraction d'un enfant du poids de 6 livres 3 quarts. Il avait succombé.

En 1861, M. Tarnier a vu une primipare, goîtreuse depuis longtemps, et dont la

©BIU Santé

tumeur avait beaucoup augmenté pendant la grossesse. Elle était en proie à des crises de dyspnée depuis le sixième mois. A la fin du huitième mois, on provoqua l'accouchement pour conjurer la suffocation devenue menaçante. Mort de la malade quelques heures après la parturition dans un accès d'étouffement. Le goître comprimait la trachée. Constatation du docteur Tillaux.

Natalis Guillot cite deux cas : La première femme avait 30 ans. Son cou grossit à une première grossesse. Pendant une deuxième, la tumeur augmente. Suffocation imminente. Laryngotomie. Mort deux jours après l'opération. — La seconde femme avait 29 ans. Son cou grossit à une première grossesse. Augmentation pendant la deuxième, survenue à quatre ans d'intervalle. Suffocation imminente. Lenoir juge le cas inopérable. Mort. Le corps thyroïde comprimait la trachée.

Hecker publie un autre fait. Tuméfaction notable survenue pendant la quatrième grossesse. Accouchement normal comme pour les grossesses précédentes. Trois ans plus tard, cinquième gestation. Mort dans un accès de suffocation. Césarienne faite sept minutes plus tard. Extraction d'un fœtus mort de 3 kilog. 500. Les conduits aériens et œsophagiens étaient fortement déviés à gauche et comprimés.

Je note, dans ce dernier cas, de l'œdème des membres inférieurs, du ventre et des mains, *de l'œdème pulmonaire, des troubles de la vue, beaucoup d'albumine,* et que la glande thyroïde *semble* avoir augmenté pendant cette cinquième grossesse. Toutes ces constatations, et le doute exprimé sur l'augmentation du goître, suffisent pour qu'un accoucheur instruit se demande si cette femme n'est pas morte des suites de son albuminurie, et non de la compression exercée par un goître qui *semblait* avoir augmenté. Les quatre exemples suivants sont dus à Hermann, ou empruntés par lui à Freund et à Horwitz.

Une femme de 42 ans, *fille d'une goîtreuse,* a eu neuf enfants. Dès l'âge de 17 ans, son corps thyroïde s'est hypertrophié, mais *il n'augmente que lors de la neuvième grossesse. Il ne cesse de s'accroître depuis, et une dixième grossesse lui donne un fort coup d'éperon.* Oppression dès la quatrième semaine. Insomnie. Orthopnée. Accouchement à la clinique de Strasbourg.

A en juger par les détails de l'observation, cette femme avait une antéversion des parois de l'utérus, et comme elle étouffait couchée, elle était obligée de rester debout. Le défaut de concordance de l'axe utérin et de l'axe pelvien entravait l'engagement. Elle fut accouchée au moyen du forceps, debout, suspendue, dans les bras de deux aides, le visage cyanosé. Après la délivrance, respiration plus aisée. *Le goître, qui mesurait 68 centimètres, n'augmenta pas pendant le travail. Diminution de 4 centimètres en deux jours. Après cette diminution, accès de dyspnée; puis convalescence normale. L'enfant avait un goître.*

Une femme enceinte de huit mois, ayant un gros goître, est en danger de mort par asphyxie. Trachéotomie impossible, à cause de la profondeur de la tumeur. L'accouchement provoqué est rejeté comme un moyen trop lent. On propose la césarienne. La malade refuse et meurt suffoquée.

Femme de 26 ans; *mère goîtreuse.* Elle-même a un goître depuis la puberté. Première grossesse à 20 ans. Hypertrophie de la tumeur jusqu'à l'accouchement, puis retour à l'état antérieur. Deuxième grossesse à 24 ans; hypertrophie immédiate de la tumeur. Dyspnée dès le troisième mois. Avortement spontané au quatrième. Fonte rapide du goître. A 26 ans, troisième grossesse; mêmes accidents, plus graves. Avortement provoqué. Diminution du goître.

Femme de 30 ans, goîtreuse. Nul inconvénient pendant la première grossesse. Etat stationnaire durant six mois d'allaitement. Survient une deuxième grossesse. Hypertrophie graduelle. Gêne de la respiration au bout de cinq mois. La gravité des accidents fait provoquer l'accouchement au huitième mois. Etouffement terrible pendant l'expulsion. Le goître revint à son état antérieur.

Le docteur Burine a recueilli, dans le service de M. Bar, trois observations dont l'une offre un intérêt spécial. Le goître se serait montré quinze jours après une première grossesse. Deuxième grossesse sans incident. Augmentation dans la quinzaine qui suit l'accouchement. Troisième grossesse; nouvelle poussée pendant les suites de couches. Après trois nouveaux accouchements, augmentation de la tumeur, qui atteint le volume de

©BIU Santé

la moitié du poing. Un septième accouchement survient et la tumeur acquiert en quinze jours les dimensions du poing. Dès lors, elle s'accroît. Accès de dyspnée. Pendant une huitième grossesse, la suffocation s'aggrave.

Accouchement pénible après lequel la tumeur augmente rapidement. Oppression toutes les nuits. Cette femme faillit mourir dans des crises d'étouffement après un neuvième accouchement. Elle avait eu de la dyspnée pendant toute la durée de la grossesse. Une amélioration survint au bout de quelques jours. Elle quitte l'hôpital. Au moment où le docteur Burine publiait sa thèse, la femme s'était fait admettre dans le service du docteur Berger pour être opérée.

Dans son *Traité d'obstétrique*, le professeur Tarnier s'exprime ainsi à propos de l'hypertrophie du corps thyroïde : « Habituellement, elle est peu considérable et ne produit aucune gêne. Elle diminue quelque peu après l'accouchement, mais il est rare qu'elle disparaisse complètement. Elle n'est généralement pas dangereuse; mais, dans quelques cas fort rares, elle peut créer un véritable péril. »

A quel genre de traitement faut-il s'adresser dans les cas graves?

Le docteur de Soyre pense que, dans les cas très graves, lorsque la suffocation est imminente, on doit rejeter la laryngotomie et l'opération césarienne. Il ne saurait être question de l'accouchement provoqué, moyen trop lent. Reste alors l'ablation partielle ou totale du corps thyroïde. L'ablation totale a donné lieu à de tels accidents consécutifs qu'on est résolu maintenant à y renoncer complètement. « On s'est aperçu, écrit le docteur Duguet (*Goitres et médication iodée interstitielle*), qu'un grand nombre d'opérées (jusqu'à 24 sur 34), quelques mois ou quelques années après l'ablation totale du corps thyroïde, tombaient dans un état de marasme et de cachexie tout à fait bizarre et comparable à celui des crétins, avec tuméfaction de la face, des mains et des pieds, par infiltration de mucine dans les tissus... »

Mais l'ablation partielle, malgré les progrès de la chirurgie antiseptique, n'est pas une opération toujours victorieuse. Le docteur Duguet, dans le même ouvrage, résume les dangers inhérents à l'intervention : « Morts subites, hémorrhagies opératoires difficiles à arrêter, hémorrhagies secondaires dangereuses, septicémies faciles » dans une région aussi riche en vaisseaux.

Le docteur de Soyre n'admet donc l'ablation de la tumeur que dans les cas exceptionnels où la vie serait tout à coup ou rapidement mise en péril.

Puis il se demande quelle conduite le médecin devrait tenir vis-à-vis d'une femme enceinte et au début de sa grossesse, atteinte d'un goître en voie de développement, et menaçant de par les accidents survenus dans les gestations précédentes.

Il conseille, avec le docteur Duguet, les injections iodées interstitielles. Sur 34 observations, le docteur Duguet compte 21 succès, 7 améliorations et 6 cas dans lesquels le résultat ne put être suivi.

N'aurait-on pas à craindre l'avortement à la suite de ce traitement sur un organe dépendant de la sphère génitale?

Le docteur Duguet répond que les phénomènes consécutifs ont peu d'importance et retentissent faiblement sur l'état général.

Luton cite deux cas de succès sur une femme grosse. Bertin en cite un autre.

Le docteur Duguet n'a pas observé de goître pendant la grossesse.

Le docteur Terrillon, dans les *Archives générales de médecine* du mois de janvier, cite le fait d'une femme enceinte traitée avec succès par les injections iodées interstitielles. Voici le cas :

Femme de 28 ans, tertipare. Dans le cours de la deuxième grossesse, légère augmentation du cou sans tumeur apparente. Actuellement elle est au troisième mois d'une nouvelle grossesse, et depuis quelques semaines la partie moyenne du cou a considérablement augmenté. Gêne dans les mouvements. Difficulté respiratoire.

Le 1er mai 1883, le docteur Terrillon constate une hypertrophie manifeste des deux lobes du corps thyroïde. Ils sont consistants, élastiques, de la grosseur d'une orange. Ils paraissent comprimés par les muscles et aponévroses du cou et serrés contre la colonne vertébrale. Ils descendent jusqu'au delà du bord supérieur du sternum et der-

©BIU Santé

rière l'extrémité interne de la clavicule. Il n'est donc pas étonnant qu'ils compriment la trachée.

Le docteur Terrillon soumit, pendant quelque temps, cette jeune femme à une observation rigoureuse, et, après trois semaines, fut persuadé que l'hypertrophie augmentait. Des accidents pouvaient survenir à brève échéance.

Il avait essayé de donner des iodures à l'intérieur. Pas de résultat appréciable.

L'opération sanglante fut écartée, à moins d'accidents très graves.

Tous les deux jours, une demi-seringue de Pravaz de teinture d'iode pure fut injectée dans chacun des lobes.

Onze injections furent ainsi pratiquées. Vers la fin du premier mois, diminution très sensible de la gêne et de la douleur. Les lobes thyroïdes diminuent d'une façon sensible et progressive. Quand la malade accoucha, la respiration était devenue à peu près libre; en tout cas, elle ne donnait aucune inquiétude.

Voici quelle doit être, d'après le docteur Terrillon, la pratique des inspections iodées :

On se sert de la teinture d'iode pure du Codex. Il vaut mieux ne pas mitiger son action en la diluant.

On lave à l'alcool la peau de la région thyroïdienne. On flambe à l'avance sur la flamme de la lampe à alcool, la canule qui doit servir à l'injection.

Il est encore mieux de la plonger dans l'eau bouillante. Cette canule doit être dorée. On conseille au malade de faire un effort; la glotte est ainsi fermée; le thorax, rempli d'air est dilaté et tente une expiration forcée. La circulation en retour de la face est gênée; les veines superficielles se gonflent et se dessinent sous les téguments. De la sorte, on évite avec certitude, même chez les femmes grasses, le système veineux superficiel du cou, dont les anomalies ne sont pas très rares.

On doit rechercher par le palper si quelque artère anomale ne bat pas sous le doigt. On choisit alors le point où doit être pratiquée l'injection, et l'on a soin de la varier à chaque séance.

On enfonce alors profondément la canule, au lieu d'élection, la malade reprenant le cours de sa respiration et les veines du cou se dégorgeant ainsi du sang qu'elles contenaient.

Il faut enfoncer la canule *profondément* parce que l'oubli de ce précepte transformerait chez certaines personnes adipeuses l'injection intra-thyroïdienne en une injection sous-cutanée. Si le parenchyme du corps thyroïde supporte sans accident la teinture d'iode, il se pourrait qu'il n'en fût pas de même du tissu cellulaire péri-trachéal, quoique l'oubli des préceptes antiseptiques soit vraisemblablement la cause habituelle des suppuration provoquées.

Il faut que la main de l'opérateur ait la sensation d'immobilité de l'instrument. Ainsi l'on a la certitude qu'il plonge bien dans le corps thyroïde.

L'anesthésie de la peau est inutile. Quand la canule a pénétré dans les tissus, on enlève la seringue.

Si alors du sang s'écoule par l'orifice externe, on retire le trocart, et on pratique une nouvelle ponction. Ainsi, il est impossible de faire pénétrer la teinture d'iode dans un vaisseau artériel ou veineux.

L'emploi de ces divers moyens ne doit jamais être négligé.

Quand la quantité de liquide voulu a pénétré, on retire l'aiguille et il est inutile de fermer la piqûre. Cependant, pour plus de sécurité, on peut mettre une goutte de collodion iodoformé.

La quantité de liquide injecté a varié de 1 gramme à 50 centigrammes, c'est-à-dire d'une seringue de Pravaz à une demi-seringue.

Les injections sont pratiquées à des intervalles variables ; deux, trois, quatre, huit, quinze jours.

En opérant chaque semaine, on laisse à l'injection précédente le temps d'opérer son action.

A peine l'opération est-elle terminée, qu'une douleur, variable d'intensité, parfois très vive, se fait sentir au niveau de l'oreille. Elle disparaît d'ordinaire en quelques minutes. Quelquefois légers étourdissements. Très rarement, sensation de déchirure, élancement

©BIU Santé

dans la région thyroïdienne avec irradiations vers l'épaule. Durant les jours qui suivent, pas ou peu de tuméfaction; fièvre nulle. En résumé, peu de réaction locale; pas de réaction générale. Le malade conserve seulement, pendant l'élimination de la teinture d'iode par les glandes salivaires, une saveur désagréable.

On a cité des cas de mort à la suite des injections interstitielles. La plupart sont expliqués par la maladresse de l'opérateur : veine jugulaire ou thyroïdienne piquée; formation d'un caillot. Embolie dans une artère cérébrale. Le remède ne saurait être responsable de tels faits; mais on a observé quelques cas de mort subite que le docteur Terrillon attribue à des phénomènes réflexes subits et intenses, dont les exemples sont plus faciles à trouver que l'interprétation. Il les compare à ces morts subites qui suivent l'excitation quelquefois légère de certains nerfs crâniens ou qui surviennent dès les premières inhalations du chloroforme. Il se demande si toute autre opération n'aurait pas produit pareil effet, les sujets devant avoir, dit-il, quelque fâcheuse prédisposition.

Je me suis demandé si l'on ne devait pas rapprocher ces faits des morts subites par compression d'une région déterminée du cou, signalées tout récemment à l'Académie des sciences par Brown-Séquard.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — FÉVRIER 1887.

Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide, par le docteur A. PINARD, agrégé, accoucheur de Lariboisière, et H. VARNIER, interne des hôpitaux. — J'ai rendu compte, dans la *Revue trimestrielle* du mois de janvier, de la première partie de ce mémoire où il est démontré que la rétroversion dite graduelle de l'utérus gravide n'est pas due, comme on le croyait d'après une erreur classique, à l'adhérence du corps de l'utérus au petit bassin, mais à l'adhérence des organes situés au-dessus de la matrice et formant une sorte de couvercle qui incarcérait celle-ci dans l'excavation pelvienne. Je rappelle, en outre, qu'à l'autopsie de la femme qui a fourni à MM. Pinard et Varnier l'idée de leurs recherches, la muqueuse vésicale a été trouvée détachée du corps de la vessie. Elle obstruait le fond de la vessie, où elle s'était tassée *comme un chiffon*. Elle rendait le cathétérisme complet impossible.

Dans la seconde partie de leur travail, les auteurs s'attachent à démontrer :

1° Qu'il n'existe pas une seule observation probante de cystite pseudo-membraneuse (croupale des Allemands) dans la rétroversion de l'utérus gravide;

2° Que, dans tous les cas où des membranes ont été expulsées, et examinées avec soin, il s'agit de membranes vraies, organisées, comprenant soit la muqueuse seule, soit la muqueuse et la musculeuse, soit la muqueuse, la musculeuse et le péritoine;

3° Qu'on trouve tous les intermédiaires entre le décollement, l'exfoliation de la muqueuse et la perforation ou la rupture de la vessie; que ces lésions, en apparence différentes, ne sont que des degrés divers d'une seule et même maladie, la cystite gangréneuse, et que, pour comprendre l'histoire des cystites graves consécutives à la rétroversion, il ne faut pas, comme l'a fait Krukenberg, décrire à part la gangrène vésicale en la limitant aux seuls cas de perforation de la vessie.

En France, jusqu'à présent, on avait décrit deux formes de cystite liées à la rétroversion. Dans l'une, des fausses membranes seraient expulsées; dans l'autre, la muqueuse vésicale elle-même se détacherait par fragments ou en totalité. De là une cystite pseudo-membraneuse et une cystite gangréneuse.

Les Allemands avaient embrouillé la question en multipliant les variétés. Sans rejeter absolument ces variétés, les Anglais admettent que, le plus souvent, les fausses membranes expulsées sont des membranes vraies, et proposent pour cette sorte de cystite le nom bien choisi de cystite exfoliante.

MM. Pinard et Varnier, se fondant sur l'analyse de 22 observations, croient que, selon toute probabilité, les membranes expulsées sont toujours des membranes vésicales vraies, muqueuse, musculeuse et même séreuse, et que toutes les variétés tudesques dérivent d'une erreur et représentent les diverses phases d'un même processus morbide, la cystite gangréneuse. Voir clair et simplifier sont deux qualités françaises. Les auteurs de ce mémoire nous en donnent une nouvelle preuve.

©BIU Santé

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — FÉVRIER 1887.

De l'endométrite et de son traitement, par M. le docteur DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux. — Ce travail, déposé à la Société obstétricale de Paris en 1886, a été l'objet d'orageuses discussions. L'idée de M. Doléris est que la plupart des métrites ont pour origine une inflammation septique, que la métrite chronique résulte de l'endométrite et que pour guérir la première, il faut guérir la seconde. Voici le traitement qu'il recommande, un peu modifié suivant le cas.

On s'assure qu'il n'existe point d'inflammation récente dans les tissus péri-utérins. Des irrigations vaginales antiseptiques sont faites pendant quelques jours.

La femme étant dans le décubitus dorsal, et chloroformisée si elle est très craintive, on attire l'utérus avec une pince placée sur la lèvre antérieure du col. Le périnée est est repoussé en arrière au moyen d'un large spéculum de Sims. L'orifice utérin a été, s'il y a lieu, dilaté au moyen de la laminaire ou de tout autre procédé aseptique; puis la cavité utérine est grattée fortement avec une curette tranchante. Il ne faut laisser aucune dépression sans en enlever la muqueuse. Le raclage terminé, on écouvillonne avec un écouvillon à crins durs. Puis une irrigation au sublimé est faite. Second écouvillonnage avec un écouvillon à crins doux chargé de glycérine créosotée à un tiers. On achève par une pulvérisation d'iodoforme sur le col.

Nous ne pouvons entrer dans la discussion de ce long mémoire. L'avenir seul décidera si la chirurgie utérine actuelle a réalisé un véritable progrès. Que deviendront au point de vue de la propagation de l'espèce les utérus que l'on râcle ou que l'on rogne? Question réservée. Toujours est-il que la chirurgie antiseptique a fait faire un grand pas à la gynécologie. On avait fini par ne plus oser toucher à l'utérus, car la mort était quelquefois la conséquence de l'introduction d'un hystéromètre. Aujourd'hui, avec une antisepsie rigoureuse, on brutalise l'utérus sans inconvénient. Qu'on me passe le mot. Il rend l'impression de tous ceux qui ont été élevés dans l'idée que l'utérus est un *noli ne tangere* et qui voient pratiquer pour la première fois le raclage de la cavité utérine. Quant aux résultats au point de vue de la guérison, il en est d'immédiats qui sont indiscutables. Le raclage uterin supprime, par exemple, du jour au lendemain, les hémorrhagies de certaines métrites. L'avenir, je le répète, permettra de juger les résultats lointains. Pour le moment, ce qui me touche le plus en ma qualité d'accoucheur, c'est de constater que la plupart de ces opérations auraient été inutiles si les femmes avaient été assistées pendant leur accouchement ou leur avortement par une personne éclairée. Instruire les médecins et les sages-femmes dans la pratique de l'art des accouchements est sans doute un moyen aussi sûr de diminuer le nombre des métrites.

De l'intervention dans les présentations de la face, par le docteur DE SOYRE, ancien chef de clinique d'accouchements. — Ce mémoire est en cours de publication. Nous l'analyserons quand il sera terminé.

Dr H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale. — Observation de pied-bot varus enroulé traité par l'appareil orthopédique. — Traitement des plaies par l'oxyde de plomb.

M. VERNEUIL a voulu traiter principalement de la conduite à tenir lorsque le diagnostic n'est pas possible. Dans le cas où le diagnostic est assuré, le chirurgien se comporte suivant les circonstances. Dans le cas contraire, il faut se préoccuper exclusivement des accidents afin d'y parer au plus vite, et le meilleur moyen pour cela est l'établissement d'un anus contre nature.

M. Trélat a dit que le diagnotic est facile dans la majorité des cas. Telle n'est pas

©BIU Santé

l'opinion de M. Verneuil. Le chirurgien se trouvant en présence d'un malade qui va mourir si l'on n'intervient pas, que faire? Voilà des anses intestinales distendues qui s'offrent en quelque sorte aux regards et au bistouri. N'y a-t-il pas là une indication formelle de pratiquer l'entérotomie toutes les fois que le chirurgien ne peut découvrir la cause de l'obstruction intestinale?

M. Verneuil a pratiqué plusieurs fois la laparotomie, et cette opération lui a donné des résultats lamentables; lorsque, au contraire, il a fait l'entérotomie de Nélaton, sans doute, il n'a pas sauvé tous ses malades, mais il a obtenu un certain nombre de succès et des améliorations.

Pour ce qui est du point d'élection de l'anus contre nature, M. Verneuil déclare qu'il préfère de beaucoup l'S iliaque au cœcum, toutes les fois que le choix est possible. Outre que l'ouverture de l'S iliaque est généralement plus facile que la cœcotomie, l'anus cœcal laisse entre lui et l'obstacle une longueur d'intestin dans laquelle les matières fécales s'accumulent et séjournent plus ou moins longtemps, puisqu'il faut attendre, pour l'évacuation de ce réservoir, la production de mouvements antipéristaltiques. En troisième lieu, la cœcotomie a l'inconvénient de donner issue à des matières fécales liquides, ce qui rend les soins de propreté extrêmement difficiles, tandis qu'avec l'anus iliaque, on a presque toujours un bol fécal solide qui ne souille pas le lit du malade et qui permet aisément les soins de propreté.

M. Trélat n'a pas dit que les cas où le diagnostic est facile sont communs, il a dit seulement ceci : 1° Il y a des cas où le diagnostic est possible : tels sont ceux où l'obstacle est produit par des causes externes : brides, valvules, etc.; et c'est alors qu'il convient de faire la laparotomie; — 2° il y a d'autres cas où l'on a des raisons sérieuses de penser que l'obstacle est produit par une cause intra-intestinale, telle que le cancer, et c'est à eux que convient l'anus contre nature; — 3° enfin, il existe un certain nombre de cas douteux dans lesquels il y a lieu de faire choix d'une opération mixte, pouvant se terminer par un simple anus contre nature.

M. Kirmisson estime que la laparotomie et l'anus contre nature ont des indications propres qu'il s'agit de saisir avec opportunité. En ce qui le concerne, il a pratiqué trois fois la laparotomie dans des cas d'étranglement interne; deux fois l'entérotomie de Nélaton; une fois la cœcotomie, et six fois l'anus artificiel sur l'S iliaque. Toujours il a été frappé de la bénignité et de la facilité de cette dernière opération. Il montre en terminant une pièce pathologique recueillie sur l'un de ses opérés mort un an après dans le service de M. Verneuil.

M. Léon Le Fort se déclare partisan de la laparotomie de préférence à l'anus contre nature; mais il pense que le diagnostic précis de la cause de l'obstruction est presque toujours à peu près impossible. C'est précisément à cause de cette incertitude du diagnostic qu'il donne la préférence à la laparotomie sur l'anus contre nature. Il estime que la laparotomie n'a le caractère de gravité dont l'accuse M. Verneuil que parce qu'on la fait trop tard.

M. Léon Le Fort a pratiqué la laparotomie, il y a dix-huit ans, à l'hôpital Cochin, dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'S iliaque qu'il avait pris pour un étranglement interne. Il a commencé ainsi par une erreur de diagnostic, mais il ne pense pas qu'il y ait un seul chirurgien à qui pareille erreur ne soit arrivée.

Dans un cas plus récent, chez un malade qui était à toute extrémité, M. Léon Le Fort a commencé par faire une incision de peu d'étendue à travers laquelle est venue faire saillie une anse intestinale dilatée; au lieu de la ponctionner, il s'est contenté de la dérouler, en ayant soin de faire rentrer successivement les portions sorties, jusqu'à ce qu'il fût arrivé à une partie dure constituée par une bride qu'il a sectionnée, après en avoir reconnu la nature à l'aide de l'index introduit dans le ventre; le malade a parfaitement guéri.

L'opération ainsi pratiquée a l'immense avantage, quand on a la chance de tomber sur une bride, un iléus, un volvulus, de ne pas ouvrir l'intestin.

En résumé, M. Le Fort conseille de commencer par la laparotomie, puis, si la

©BIU Santé

recherche n'aboutit pas à la notion d'un obstacle qu'il soit possible de supprimer, de pratiquer l'entérostomie.

— M. Trélat communique l'observation d'un malade atteint de pied-bot varus équin enroulé.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, vigoureux et bien constitué. M. Trélat pensa qu'il y avait lieu d'essayer sur lui un traitement orthopédique, à l'aide d'un appareil spécial, construit par M. Colin sur ses indications.

Après section de l'aponévrose plantaire au niveau du calcanéum et du premier métatarsien, M. Trélat pratiqua des manipulations destinées à effectuer le redressement du pied qui fut mis ensuite dans un appareil plâtré où il resta pendant sept à huit jours. L'appareil fut alors enlevé et remplacé par un appareil spécial à traction élastique. Celui-ci était porté quand le malade était dans la position horizontale; on le maintenait appliqué d'abord pendant six heures sur vingt-quatre, puis seulement pendant une ou deux heures. Au bout d'un mois, on fit porter au malade un autre appareil qui lui a permis de marcher et qui, par ce moyen, contribue à rendre au membre ses fonctions normales.

M. Lannelongue fait observer que le malade ne pourra jamais récupérer ses muscles. Six mois après le début d'une paralysie qui a produit le pied-bot, il devient impossible de rendre au membre l'exercice de ses fonctions. Dès que l'appareil est enlevé, le pied-bot se reproduit.

M. Trélat répond que, le malade n'eût-il retiré de son traitement que le bénéfice de pouvoir marcher sur la plante du pied, au lieu de marcher sur le dos du pied comme auparavant, ce serait déjà pour lui un résultat fort satisfaisant. Mais il ne faudrait pas croire que la guérison du pied-bot soit impossible; M. Trélat a donné, dans leur enfance, des soins à deux malades âgés maintenant l'un de 29 ans et l'autre de 24 ans, et chez lesquels il est impossible de reconnaître, en les voyant marcher, qu'ils ont eu autrefois un pied-bot.

— M. le docteur Lamarre lit un travail *sur le traitement des plaies par l'oxyde de plomb*. — A. T.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Un cas de trichinose en Italie. — Le professeur Legge, directeur du cabinet anatomique de l'Université de Camérino, a trouvé des trichines dans les muscles d'une personne qui n'avait pas quitté l'Italie depuis 16 années.

60 Cas de trichinose en Zélande. — Le docteur Isebree Maens mande (*Gazetta degli ospedali*, 13 avril 1887) qu'à Goes, petite localité d'environ 7,000 âmes, il a observé 60 cas d'une maladie étrange caractérisée surtout par le gonflement douloureux des muscles de la face et des membres. Il a aussitôt pensé à la trichinose, et de fait il a trouvé des trichines dans les muscles d'un malade. Après examens, les viandes salées prêtes à être consommées furent trouvées infectées. Tous les malades sont actuellement dans un état grave. Un décès s'est déjà produit.

Italie. — Le Congrès international des délégués des Sociétés de crémation, qui aura lieu à Milan en septembre prochain, a fixé ainsi son ordre du jour :

1° Rapports généraux sur les progrès de la crémation dans différentes nations.

2° Projet de formation d'une association internationale comprenant et réunissant dans un commun effort toutes les Sociétés de crémation des différents pays.

3° Projet d'une législation internationale sur le transport des corps d'un pays dans un autre, sur la crémation et sur les points d'hygiène et garanties de sécurité publique que comporte la question.

4° Hygiène des cimetières chez les différents peuples.

©BIU Santé

5° Les différents systèmes de crémation aux points de vue technique, esthétique, sanitaire et économique.

6° Projet d'une législation internationale en vue de la liberté de la crémation.

Une exposition de temples, fours, urnes crématoires, etc., terminera les séances du Congrès. — Ch. S.

COURRIER

INSTITUT PASTEUR. — Statistique des personnes traitées à l'Institut pendant le mois de mars 1887 : Français et Algériens, 121 ; étrangers, 50. Total, 171.

Chez 28, la rage a été reconnue par l'inoculation positive du bulbe, ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps que les personnes traitées ; elle a été constatée par observations vétérinaires chez 115 ; enfin, 28 des personnes traitées ont été mordues par des animaux simplement suspects de rage.

Un des individus appartenant à la première catégorie, le nommé Sans, mordu par un loup enragé et cautérisé au fer rouge quatorze heures après, est mort de rage à Paris dans le cours du traitement.

— Par décret, en date du 6 mai 1887, M. le docteur Kiener est nommé professeur d'anatomie pathologique et histologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL DE CHIRURGIE. — Les candidats, au nombre de vingt-cinq, sont : MM. les docteurs Poirier, Castex, Barette, Ménard, Nepveu, Broca, Beurnier, Jullien, Chaput, Hallé, Jarjavay, Petit-Vendol, Verchère, Guinard, Hache, Walther, Ricard, Labbé, Coudray, Garnier, Tuffier, Picqué, Michaud, Ozenne et Rémy.

Les membres du jury tirés au sort sont : MM. les docteurs Théophile Anger, Guéniot, Humbert, Lannelongue, Lucas-Championnière, Peter et Pozzi.

— Le concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés s'est terminé par la nomination de M. le docteur Chaslin.

— L'Association française pour l'avancement des sciences vient, dans la dernière séance générale du comité, d'accorder les subventions suivantes :

1° M. Boule, pour aider à la publication de son travail sur les « Temps quaternaires et préhistoriques de l'Auvergne », 500 francs ;

2° MM. Bucquoy et Dantzenberg, pour achat de dix exemplaires de l'ouvrage sur les « Mollusques marins du Roussillon », 650 francs ;

3° M. Marcellin Langlois, pour l'achat d'un hygromètre à absorption, 300 francs ;

4° M. Letellier, pour aider à la continuation de ses recherches géologiques sur le sol des cantons d'Alençon, 300 francs.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Cochez, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Saliéges, démissionnaire.

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

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. Boissard, chef de clinique adjoint, et M. Berthod, ancien interne de la Maternité, commenceront un cours d'accouchements le mardi 31 mai, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5. — Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera accompagné d'exercices pratiques.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser à MM. les docteurs Boissard, 67, rue Saint-Lazare, et Berthod, 139, boulevard Saint-Michel.

Dyspepsies.—Anorexie.— Traitement physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Albert Ruault : Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. — II. Revue des Journaux : Capsicum antidote de l'opium. — La lèpre en Europe. — Crampe des pianistes. — III. Hydrologie médicale : Indications de l'eau minérale des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes,

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887

Par M. le docteur Albert Ruault.

« Faire de l'hypertrophie des amygdales une espèce, dit Lasègue, c'est s'engager dans une description confuse qui rassemble artificiellement des états qu'il importe de séparer par une analyse plus approfondie. » Il est, en effet, facile, par l'observation attentive de quelques cas, de se convaincre que la maladie peut se comporter de plusieurs façons très différentes. Lasègue (*Traité des angines*, p. 353) signale bien deux variétés d'hypertrophie. Dans la première, les amygdales sont « d'un rouge livide, d'une résistance presque cartilagineuse »; dans l'autre, elles « sont molles, veloutées, dépressibles, d'une teinte opaline, à surface muriforme, et semblent composées d'une agglomération de vésicules demi-transparentes ». Mais mon regretté maître n'a pas poussé plus loin l'analyse dont il indiquait l'utilité à la page précédente de son livre. Il semble qu'il ait surtout étudié l'hypertrophie tonsillaire au moment des poussées inflammatoires, et il porte toute son attention sur les troubles qui en dépendent, tandis qu'il néglige les symptômes permanents qui dépendent de l'affection chronique, en dehors des phénomènes aigus ou subaigus qui la causent ou l'accompagnent. Or, ceux-ci, comme les lésions elles-mêmes, peuvent présenter des différences assez considérables, et il ne faudrait pas croire que cette variabilité des symptômes et des lésions tienne uniquement à l'âge de la maladie. Si l'on prend la peine d'observer soigneusement un assez grand nombre de cas d'hypertrophie tonsillaire, si l'on fait dans les familles des malades quelques enquêtes que l'hérédité manifeste de la maladie rend assez faciles, on reconnaît bientôt que les grosses amygdales se présentent fréquemment sous l'un ou l'autre de deux aspects vraiment typiques, et très différents l'un de l'autre. Or, *dans ces cas types*, où l'aspect des lésions est si dissemblable, leur mode de développement, leur évolution, et un certain nombre des symptômes qui leur sont associés, diffèrent aussi très notablement. J'ai donc pensé qu'il était légitime de tenter, comme je le fais aujourd'hui, de détacher du groupe des hypertrophies amygdaliennes deux formes qui paraissent nettement tranchées.

1° *Hypertrophie dure, ou fibreuse.* — Dans cette première forme, l'hypertrophie se montre peut-être quelquefois d'emblée; mais, en tout cas, le fait est rare. Presque toujours, elle est l'aboutissant des amygdalites à répétition. A chaque poussée inflammatoire, l'amygdale augmente de volume, et elle ne revient plus à ses dimensions primitives quand la phlegmasie, aiguë ou subaiguë, a momentanément disparu. La maladie, datant de l'enfance ou quelquefois de la puberté seulement, procède ainsi par étapes successives, et ne s'arrête guère qu'à l'âge mûr.

©BIU Santé

Pour bien se rendre compte de l'état de la gorge, il convient de l'examiner en dehors des poussées inflammatoires ; cet état varie, du reste, suivant l'âge de la maladie, c'est-à-dire suivant l'âge du sujet.

Chez les enfants au-dessous de 13 ou 14 ans, on constate presque toujours que le pharynx est à l'état normal, et les mucosités naso-pharyngiennes peu abondantes. La maladie est localisée aux amygdales, qui sont prises toutes deux, assez souvent à des degrés différents. La glande, plus ou moins grosse, fait saillie en dehors de sa loge. Cette sorte d'énucléation de l'amygdale permet quelquefois aux deux glandes, dans les cas extrêmes, de se toucher par leur face interne. Bien que les voies nasales soient libres en haut, le malade est alors obligé de respirer la bouche ouverte, et exposé dès lors aux inconvénients inhérents à ce mode de respiration anormal. La forme générale de l'amygdale est d'ordinaire conservée, c'est-à-dire qu'elle est ovoïde, à grand axe vertical. Sa surface est arrondie, lisse, bosselée et comme lobulée. Elle présente assez souvent un prolongement inférieur, conoïde, qui fait saillie en bas. Son aspect lisse et brillant tient à l'extrême minceur de la muqueuse qui recouvre le tissu amygdalien. Les entrées des cryptes sont peu apparentes, et réduites quelquefois à des fentes linéaires ; d'autres fois, on voit, au contraire, nettement ces pertuis, dont l'entrée est comme doublée de travées fibreuses très apparentes. Le plus souvent, la coloration de la glande tranche sur les parties voisines ; elle est jaunâtre et légèrement violacée. Au toucher, l'amygdale est dure, élastique, non douloureuse en dehors des poussées inflammatoires.

Vers l'âge de 16 à 18 ans, l'amygdale, quoique moins lisse à sa surface, a toujours à peu près le même aspect ; mais souvent alors le pharynx présente une rougeur diffuse, et les piliers du voile du palais sont, eux aussi, rouges et légèrement tuméfiés. On assiste à l'apparition du premier degré de l'angine catarrhale chronique diffuse de Lasègue. Le jeune homme, qui dans son enfance ne souffrait pas de la gorge en dehors des poussées angineuses, et n'éprouvait que des symptômes d'ordre mécanique, commence à ressentir de la gêne permanente, surtout le matin. Quelquefois les amygdales sont constamment un peu douloureuses au toucher.

Plus tard, à l'âge adulte, surtout après 30 ou 35 ans, ces symptômes, sauf toutefois le dernier, augmenteront quelquefois encore. L'aspect de la gorge deviendra un peu différent : la muqueuse qui recouvre l'amygdale, autrefois mince et donnant à la glande une apparence brillante, se sera épaissie et hypertrophiée, et il en résultera un aspect mat qu'elle ne présentait pas autrefois. En même temps, les amygdales auront la plupart du temps diminué de volume, et perdu l'apparence bosselée qu'elles avaient pendant la jeunesse ; mais les piliers seront épaissis, des granulations adénoïdes se montreront souvent dans le pharynx, en même temps que l'épaississement des parties latérales de sa face profonde, la luette sera hypertrophiée. La diminution de volume de l'amygdale se montre d'ordinaire entre 35 et 45 ans, mais elle n'est pas constante. Chassaignac n'a pas observé d'hypertrophie amygdalienne au-dessus de l'âge de 49 ans, mais on peut cependant en voir chez des sujets plus âgés. J'ai vu dernièrement une énorme hypertrophie tonsillaire chez un batelier âgé d'une soixantaine d'années, qui, disait-il, n'avait jamais eu le temps de se faire opérer. Cet homme vivait presque constamment sur l'eau depuis plus de quarante ans. J'ai vu un vieillard de 74 ans, qui était venu me consulter pour un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, et que j'ai soigné ensuite d'accidents secon-

©BIU Santé

daires; il présentait une très notable hypertrophie des deux amygdales. Cela datait de son enfance, m'a-t-il dit. Elles avaient, paraît-il, été beaucoup plus grosses qu'aujourd'hui, et elles ne le font plus souffrir depuis fort longtemps. Peut-être ces faits doivent-ils être considérés comme exceptionnels.

La coïncidence de la pharyngite granuleuse avec cette forme de la maladie m'a paru rare chez les jeunes sujets. Il en est de même des végétations adénoïdes du pharynx nasal, elles sont peu fréquentes. La surdité, surtout unilatérale, n'est cependant pas rare en dehors de tout obstacle mécanique; c'est alors un phénomène réflexe, et je l'ai vue disparaître après deux cautérisations de l'amygdale au galvano-cautère, alors que la glande n'avait pas encore diminué de volume. Chez les sujets plus âgés, la surdité peut être liée au catarrhe du pharynx et à sa propagation à la trompe (Harvey) aussi bien qu'au relâchement du tenseur palatin (Weber-Liel).

Les sujets qui présentent cette forme de la maladie n'offrent rien de spécial dans leur habitus. Souvent ce sont des enfants de souche arthritique. Ils peuvent d'ailleurs jouir d'une bonne santé générale, et l'on ne trouve chez eux qu'exceptionnellement les déformations thoraciques décrites par Dupuytren, et seulement lorsque l'hypertrophie amygdalienne est double et excessive.

La caractéristique histologique de cette forme est l'abondance du tissu fibreux. Chez les enfants, le tissu adénoïde est conservé ou même augmenté, et les altérations vasculaires sont peu avancées. Chez l'adulte et dans l'âge mûr, on trouve une sclérose vraie de toute la glande.

2° *Hypertrophie molle ou adénoïde.* — Dans cette forme de l'hypertrophie des amygdales, l'hypertrophie porte surtout sur les follicules lymphatiques. La maladie paraît être primitive. Elle est souvent accompagnée d'autres manifestations relevant du tempérament dit lymphatique (engorgement des ganglions cervicaux, etc.). Elle s'installe insidieusement, de très bonne heure, sans que l'enfant paraisse souffrir en aucune façon de la gorge, et souvent elle date déjà de loin lorsqu'on en constate l'existence. Elle n'est point accompagnée d'attaques angineuses comparables à celles qu'on observe dans la forme précédente, au moins pendant longtemps; tout se borne à de très légères congestions gutturales, durant rarement plus de vingt-quatre heures : l'enfant a la « gorge sensible », disent les parents, et c'est là tout. L'augmentation de volume de la glande est lente, mais continue. L'examen du pharynx donne des renseignements très différents de ceux qu'on peut recueillir dans la forme fibreuse.

Presque toujours le pharynx est tapissé de granulations adénoïdes abondantes, la région rétro-nasale présente la plupart du temps une hypertrophie plus ou moins considérable de l'amygdale pharyngienne, et on y trouve, dans un bon nombre de cas, de véritables tumeurs adénoïdes, donnant lieu à la symptomatologie qui leur est propre, et dont je n'ai pas à parler ici. La rhinite chronique, catarrhale, avec hypertrophie ou tout au moins tuméfaction de la muqueuse des cornets inférieurs, est assez fréquente, et surtout accusée quand la maladie est déjà un peu ancienne. On observe alors que le pharynx nasal et les fosses nasales sont tapissés d'abondantes mucosités, et cette hypersécrétion augmente encore lorsque l'on explore les parties à l'aide des méthodes rhinoscopiques et rhino-pharyngoscopiques.

©BIU Santé

L'amygdale palatine hypertrophiée n'a pas, comme dans la forme fibreuse, de tendance à se pédiculiser; elle reste enchatonnée (Guersant). L'augmentation de volume de la glande est surtout apparente dans le sens antéro-postérieur : les piliers postérieur et antérieur sont écartés l'un de l'autre, et l'amygdale reste enchatonnée, à moins que l'hypertrophie ne soit considérable. Dans ce cas, on la voit saillir dans le pharynx sous la forme d'une masse irrégulièrement pyramidale, à sommet supérieur en général. Il est, en effet, beaucoup moins fréquent que dans la première forme d'observer un prolongement inférieur; souvent, au contraire, un prolongement conoïde, dont l'extrémité apparaît plus ou moins déchiquetée, fait saillie en dedans et en haut, du côté de la luette. Ce prolongement supérieur s'engage, par son bord externe, entre les piliers ; aussi serait-il plus juste de dire que l'augmentation de volume de l'amygdale, dans cette forme d'hypertrophie, se fait non seulement d'arrière en avant, mais aussi de bas en haut. L'amygdale n'ayant nulle tendance à se pédiculiser et à faire saillie du côté du pharynx si l'hypertrophie n'est pas considérable; il en résulte que, dans les cas ordinaires, l'affection passe inaperçue si l'on ne prend soin de la chercher. On pourrait lui donner le nom d'hypertrophie *latente*. L'examen du pharynx pratiqué comme on le fait d'ordinaire ne donne pas de renseignements, et il faut, pour reconnaître l'état des tonsilles, avancer l'abaisse-langue en arrière et en bas du côté de l'épiglotte, de façon à provoquer un effort de vomissement. Les amygdales subissent alors le mouvement de torsion signalé par Chassaignac, et leur face interne vient se placer en face de l'observateur. Elle apparaît sous l'aspect d'une surface grenue, non pas ovalaire et à grand axe vertical comme à l'état normal, mais généralement arrondie ou pyriforme, atteignant presque, dans quelques cas, les dimensions d'une pièce de 5 francs. Les piliers sont écartés l'un de l'autre pour faire place à la glande hypertrophiée.

Que l'amygdale fasse ou non saillie du côté du pharynx, son aspect est identique. Elle semble spongieuse, ses cryptes sont peu distinctes; sa surface est grenue, villeuse, comme déchiquetée et végétante en certains points, surtout en haut. La coloration de la glande est rosée, quelquefois un peu jaunâtre, mais en général ne diffère pas sensiblement de celle des parties voisines. Au toucher, elle est molle et souvent friable. On peut alors aisément l'entamer avec l'ongle, et enlever ainsi de petites masses arrondies, qui sont des follicules lymphatiques très hypertrophiés, entourés de lambeaux de tissu conjonctif très lâche. On retire alors le doigt légèrement teinté de sang. Comme dans la forme précédente, il peut arriver qu'une amygdale soit plus hypertrophiée que l'autre.

J'ai dit que, dans cette forme de la maladie, l'hypertrophie se faisait plutôt dans le sens antéro-postérieur. Mais la friabilité du tissu d'une part, et d'autre part la présence assez souvent constatable de véritables végétations à la partie supéro-interne de la glande, me donnent à penser que peut-être son aspect aplati de dedans en dehors, est le résultat du passage du bol alimentaire. Celui-ci détacherait, à chaque repas, quelques grains de ce tissu friable, et il se produirait une véritable usure. La partie supérieure de l'amygdale, soustraite en partie à ce frottement, végéterait au contraire plus facilement. Peut-être aussi les hypertrophies amygdaliennes signalées chez les enfants à la suite des maladies aiguës (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.) étaient-elles de cette forme et préexis-

©BIU Santé

tantes, bien que méconnues : l'abstinence plus ou moins prolongée d'aliments solides aurait ensuite permis à l'amygdale de s'accroître dans le sens transversal pendant la durée de la maladie générale.

Cette forme primitive de l'hypertrophie des amygdales est essentiellement une maladie infantile. C'est de l'âge de 4 à 6 ou 8 ans qu'on l'observe le plus communément. Elle est fréquente, surtout sous sa forme latente, et l'on pourrait poser en principe que dans l'immense majorité des cas de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal où les amygdales palatines semblent saines, elles sont en réalité atteintes, à un degré variable, de cette forme d'hypertrophie, qu'on peut aisément constater si l'on y porte attention et qu'on prenne soin de la chercher.

Vers l'âge de 16 à 18 ans, quelquefois même plus tôt, la maladie tend à disparaître; les amygdales diminuent de volume, et, quelques années plus tard, elles ont repris leurs dimensions ordinaires dans beaucoup de cas. Dans la forme latente, la glande commence à diminuer de volume vers sa partie moyenne. La muqueuse recouvrant le tissu propre, qui était d'une minceur extrême, s'épaissit peu à peu, et l'organe prend souvent un aspect multilobulé, un peu irrégulier, mais difficile à distinguer de l'état normal. S'il y avait un prolongement supérieur, il persiste quoique diminué de volume, et l'on peut encore le voir, en haut, s'étendant quelquefois jusqu'à l'angle de réunion des deux piliers. Si, ce qui est plus rare dans cette forme, il existait un prolongement inférieur, il se comporte de même; on le retrouve encore alors que la glande a repris ses dimensions normales, mais il faut, pour le voir, avoir soin de déprimer fortement la base de la langue avec la spatule.

Lorsque les grosses amygdales molles font une saillie notable dans le pharynx, elles commencent aussi à diminuer de volume à la même époque de la vie. Cette diminution se fait de même vers leur partie moyenne, et surtout dans le sens antéro-postérieur; aussi l'amygdale, en partie réduite, mais saillante encore dans le pharynx, prend-elle une forme un peu aplatie d'avant en arrière. Elle est quelquefois bilobée ou trilobée, et lorsqu'on la saisit entre les doigts, on la trouve encore relativement molle, et non pas élastique et rénitente comme dans la forme fibreuse. Mais ces caractères ne m'ont pas paru constants; ils peuvent varier, surtout sous l'influence d'angines intercurrentes plus ou moins sévères et répétées, qui, dans ces cas, peuvent fréquemment se montrer au moment de la puberté, et peuvent alors être considérées comme la conséquence de la lésion primitive et la cause de l'induration secondaire. Aussi est-il à peu près impossible chez l'adulte, dans certains cas, de reconnaître par les caractères objectifs des amygdales sous quelle forme l'hypertrophie se présentait dans l'enfance.

Mais, si l'hypertrophie molle des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée tend dans la plupart des cas à disparaître avec l'âge, il n'en est pas de même des granulations adénoïdes du pharynx buccal qui les accompagnent. Celles-ci persistent, et le sujet, qui a conservé l'habitude de dormir la bouche ouverte, commence souvent à souffrir de sa pharyngite granuleuse, alors que ses amygdales ne le gênent plus guère. Lorsqu'il vient alors consulter le médecin, celui-ci peut souvent, à l'aide des vestiges de l'affection amygdalienne lorsqu'ils existent, ou par la constatation du facies spécial aux gens qui ont eu des végétations adénoïdes du pharynx

©BIU Santé

nasal, faire le diagnostic rétrospectif de ces lésions alors à peu près disparues.

Ainsi se présentent à l'observateur les deux formes d'hypertrophie amygdalienne dont j'ai cherché à ébaucher l'histoire. Ce sont là deux formes distinctes, et si je m'appuie sur les recherches histologiques, encore insuffisantes, il est vrai, que j'ai commencées, je crois que dans la forme dure on a affaire surtout à une inflammation chronique tendant à la sclérose, tandis que dans la seconde, l'hyperplasie des follicules lymphatiques domine. On conçoit qu'à une période de la maladie l'inflammation venant à jouer un rôle plus actif, la seconde forme tende à se confondre anatomiquement avec la première à un moment donné de son évolution.

Je ne dirai qu'un mot du traitement. Impossible à pratiquer dans les formes latentes, l'amygdalotomie est une opération qui tend à disparaître de plus en plus devant l'ignipuncture. L'extrême bénignité de cette méthode, la facilité avec laquelle on l'applique à l'aide du galvano-cautère introduit à froid dans la cavité buccale, la feront, je pense, bientôt universellement adopter. Dans la forme molle, la réduction de l'amygdale hypertrophiée se produit encore plus vite que dans l'autre, et l'on ne doit pas négliger d'appliquer ce mode de traitement à tous les cas, en même temps qu'on traitera concurremment les végétations adénoïdes s'il en existe.

REVUE DES JOURNAUX

Capsicum antidote de l'opium. — Le docteur Clevenger rapporte un cas de guérison de l'empoisonnement opiacé sous l'action d'un lavement avec une teinture de capsicum. Le rétablissement fut rapide et l'emploi de ce lavement ne fut suivi d'aucun accident du côté du rectum. (*The medical Standard of Chicago*, mars 1887). — R.

La lèpre en Europe. — Le *Medical Press and Circular* du 23 mars 1887 affirme qu'un cas de lèpre s'est terminé récemment par la mort à Paris. Le malade avait passé l'année précédente en Espagne, où la lèpre a fait sa réapparition, il y a environ huit ans, dans le voisinage de Valence. La *Gazette de Madrid* admet l'existence de la lèpre dans les provinces de Valence, Alicante et Almeria. — R.

Crampe des pianistes. — D'après le docteur Warrington Haward, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, la crampe des pianistes semblerait devenir plus commune depuis plusieurs années, au moins en Angleterre. Notre confrère rapproche cette lésion de la crampe des écrivains. Sans doute, pense-t-il, cette crampe reconnaît pour cause déterminante une action excessive; mais cet excès d'action ne suffit pas en général. Les conditions prédisposantes sont la dyspepsie, l'anémie, la nourriture insuffisante des muscles surmenés, conditions qui sont produites ou entretenues par une vie trop sédentaire ou l'habitation dans un climat malsain. Il faut tenir compte aussi de l'âge trop tendre et de la constitution délicate de certaines jeunes filles. Dans un cas très sérieux, où la crampe s'accompagnait d'une douleur musculaire aiguë, le petit doigt et l'annulaire de la main gauche, au moindre essai pour jouer, devenaient froids, engourdis et pourpres. Le traitement doit consister principalement dans le repos des organes affectés; mais aussi dans un régime hygiénique, tonique, bien dirigé; il faut maintenir avec soin la chaleur normale dans le membre malade, car un refroidissement notable est observé dans les doigts atteints de la crampe et même dans l'avant-bras et le bras. Le massage est encore parfaitement indiqué. (*British medical Journal*, 26 mars 1887.) — R.

©BIU Santé

HYDROLOGIE MÉDICALE

Indications de l'eau minérale des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées)

Une observation clinique de plus d'un siècle, qui va de Bordeu jusqu'à Pidoux, pour nous borner aux deux noms les plus illustres, a prouvé l'efficacité incomparable des sources sulfurées des Eaux-Bonnes dans le traitement des maladies chroniques de la gorge et de la poitrine. Les formes lentes et torpides de l'angine catarrhale et granuleuse, de la rhinite, de la laryngite et de la bronchite, sont sûrement améliorées, quand elles ne sont pas guéries, par l'usage méthodique de l'eau des Eaux-Bonnes, notamment chez les herpétiques et les scrofuleux.

Quant à la phthisie pulmonaire, malgré les progrès et les essais de la thérapeutique contemporaine, les faits sont là pour démontrer que l'assertion de Pidoux est aussi vraie aujoud'hui qu'hier : *que l'eau des Eaux-Bonnes est plus spécialement anti-tuberculeuse dans la phthisie pulmonaire, qu'elle est le plus puissant remède connu contre cette affection.* D'autre part, l'altitude de la célèbre station est un auxiliaire précieux de l'efficacité de ses eaux.

A plus forte raison peut-on attendre de son emploi les résultats les plus avantageux dans les maladies moins graves, telles que l'asthme, la pleurésie et la pneumonie chroniques. Dans l'asthme, cette eau minérale agit non seulement sur le catarrhe qui existe dans la plupart des cas, mais elle agit même sur la contractilité des petites bronches pour supprimer ou diminuer l'emphysème qui en est la cause la plus commune. Dans la pleurésie et la pneumouie, on voit (et même rapidement, si l'on a affaire à un sujet non tuberculeux), se résoudre peu à peu l'épanchement ou se résorber les exsudats et les engorgements pulmonaires.

Enfin, l'eau et le climat des Eaux-Bonnes (1) sont indiqués d'une manière spéciale dans la chlorose qui n'a pas été améliorée par le fer, et dans les anémies ou cachexies qui sont le propre des tempéraments viciés ou qui succèdent aux maladies de longue durée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des épidémies qui ont sévi, au cours de l'année 1886, dans un grand nombre de départements;

2° Le compte rendu des vaccinations pratiquées, au cours de la même année, dans un grand nombre de départements;

3° Des demandes d'autorisation d'exploiter diverses sources minérales;

4° Des rapports généraux des médecins-inspecteurs des eaux minérales, pour l'année 1885.

(1) Eaux-Bonnes n'a rien à envier aux stations des Pyrénées, des Alpes et d'Auvergne les plus fréquentées. La beauté du site, le confort et la modération des prix de ses hôtels et de ses maisons particulières ; son Casino magnifique dont la nouvelle direction assure une série de fêtes ininterrompues ; ses promenades nombreuses et uniques au monde par leur splendeur, le voisinage immédiat des Eaux-Chaudes (8 kilomètres) si efficaces contre les rhumatismes, la goutte et la stérilité des femmes, reliées à Eaux-Bonnes par un service régulier de tramways, ses belles excursions scientifiques et d'agrément dont elle est devenue le centre depuis la fondation récente du rendez-vous de départ : Excelsior; tout concourt à faire de cette station une cité thermale des plus attrayantes.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur l'épidémie de variole qui a régné à Toulon pendant l'année 1886, par M. le docteur Cougin (Comm. de vaccine);

2° Des lettres de candidature de M. le docteur Mottet et de M. le docteur Riant pour la section d'hygiène et de médecine légale;

3° Une lettre de candidature de M. le docteur Liétard (de Plombières) pour le titre de correspondant national;

4° Une lettre de remerciements de M. le docteur Maurice Rœll, de Vienne (Autriche), récemment élu correspondant étranger;

5° Des plis cachetés déposés par M. Poulet (de Plancher-les-Mines), et par MM. Diday et Doyon.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. Mathias DUVAL donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie de médecine, aux obsèques de M. le professeur Vulpian. Cette lecture est accueillie avec des marques unanimes d'approbation.

M. le président SAPPEY se lève et prononce les paroles suivantes : « Bien que M. Vulpian n'ait jamais eu l'honneur d'être président de l'Académie de médecine, honneur qu'il n'a jamais ambitionné peut-être, il a rendu à la science de si grands services et il laisse dans les rangs de cette Académie un si grand vide, que votre Président croit répondre au désir de ses collègues en levant la séance en signe de deuil. »

— La séance est levée et l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Les dernières séances de la Société ont été remplies par un grand nombre de communications intéressantes, parmi lesquelles nous relèverons les suivantes :

— Récemment, on a beaucoup parlé de la non-immobilisation et du massage dans les fractures, et M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a surtout préconisé cette méthode. Encouragé par les résultats publiés, M. ROUX l'appliqua à une fracture de l'extrémité inférieure du radius; l'insuccès fut complet, et, après neuf jours, il fallut revenir au traitement classique, qui amena la guérison.

— M. BROCQ rapporte quatre observations de kéloïdes traitées avec succès par l'électrolyse. Il emploie une pile Chardin au bichlorure de mercure de 24 éléments. Comme pôle négatif, on se sert d'un cylindre métallique recouvert d'une peau de chamois, et trempé dans l'eau salée, que le malade tient dans sa main. Le pôle positif est formé par une longue aiguille de platine qui est enfoncée dans la tumeur qu'elle doit pouvoir traverser. Le courant est alors établi jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre marque cinq milliampères, et, en quinze à trente secondes, il se forme une zone blanchâtre autour de l'aiguille. Cette dernière étant retirée est placée à 1 centimètre plus loin, et ainsi de suite jusqu'à ce que toute la surface de la kéloïde soit devenue blanche; les piqûres sont douloureuses, mais ne s'enflamment pas, et M. Brocq pense qu'on peut les renouveler tous les huit jours, ou même tous les quinze jours. Elles ont cet avantage sur les scarifications linéaires et le pansement de Vigo que la tumeur rétrocède après plusieurs séances, même si l'on interrompt le traitement.

— M. CADET DE GASSICOURT fait une communication sur quatre cas de diagnostic difficile qui, en réalité, donnèrent lieu à quatre erreurs de diagnostic par suite du masque que revêtirent les affections réelles.

Premier cas. — Un garçon de 13 ans, atteint de chorée légère depuis six semaines, présentait, au moment de son entrée à l'hôpital, les symptômes suivants durant depuis quatre jours : frissons et point de côté à droite; matité absolue en arrière du même côté; exagération des vibrations; souffle tubaire et bronchophonie. En même temps, délire assez intense, mais pas d'herpès labial non plus que d'expectoration. Diagnostic porté : pneumonie franche. Les jours suivants, les symptômes s'accroissent, mais, le huitième, il n'y a pas de détente.

©BIU Santé

A ce moment, le délire étant devenu continu, et s'accompagnant de températures élevées et de sueurs profuses, M. Cadet de Gassicourt incline vers une broncho-pneumonie probablement tuberculeuse. Le dixième jour, des râles sous-crépitants avec souffle léger apparaissent à la base gauche, et le malade, qui s'amaigrissait rapidement, meurt le treizième jour. L'autopsie montre une broncho-pneumonie suppurée à droite et des tubercules miliaires généralisés, mais plus abondants du même côté. Au début de la maladie, l'erreur était inévitable.

Deuxième cas. — Purpura disséminé chez un garçon de 14 ans. Les taches sont de la grandeur d'une lentille et accompagnées d'un œdème occupant les jambes et les avant-bras. Ascite légère et albuminurie peu accentuée attribuée à des refroidissements fréquents. Bientôt, douleurs péri-articulaires avec épanchement pleural droit, puis gauche : on pense alors à une attaque de rhumatisme articulaire.

Examiné selon les procédés d'Hayem, le sang n'accuse pas d'augmentation de la fibrine. Quelques jours après, anasarque, diminution de la quantité de l'urine et augmentation de l'albuminurie; le diagnostic, changé de nouveau, est : néphrite parenchymateuse.

Au quarantième jour, phénomènes urémiques, gastriques et pulmonaires. Ces derniers consistent en une respiration soufflante dans les fosses sous-épineuses en même temps qu'en des râles sous-crépitants disséminés; on songe aussi à de la broncho-pneumonie, qui est bientôt regardée comme tuberculeuse. A l'autopsie, tuberculose miliaire des poumons et du péritoine, néphrite parenchymateuse sans tubercules ni bacilles.

Troisième cas. — Un enfant de 4 ans présentant des accidents méningés très nets, accompagnés de raideur de la nuque et d'hyperesthésie sans raie méningitique, on porte le diagnostic de méningite tuberculeuse. Bientôt on remarque que, chaque fois que l'on assied l'enfant, il pousse des cris de douleur, que les mouvements de la tête sont difficiles, qu'il y a souffrance vive à la pression en arrière, qu'il y a enfin une arthrite cervicale.

Quatrième cas. — Des accidents méningés se montrent chez un enfant de 18 à 20 mois en évolution dentaire; MM. Roger, de Saint-Germain confirment le diagnostic, et cependant tout disparaît en cinq jours sans traitement actif.

— Nous signalerons encore une note de M. Cazalis sur l'hémirhumatisme caractérisé par la prédominance hémilatérale des manifestations arthritiques qui pourrait persister des années, et se verrait surtout chez les malades affectés de rhumatisme chronique simple; cela semblerait indiquer le rôle du système nerveux central dans la pathogénie de cette dernière affection. — P. C.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du mois de mai 1887.

Lundi 2. — M. Peignon : Extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. (Président, M. Guyon.) — M. Baillet : Injection de cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. (Président, M. Guyon.) — M. Mejia : La blessure du péritoine dans la taille hypogastrique. (Président, M. Guyon.) — M. Cullerre : De la péritomie ignée. (Ses applications en thérapeutique oculaire, son mode d'action et ses avantages.) (Président, M. Lannelongue.) — M. Hyvernaud : Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse. (Président, M. Fournier.)

Mardi 3. — Pas de thèses.

Mercredi 4. — M. Desforges : De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie. (Président, M. Charcot.) — M. Alexandre : De la leucocytose dans les cancers. (Président, M. Hayem.)

Jeudi 5. — M. Arturo Reyes y Sardina : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux. (Président, M. Brouardel.) — M. Hervot : Contribution à l'étude de la périmétrite. (Président, M. Dieulafoy.) —

©BIU Santé

M. Collinet : Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. (Président, M. Proust.) — M. Berthod : Les enfants nés avant terme. — La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris. (Président, M. Tarnier.)

Du 6 au 10 mai. — Pas de thèses.

Mercredi 11. — M. Metaxas Zani : De la cure de certaines tumeurs de la face. (Président, M. Verneuil.) — M. Ritzo : Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. — Ses ulcérations tuberculeuses. (Président, M. Fournier.) — M. Nivet : De la fréquence relative des différentes variétés de chancres extra-génitaux chez l'homme et chez la femme. (Suivi de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886.) (Président, M. Fournier.)

Jeudi 12. — M. Lerond : Traitement de l'hydrocèle par les injections au chlorure de zinc au dixième. (Président, M. Duplay.) — M. Joffrin : Etude critique sur les déchirures du périnée. (Variétés. — Etiologie. — Traitement.) (Président, M. Tarnier.)

Vendredi 13. — M. Flaud : Traitement de l'hygroma prérotulien chronique. (Président, M. Guyon.) — M. Delobel : Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sus-hyoïdienne. (Président, M. Lannelongue.)

Du 14 au 17 mai. — Pas de thèses.

Mercredi 18. — M. Veraguth : Le climat de la haute Engadine et son action physiologique pendant et après l'acclimatement. (Président, M. Potain.) — M. Gouzien : Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 19 et vendredi 20. — Pas de thèses.

Samedi 21. — M. Panas : Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée. (Président, M. Panas.) — M. Dutremblay : Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope. (Président, M. Cornil.)

Lundi 23 et mardi 24. — Pas de thèses.

Mercredi 25. — M. Cohen : Orteil en marteau. — Nouveau traitement. (Président, M. Trélat.) — M. Christesco : Contributions à l'étude thérapeutique du lupus de la face. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 26. — M. Bachelier : La scolopendre et sa piqûre. — Accidents qu'elle détermine chez l'homme. (Président, M. Laboulbène.) — M. Gaignard : La solanine. — Etude physiologique et thérapeutique. (Président, M. Laboulbène.) — M. Morel : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Quelques observations de formes anormales. (Président, M. Peter.) — M. Bouffaré : Contribution à l'étude du pneumothorax de cause interne. — Son pronostic. (Président, M. G. Sée.) — M. Perlis : De la pyohémie consécutive à la pneumonie franche. (Président, M. Brouardel.) — M. Pignol : Signes stéthoscopiques. (Président, M. Ball.) — M. Samson : Quelques paralysies viscérales dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.)

Du 27 au 31 mai. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

LINIMENT ANTIRHUMATISMAL. — Grinevitzthy.

Huile de jusquiame	4	grammes.
Onguent mercuriel	8	—
Extrait d'aconit	4	—

Mêlez. — Onctions, matin et soir, sur les jointures douloureuses. — Le malade prend en même temps, chaque jour, une solution contenant 8 grammes de nitrate de potasse qu'on édulcore avec du sirop de framboises. Sous l'influence de ce traitement, la fièvre diminue peu à peu, et les douleurs articulaires cessent. Aux yeux de l'auteur, le nitrate de potasse joue le principal rôle dans la guérison ; les frictions mercurielles amendent les symptômes, mais ne guérissent pas ; tandis que le sel de nitre tout seul se montre efficace. — N. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nécrologie. — Trois médecins, qui s'étaient placés par leur mérite à un rang élevé dans la grande famille médicale, viennent de s'éteindre : le docteur Kennedy était un des plus considérés et des plus aimés des membres de l'Académie de médecine irlandaise; — le docteur William Fox, médecin ordinaire de la reine d'Angleterre, professeur très écouté, a attaché son nom à l'étude pathologique et clinique de la tuberculose et de la syphilis des poumons; — le docteur J. Stewart Jewel, non moins distingué que les précédents, fondateur et éditeur du recueil américain *Journal of nervous and mental Diseases*, était, au moment de sa mort, à l'âge de 57 ans, professeur de psychologie au *Chicago medical College*.

Production du quinquina. — Les plantations du gouvernement anglais, à Madras et à Sikkim, ont produit plus de quatre cent cinquante mille livres d'écorce de quinquina pendant l'exercice 1885-86. (*The am. Lancet*, avril 1887.)

Etudiantes en Australie. — Dans sa séance du 21 février dernier, le Conseil de l'Université de Melbourne a décidé à une grande majorité l'admission des femmes comme étudiantes en médecine. Le journal qui rapporte ce fait ajoute que si la décision du Conseil est fondée en principe, on a trouvé, en pratique, que l'éducation en commun des deux sexes présentait de très grandes difficultés. (*The medical Record*, 30 avril 1887.) — R.

Allemagne. — Grâce au zèle et à l'initiative du ministre des affaires médicales V. Gossler, un nouvel Institut clinique va s'ouvrir la semaine prochaine à Berlin. Ce nouvel établissement sera consacré à l'enseignement des maladies des fosses nasales, du larynx et du pharynx. C'est au professeur Fraenkel, le spécialiste bien connu, qu'est confié le cours de laryngoscopie et rhinoscopie, ainsi que celui des nouvelles méthodes de thérapeutique locale dans les premières voies respiratoires.

Nominations. — M. Hofmeier de la clinique gynécologique de Berlin passe à l'Université de Giessen.

— Le docteur O. Pertik est nommé privat-docent d'anatomie à l'Université de Buda-Pesth.

— Le projet de construction d'un nouvel hôpital à Berlin, après examen de la commission d'hygiène, a enfin reçu toutes les sanctions et approbations nécessaires. La construction n'en sera pas monumentale, mais répondant aux exigences et règles scientifiques aujourd'hui établies, l'hôpital ne sera composé que de pavillons très petits.

La première division (médecine) comprendra 4 pavillons (2 pour les hommes et 2 pour les femmes) de 60 lits chacun en moyenne, avec un pavillon d'isolement. 3 autres pavillons bien isolés seront consacrés aux services de chirurgie. Enfin un dernier pavillon sera réservé aux salles d'opération, antichambres pour les opérés, cabinets pour les médecins, etc. Bref, l'hôpital pourra loger 570 malades environ.

— La cinquième assemblée générale de l'association des médecins fonctionnaires prussiens (*des preussichen Medicinalbeamtenvereins*) aura lieu à Berlin du 15 au 16 septembre prochain.

Ordre du jour : Progrès dans les choses de la médecine, docteur Wernich. — La désinfection dans l'état actuel de la science, docteur Petri, du muséum d'hygiène de Berlin, etc. Visites à la morgue (nouvellement construite), au Musée d'hygiène, aux abattoirs, aux appareils de désinfection de la ville, etc.

— On vient de déplacer les cercueils de la famille des Hohenzollern pour les orner à nouveau et les restaurer. On dit que le Kronprinz veut profiter de cette circonstance pour charger le professeur Wirchow de rechercher et d'établir, par l'examen des crânes, la caractéristique et le trait distinctif des Hohenzollern. Il est bien certain que le résultat de cette étude, tenue secrète, ne sera pas publié.

— La Société de médecine militaire de Berlin célébrait, il y a quelques jours, l'anniversaire de sa fondation. Etaient présents parmi les plus célèbres médecins de l'armée allemande : Koch, Rolh, Bardeleben, Gerhardt, etc. — Ch. S.

COURRIER

Académie des sciences. — Le lundi 23 mai a eu lieu l'élection d'un nouvel académicien, pour remplacer Paul Bert.

Ont obtenu, au premier tour de scrutin : MM. Bouchard 27, Germain Sée 22, Villemin 15 voix.

Au second tour, M. Bouchard a été élu par 32 voix contre 22 à M. Germain Sée et 6 à M. Villemin.

Nous adressons à M. le professeur Bouchard nos plus vives félicitations.

Cours de gynécologie opératoire. — MM. Vulliet, professeur à la Faculté de Genève, et Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, commenceront, le 6 juin prochain, un cours sur les manœuvres et opérations gynécologiques, principalement destiné aux jeunes médecins et aux étudiants arrivés à la fin de leurs études.

Chaque élève sera appelé à pratiquer, soit comme opérateur principal, soit comme aide, toutes les opérations gynécologiques.

On s'inscrit pour le cours chez M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann, Paris.

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 mai 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Richelot : Rapport sur la candidature de M. Doléris. — 2. M. Bouloumié : Traitement des diabètes et glycosuries. (Suite. — Discussion.) — 3. M. Trousseau : Essai sur la pathogénie des rétinites brightiques. — 4. M. Duroziez : Note sur un point de pathologie cardiaque. (Les grands cœurs.)

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

Les relations entre *Paris et Bordeaux* sont assurées par les trains suivants dans les deux sens :

De Paris à Bordeaux.				De Bordeaux à Paris.			
Départ	8 h. 45 mat.	Arrivée	6 h. 20 soir.	Départ	7 h. 5 mat.	Arrivée	2 h. 36 mat.
—	9 h. 5 mat.	—	11 h. 15 soir.	—	6 h. 45 soir.	—	5 h. 26 mat.
—	8 h. 20 soir.	—	6 h. 45 mat.	—	8 h. 20 soir.	—	10 h. 40 mat.
—	9 h. 40 soir.	—	10 h. 5 mat.	—	7 h. 5 mat.	—	4 h. 38 soir.
—	11 h. 25 soir.	—	2 h. 30 soir.	—	7 h. 5 mat.	—	8 h. 20 soir.

PRIX DES PLACES

1re classe, **72 fr. 05.** — 2e classe, **54 fr. 05.** — 3e classe, **39 fr. 65.**

Cartes de Circulation à demi-place sur toutes les Sections du Réseau

En vue de faciliter les déplacements et les voyages d'affaires, la Compagnie d'Orléans vient de créer des cartes de circulation à demi-place sur l'ensemble de son réseau.

Aux termes des conditions de ce tarif, il est délivré des cartes nominatives et personnelles de 1re, 2e et 3e classes, valables pendant six mois et un an et donnant droit à circuler à demi-place sur toutes les sections du réseau, moyennant le payement préalable des prix ci-dessous :

	PRIX	
	Pour six mois.	Pour un an.
1re classe	400 francs.	600 francs.
2e classe	300 —	450 —
3e classe	220 —	330 —

En outre du prix de cette carte, il est perçu à chaque voyage la moitié de la taxe correspondant au plein tarif pour le parcours effectué.

Les titulaires de cartes de circulation à demi-place ont droit à une franchise de 50 kilogrammes pour le transport de leurs bagages.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : La créosote dans la phthisie pulmonaire. — II. Revue des Journaux. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

La créosote dans la phthisie pulmonaire.

Il y a quelque dix ans que Bouchard et Gimbert ont fait connaître les bons effets qu'ils obtenaient dans le traitement de la phthisie pulmonaire de l'emploi rationnel de la créosote.

Un grand nombre de praticiens adoptèrent ce mode de traitement, non seulement en France où Hugues et Bravet, Reuss, etc., vinrent confirmer les résultats annoncés, mais aussi à l'étranger où nous voyons, par exemple, Frœntzel, à Berlin, l'utiliser dès 1877 dans son service de la Charité, et Pick, à Coblentz, joindre à la formule des médecins français l'emploi simultané des inhalations créosotées.

Le bruit fait récemment autour de certaines médications de la phthisie ne saurait nous empêcher de recueillir de nouveaux témoignages en faveur d'un mode de traitement qui continue à faire ses preuves. Sans vouloir décourager des tentatives destinées à augmenter nos ressources dans le traitement d'une maladie contre laquelle nous ne serons jamais assez armés, il est bon de rappeler que la question n'est pas à reprendre *de novo*, et que la thérapeutique de la phthisie a sa voie tracée en dehors des excentricités où on voudrait l'engager (1).

I

J. Sommerbrodt, qui paraît avoir adopté le traitement de Bouchard et

(1) J. Sommerbrodt : *Ueber die Behandlung der Lungentuberculose mit Kreosot.* (*Berlin. Klin. Woch.*, 1887, 15, p. 258.) — O. Frœntzel : *Ueber der Gebrauch des Kreosots bei Lungentuberculose.* (*Deut. med. Woch.*, 1887, 14, p. 277.)

FEUILLETON

CAUSERIE

Nouvelles expériences sur les lavements gazeux.— Un moyen ingénieux de les éviter S. G. D. G. — La renaissance du tubage du larynx dans le croup.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les lavements gazeux, dont on ne parlait plus depuis quelque temps, revient sur l'eau. Chose bizarre, tandis qu'en France on lui reproche de donner des coliques aux malades, en Angleterre et en Amérique on ne lui adresse que des éloges, et, tout récemment, un honorable professeur de clinique médicale de Londres lui consacrait un long article tout à sa louange.

Mais voilà que, coup sur coup, deux communications importantes sont faites à son sujet : l'une à la Société de biologie, par MM. Richet et Hanriot; l'autre à la Société anatomique, par MM. Bergeon et Cornil.

La communication de MM. Richet et Hanriot nous apprend pourquoi les malades ont des coliques dans certains cas et pourquoi ils n'en ont pas dans d'autres. Ils font passer l'air expiré dans un appareil qui les renseigne sur la quantité d'acide carbonique qu'il contient et démontrent dès lors : 1° que lorsque l'opération s'accomplit régulièrement, sans coliques, il y a une concordance parfaite entre la quantité d'acide carbonique expirée et

©BIU Santé

Gimbert, sur les références de Frœntzel, a soumis à la créosote tous les tuberculeux qui se sont présentés à lui depuis neuf ans, et, spécialiste très recherché, il n'en évalue pas le chiffre à moins de 5,000.

Après s'être servi quelque temps du vin créosoté ou de l'huile de foie de morue créosotée, recommandés par les médecins français, il emploie de préférence des capsules de gélatine contenant chacune 0 gr. 05 de créosote et 0 gr. 2 de baume de tolu; non point qu'il ait reconnu aux solutions quelques-uns des inconvénients signalés par Reuss, mais simplement parce que ce mode d'administration est plus pratique, plus agréable et plus économique. Le malade prend une de ces capsules le premier jour, deux le second, il achève la semaine avec 3 capsules, à raison d'une après chaque repas dans une cuillerée d'eau; la deuxième semaine, il en prescrit 4, 5 la troisième, 6 la quatrième. Il est rare qu'on ait à modifier cette façon de faire pour obtenir la tolérance du médicament; on ne rencontre pas, en effet, un sujet sur plusieurs centaines de malades chez lequel les renvois, les vomituritions ou les vomissements obligent d'y renoncer.

Le malade reste donc à 6 capsules par jour pendant deux mois (on a pu aller jusqu'à 9 sans inconvénient); souvent une interruption de quelques semaines est alors nécessaire, puis on reprend la médication jusqu'à achever l'année complète s'il le faut. Un grand nombre de malades ont ainsi pris sans interruption de 600 à 1,200 capsules et l'un d'eux est allé jusqu'à 2,000.

La tolérance au médicament est vite établie; les renvois du début incommodent peu la plupart des malades; tout au plus cet inconvénient persistant peut-il obliger à suspendre pour quelque temps la médication, au bout de quatre à six semaines. On a encore remarqué la tendance à l'exagération du flux menstruel, nécessitant la suppression du médicament aux époques physiologiques. Mais Sommerbrodt n'a pas eu l'occasion d'observer de retentissement fâcheux sur l'intestin ou sur les reins; l'hémoptysie elle-même n'est pas une contre-indication.

Les effets du traitement sont surtout marqués dans les tuberculoses au

---

la quantité injectée; 2° que lorsqu'il y a des coliques, on observe en même temps une diminution de la quantité d'acide carbonique expirée; et on conclut avec raison qu'alors le gaz n'étant plus absorbé par la muqueuse intestinale, gêne mécaniquement l'intestin, qui traduit sa gêne par des coliques.

M. Bergeon avait déjà dit cela, surtout lorsque le gaz contient de l'air atmosphérique, car il n'est pas alors absorbé. La muqueuse intestinale n'est pas d'ailleurs toujours disposée à absorber tout ce qu'on introduit dans l'intestin; on sait très bien que tous les médicaments liquides, pilulaires, etc., que tous les aliments ne sont pas digérés et absorbés; pourquoi n'en serait-il pas de même des gaz? Dans certaines affections du tube digestif ou de ses annexes, par exemple dans la cirrhose du foie, comme M. Bergeon en a rapporté une observation intéressante, le gaz n'est pas du tout absorbé; il sort avec violence et fracas de l'intestin quand on persiste dans l'injection, et s'il ne peut s'échapper, il détermine des douleurs telles que dans cette observation même le malade a été pris de syncope.

Cette impossibilité absolue de l'absorption des gaz par la muqueuse intestinale, démontrée scientifiquement par MM. Richet et Hanriot pour l'acide carbonique administré en lavements, me permet de répondre à une lettre, aussi anonyme que bizarre, qui m'a été adressée il y a quelques mois, et que je n'osais vraiment pas publier à cause de sa tournure un peu rabelaisienne. Mais la science couvre tout, n'est-ce pas Voici donc une copie conforme de la lettre en question :

BIU Santé

début, le catarrhe du sommet, avec légère induration; il est à observer que ce sont les malades les plus jeunes qui sont appelés à bénéficier du traitement dans une plus large mesure.

La toux est un des symptômes les plus rapidement modifiés, non seulement dans les cas où ce résultat peut s'expliquer par une action sur l'hypersécrétion bronchique, mais même lorsque l'expectoration est insignifiante; il en résulte également qu'on peut renoncer dans la majorité des cas aux opiacés et aux narcotiques employés pour combattre ce symptôme incommode. La reprise de l'appétit peut être attribuée dans quelques cas à la suspension de ces derniers agents; mais en général, de même que la diminution de l'expectoration, la disparition de la fièvre, la suppression des sueurs sans quinine ou agaricine, ce sont là des effets immédiats et directs de la créosote.

Il est fréquent de constater une atténuation correspondante des lésions locales du côté du poumon; la tuberculose laryngée est elle-même heureusement modifiée, quoique déjà plus rebelle au traitement. Les conditions sont encore moins favorables lorsqu'il s'agit de la tuberculose intestinale. Du reste, les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'état général est moins compromis et les lésions plus localisées.

Sommerbrodt est convaincu que la créosote est autre chose qu'un médicament symptomatique et qu'elle possède une action spécifique véritable; c'est l'impression qu'il retire d'une pratique extrêmement vaste qui lui a permis de constater des résultats supérieurs à tous ceux que les cures hygiéniques et médicamenteuses de la phthisie lui avaient donnés jusqu'à présent. Il en appelle d'ailleurs aux expériences de Schüller qui a vu rétrocéder la tuberculose expérimentale chez les lapins à la suite d'inhalations créosotées. Il trouve une autre confirmation de cette opinion, en même temps qu'un argument en faveur de la question controversée de l'identité de la scrofule et de la tuberculose, dans ce fait, qu'il a vu disparaître sous l'influence de la créosote des engorgements ganglionnaires considérables

---

Monsieur Simplissime,

Il se fait depuis quelque temps beaucoup de bruit au sujet d'une nouvelle manière de traiter la phthisie au moyen de lavements gazeux composés d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique. Or, vous devez savoir comme moi que les gaz excrétés naturellement du corps par l'anus sont composés en grande partie de ces deux acides gazeux. Or, au lieu de faire pénétrer ces gaz dans l'intestin, à l'aide d'un appareil coûteux, exposé à se détériorer, d'un maniement assez difficile et qui blesse la pudeur, surtout chez les jeunes filles, ne serait-il pas possible de faire prendre aux malades des aliments capables de produire dans l'intestin une grande quantité de gaz? (les haricots, par exemple, etc.) Ces gaz une fois produits, on recommanderait aux malades de s'opposer à leur expulsion par les plus grands efforts, la contraction forcée du sphincter; de cette façon, la muqueuse intestinale les absorberait peu à peu, et le but que se propose la méthode des injections rectales gazeuses serait rempli, avec bien moins de frais, de difficultés et d'ennuis pour les malades.

Je vous donne le moyen pour ce qu'il vaut, désireux de pouvoir contribuer dans la mesure du possible à soulager l'humanité souffrante, et vous prie d'agréer, etc.

Je n'aurais certes pas livré à la publicité cette élucubration carnavalesque si des personnes dignes de foi ne m'avaient affirmé que l'idée leur en était déjà venue, et qu'ils la considéraient comme très logique. Il me suffira, pour la combattre et la renverser, de dire que la composition des gaz intestinaux n'est pas du tout la même que celle du

du cou chez des sujets indemnes en apparence de tuberculose pulmonaire ou laryngée.

II

Le ton général de la communication de Frœntzel est moins enthousiaste, quoiqu'il arrive à des conclusions identiques : c'est qu'il a eu presque exclusivement affaire à une catégorie de malades des plus rebelles à toute médication, la clientèle des hôpitaux.

Frœntzel, qui, nous l'avons dit, a adopté la créosote dès 1877, emploie la formule de Bouchard et Gimbert, en remplaçant le malaga par du xérès ; il en donne deux ou trois cuillerées par jour dans un verre d'eau ; au bout de peu de temps, les malades habitués aux boissons fortes peuvent prendre leurs cuillerées pures. Une grande part est faite aussi au traitement hygiénique des malades en ce qui concerne l'aération, l'alimentation, le vêtement. Ils doivent être séparés des phthisiques avancés, habiter des chambres ensoleillées, bien chauffées, s'il est nécessaire, avec persiennes à ventilateurs, ouvertes jour et nuit ; ils sont bien vêtus, se tiennent les pieds chauds, sont envoyés en plein air le plus souvent possible ; leur alimentation est substantielle et, tous les matins, ils sont soumis à des frictions froides. Quelques-uns, arrivés à un degré d'amaigrissement excessif, reçoivent également l'huile de foie de morue, deux cuillerées par jour au maximum. La créosote joue bien le principal rôle dans ce traitement ; des malades que l'on se borne à soumettre au traitement hygiénique n'en bénéficient que le jour où on y associe le médicament, et d'autre part, si on interrompt celui-ci prématurément, l'amélioration cesse.

Règle générale, les malades restent en observation pendant une ou deux semaines à l'hôpital avant d'être soumis au traitement.

Les cas susceptibles d'être les plus heureusement modifiés par la créosote appartiennent aux phthisies torpides, à lésions stationnaires ou rétrogrades, quelle qu'en soit pour ainsi dire l'étendue, avec peu ou pas de fièvre, peu ou pas de toux, sans complications. Les tuberculeux fébrici-

---

mélange gazeux conseillé par M. Bergeon, et que leur excrétion est plus nécessaire que leur résorption à la santé du corps. D'ailleurs, comme l'ont montré les expériences précédentes, lorsque ces gaz naturels sont en trop grande quantité, c'est qu'ils ne peuvent être absorbés, puisqu'ils produisent des coliques ; ceci dénote donc l'existence d'un état morbide passager de la muqueuse intestinale, et le mieux est de favoriser l'expulsion des gaz qui se comportent comme de véritables corps étrangers.

*
* *

La communication de MM. Bergeon et Cornil, faite à un autre point de vue, a une importance non moins grande. Ces messieurs ont, au mois de juillet dernier, inoculé la tuberculose à six lapins. Deux d'entre eux sont restés à Paris comme témoins, et sont morts, en huit ou dix jours, de tuberculose suraiguë. Les quatre autres furent envoyés à la campagne, près de Lyon : un d'entre eux, gardé comme témoin, mourut quinze jours après, avec de la fièvre, des sueurs nocturnes abondantes et un amaigrissement rapide ; les trois derniers furent soumis deux fois par jour à l'injection rectale de deux litres d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfureuses ; le traitement dura treize jours. L'amélioration fut très rapide, marquée surtout sur un des animaux qui présentait des phénomènes asphyxiques très accentués. Au troisième ou quatrième jour, ces trois lapins avaient repris leur aspect normal ; ils furent renvoyés à Paris, tous bien portants, l'un en novembre, l'autre en janvier, le troisième en avril, et sacrifiés ; mais, malgré leurs apparences de santé, on trouva dans leurs poumons des foyers caséeux contenant

BIU Santé

tants dont la température atteint au moins 38°5, ou qui, au-dessous de ce chiffre, ont de la fièvre en permanence, n'ont rien à attendre du traitement par la créosote; de même, si la quantité des bacilles dépasse le n° 4 de l'échelle de Gaffky; les phthisiques appelés à retirer un certain bénéfice de la créosote ne doivent pas présenter une quantité de bacilles dépassant le n° 3 de cette échelle.

Sous l'influence du traitement, l'état général s'améliore en quelques jours; l'appétit augmente; l'expectoration diminue; la toux, la dyspnée, les points de côté disparaissent peu à peu. La physionomie du phthisique se transforme; sa face se colore; il prend de l'embonpoint; on peut constater tous les huit jours une augmentation notable de poids; en un mois, le malade a repris un minimum de trois à cinq livres, et, chez quelques-uns, cette augmentation a été portée jusqu'à 10 et 15 kilogrammes.

Il est à remarquer que, si le malade ne présente pas une notable augmentation de poids, au moins après un mois, — car il peut y avoir au début certaines oscillations, — c'est qu'il n'y a guère à compter sur la créosote.

Le malade qui, le premier, constate le retour de sa santé et de ses forces, insiste pour retourner incontinent à son travail; l'examen physique confirme d'ailleurs cette impression; les limites de la matité se sont singulièrement restreintes, les craquements ont presque complètement disparu; il arrive, mais rarement, que les bacilles, de plus en plus rares dans les crachats, deviennent introuvables. Le plus souvent, les bacilles restent en même nombre tant que le malade crache, mais c'est l'expectoration même qui ne tarde pas à tarir.

Ce n'est pas, toutefois, dans le milieu hospitalier qu'on peut espérer voir donner tous ses effets à un médicament qui n'est évidemment qu'un élément de la cure. Sur les 400 phthisiques qui passent chaque année à l'hôpital de la Charité, on n'en compte peut-être pas plus de 15 qui en sortent pour reprendre leurs travaux dans des conditions équivalant à un rétablissement définitif.

---

des bacilles. Il est vrai qu'il n'y avait presque pas de granulations jeunes, que quelques-unes, au contraire, étaient crétacées. Les autres organes étaient sains. La persistance des bacilles prouve que les animaux n'étaient pas guéris; mais ces expériences démontrent indiscutablement que la médication sulfureuse rectale transforme des accidents rapides en accidents à marche très lente. La présence des noyaux crétacés fait supposer de plus que, si l'expérience avait duré plus longtemps, tous les tubercules auraient ainsi disparu et que, si la guérison survient, ce sera par ce mécanisme.

*
* *

Rien de nouveau sous le soleil, et *Multa renascuntur quæ jam cecidere*. Encore une occasion de placer cet aphorisme, à propos de la *renaissance* du tubage laryngien appliqué au traitement du croup. Mais ce n'est pas en France qu'elle a lieu, c'est en Amérique; aura-t-elle le même sort que toutes les découvertes françaises, qui périssent étiolées sous l'indifférence publique, parce qu'elles ne sont pas prophètes dans leur pays, et qui nous reviennent de l'étranger, où elles ont été accueillies à bras ouverts, comme des choses merveilleuses et dignes de toute notre admiration?

On se rappelle, en effet, que le tubage du larynx a fait l'objet d'un mémoire de M. Bouchut, lu à l'Académie de médecine en 1858; mais Trousseau l'ayant gratifié d'un éreintement de première classe, comme on disait alors, sous forme de rapport, le tubage de la glotte disparut dans le troisième dessous et fit place à la trachéotomie.

L'idée était bonne cependant, car, entre une opération sanglante, toujours émou-

©BIU Santé

Mais un grand nombre rendus à la vie active pendant la bonne saison viennent chaque hiver reprendre leur traitement à l'hôpital. Tel malade en est, de cette façon, à son sixième traitement par la créosote. Les cas avancés restent rebelles, pour ne pas dire plus, à une médication qui donne les meilleurs résultats dans les lésions unilatérales même avancées du sommet. Rarement le médicament a dû être interrompu parce qu'il déterminait de l'inappétence, des vomissements, de la diarrhée, des douleurs gastriques. La forme sous laquelle il est le mieux accepté est celle qu'ont indiquée Bouchard et Gimbert; les malades se font vite à cette sensation tout d'abord assez désagréable qu'ils comparent à la saveur de certaines bières fortes, à l'odeur de l'asphalte, etc... ; le léger degré d'irritation locale au passage s'atténue facilement en diluant plus ou moins la dose. L'administration sous forme de pilules paraît moins efficace. On peut atteindre à 1 gramme de créosote par jour (cinq grandes cuillerées), quantité double de celle qu'indique la pharmacopée allemande. Dans la clientèle privée, Frœntzel emploie la formule suivante : Créosote, 1 gr.; — teinture de gentiane, 2 gr. 5; — alcool rectifié, 25 gr.; — vin de Xérès, 100 gr.; une petite cuillerée trois fois par jour dans un verre d'eau; la quantité de créosote est portée progressivement, dans cette solution, à 2 et 3 grammes.

Frœntzel rappelle en terminant les essais d'inhalation de créosote qu'il fit infructueusement avec l'aide de Koch et de Gaffky, à la Charité, dans l'hiver de 1882-1883; contrairement à l'opinion de Sommerbrodt, il en a gardé la conviction qu'il est impossible d'arriver à mettre en conflit au sein du poumon la créosote et le bacille ou ses produits, et que les tentatives d'une médication directe par cette voie doivent à jamais rester infructueuses.

R. LONGUET.

REVUE DES JOURNAUX

La nouvelle publication viennoise, intitulée : *Klinische Zeit- und Streitfragen*, dirigée par le professeur Schnitzler et destinée à résumer dans chaque fascicule l'état actuel

vante, à succès douteux, qui laisse une cicatrice visible et désagréable, et une autre qui, sans donner à la vérité plus de succès, n'est pas plus difficile, au contraire, et ne laisse pas de cicatrice, parents et praticiens n'hésiteront pas.

Mais est-elle moins difficile, ou tout au moins accessible à la masse des praticiens? M. O'Dwyer, le rénovateur de la méthode, qui, en honnête homme qu'il est, a rendu à M. Bouchut toute la priorité à laquelle il avait droit, a cherché à améliorer le manuel opératoire, et y a probablement réussi, puisque la méthode a été rapidement adoptée par un grand nombre de médecins américains. La grande difficulté était de trouver une forme de tubes qui leur permît de rester à demeure dans le larynx; cette partie du problème a été heureusement résolue.

Quant aux résultats, ils ne sont pas, d'après les chiffres, meilleurs que ceux de la trachéotomie; ainsi, on donne comme moyenne de succès 29 p. 100; Archambault, dans l'article CROUP du *Dictionnaire encyclopédique*, avait trouvé 30 p. 100 pour la trachéotomie. Mais M. Luc, qui a publié dans le *Bulletin médical* un bon résumé de la question, a fait remarquer que le tubage a été pratiqué avec moins de circonspection qu'on n'en apporte d'ordinaire pour se décider à pratiquer la trachéotomie; que la plupart des opérés étaient des enfants trouvés, placés dans de mauvaises conditions d'hygiène, quelques-uns atteints de diphthérie infectieuse, plusieurs âgés de quelques mois seulement. C'étaient là sans doute autant de circonstances défavorables, et il est permis d'espérer que, lorsque les opérés seront moins mal choisis, le chiffre des guérisons dépassera celui que donne la trachéotomie.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

d'une question médicale à l'ordre du jour, a publié dans son premier numéro un exposé des données bactériologiques acquises. Cet article, remarquable par sa netteté et sa concision, est dû à la plume du professeur Weichselbaum, qui adopte ici la classification provisoire de Hueppe, basée sur le mode de fructification des bactéries. Etudiant séparément les divers saprophytes qui se développent aux dépens des substances privées de vie en produisant les fermentations ou les décompositions, puis les parasites, indifférents ou pathogènes, il passe en revue très sobrement, mais aussi très substantiellement les notions acquises aujourd'hui sur les principales espèces qui intéressent le médecin. Dans un historique succinct, il montre l'hypothèse, émise par Henle en 1840, tranformée en réalité par les recherches de Rayer, de Pollender, et surtout de Pasteur et de Davaine, et il signale la période d'errements qui en Allemagne a précédé les travaux de Klebs et de Koch. Je signale seulement, ici, la valeur trop exclusive accordée par l'auteur à la méthode des cultures solides.

A la suite des chapitres intéressants, concernant entre autres les infections traumatiques, pneumoniques et cholériques, et des chapitres trop écourtés, relatifs aux septicémies expérimentales et notamment à la septicémie des fauves très bien étudiée par Hueppe dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, — l'auteur indique les causes prédisposantes qui tiennent aux conditions d'organisation de la race ou de l'espèce, et celles qui tiennent à l'individu offrant une porte d'entrée spécialement accessible ou non aux microbes, dont la prospérité dépend elle-même : de la quantité des bactéries introduites, de leur virulence, de leur vitalité, de leur âge, de leur forme durable ou seulement végétative et plus facile alors à anéantir, de leur séjour plus ou moins prolongé en dehors de l'organisme, de leur parasitisme étroit ou associé à un saprophytisme plus ou moins large, de leur appropriation plus ou moins aisée aux conditions de température et de nutrition offertes par le milieu envahi, de leur passage préalable à travers des organismes favorables ou non à leur développement.

Dans le chapitre relatif à l'immunité, l'auteur (dont le septicisme à l'égard des vaccinations charbonneuses me semble un peu exagéré) s'attache à la théorie de Metschnikoff, et compare à l'accoutumance expérimentale des amibes pour certains corps étrangers l'accoutumance des leucocytes pour les ptomaïnes spécifiques, dont la sécrétion varierait en raison inverse de l'atténuation des microbes pathogènes. Il ne parle pas du rôle attribué à l'endothélium vasculaire, et il ne signale nulle part la théorie, à peu près ignorée en France, mais déjà connue en Allemagne, qu'Ehrlich formule à la fin de son étude sur le besoin d'oxygène.

En terminant cet exposé, M. Weichselbaum exprime l'espoir de voir se réaliser prochainement l'antisepsie médicale; ce serait ici le lieu, il me semble, de rappeler la difficulté signalée par le professeur Peter, qui a fait ressortir avec raison la différence du but visé par le chirurgien cherchant à empêcher l'envahissement d'un organisme sain par les bactéries extérieures, et du but visé par le médecin cherchant à anéantir dans un organisme malade l'ennemi déjà plus ou moins solidement installé dans la place.

Dans le second fascicule, où il résume d'une manière à la fois succincte et claire les travaux, presque exclusivement français, relatifs à l'*hypnotisme*, le professeur Obersteiner se rattache à la théorie de l'inhibition résultant de la concentration de l'attention (et par suite aussi de la volonté) qu'on obtient à l'aide des divers procédés d'hypnotisation, et il assimile au premier stade de l'hypnose l'état de simple préoccupation dans lequel une personne normale, absorbée dans un travail quelconque, exécute sans conscience et sans volonté certains actes qui lui sont en réalité suggérés par des circonstances extérieures dont la perception lui échappe. Le rôle de l'aimant dans les phénomènes d'hypnotisme conduit l'auteur à conclure que le sens magnétique, exagéré chez les hypnotisés et les hystériques, existe aussi chez l'individu normal, où ses excitations provoquées par les milieux ambiants s'élaborent, comme les excitations du sens musculaire ou du sens viscéral, pour concourir au fonctionnement général de l'organisme sans parvenir jusqu'à la conscience, et c'est dans l'un des divers organes terminaux périphériques dont l'anatomie n'a pas encore su révéler la tâche physiolo-

gique que l'auteur pense découvrir un jour l'appareil sensoriel préposé à la réception des incitations magnétiques.

Parmi les nombreux ouvrages français signalés dans cette brochure, je suis étonné de ne pas voir citée la thèse de Barth avec laquelle cette revue présente de nombreux points de contact.

Ces deux fascicules, marqués au coin du bon sens et de la sobriété, répondent bien au but énoncé par le directeur de cette publication nouvelle : exposer l'état actuel des questions qui occupent particulièrement aujourd'hui le public médical, et vulgariser les notions acquises en épargnant au médecin praticien les incertitudes et en quelque sorte les oscillations fastidieuses qu'impose à l'esprit la lecture quotidienne des recherches de détail publiées au jour le jour. C'est là ce qui donne un cachet réellement original à cette feuille viennoise, au succès de laquelle nous serons heureux d'applaudir. — Dr G. Schlemmer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. A. Chauveau présente une note de M. V. Galtier, *sur les dangers de l'utilisation des produits, tels que le petit-lait et le fromage, obtenus avec le lait de vaches tuberculeuses.*

« Le lait des vaches phthisiques peut être virulent ; il le devient notamment quand la mamelle est envahie par la tuberculisation ; ce sont là des faits qui se trouvent aujourd'hui bien établis. Certains expérimentateurs affirment avoir constaté la virulence du lait, même sur des bêtes dont la mamelle leur avait paru indemne de lésions ; les plus nombreux pourtant, et je suis de ceux-là, n'ont rencontré la virulence dans le lait qu'autant que la mamelle était déjà devenue tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, comme une tuberculisation commençante de l'organe mammaire est difficile à reconnaître, principalement sur l'animal vivant, on doit considérer comme dangereux le lait de toute vache reconnue phthisique ou soupçonnée de l'être. Dernièrement encore, j'obtenais la tuberculose sur le lapin, avec le lait d'une vache phthisique saisie à l'abattoir et dont la mamelle était légèrement malade, alors que ni le sang, ni le suc des muscles de la même bête ne provoquèrent l'affection.

« Pour mieux faire ressortir toute l'importance qui s'attache, dans la pratique, à considérer et à traiter, comme un produit dangereux, le lait des bêtes phthisiques, j'ai entrepris de démontrer, par des expériences nombreuses et variées, la nocuité des produits qu'on en retire, et notamment du fromage et du petit-lait. Cette étude offre un intérêt évident au point de vue de l'hygiène de l'homme et de celle de certains animaux qu'on nourrit dans les fermes avec le petit-lait provenant de la fabrication des fromages. L'homme ne court-il pas le risque de contracter la tuberculose en mangeant des fromages confectionnés avec le lait de vaches phthisiques ? Les animaux de la ferme, les oiseaux de basse-cour et les animaux de l'espèce porcine, chez lesquels cette maladie n'est point rare, ne la contracteraient-ils pas en se nourrissant des résidus de cette fabrication ?

« Mes expériences ont été faites avec du lait normal, tuberculisé par l'addition d'une certaine quantité de matière morbide provenant tantôt de vaches phthisiques saisies aux abattoirs, tantôt de lapins morts de tuberculose expérimentale. Ce lait a été coagulé ensuite par l'addition d'une suffisante quantité de présure ; c'est avec le fromage et le petit-lait ainsi obtenus que des tentatives de transmission de la tuberculose ont été faites. Les inoculations ont porté sur des cobayes (injection intra-péritonéale) et sur les lapins (injection intra-veineuse). Des parcelles de fromage ont été triturées dans de l'eau stérilisée, et c'est la partie liquide du mélange qui, séparée par décantation ou par filtration, a servi à faire les inoculations ; le petit-lait a été également filtré avant chaque inoculation. J'ai de la sorte inoculé des fromages et des petits-laits dont la préparation remontait à cinq, dix, quinze, vingt, trente jours, etc. ; tous les essais n'ont pas abouti à des résul-

©BIU Santé

tats positifs ; cependant le nombre des cas de transmission indéniable a été assez grand pour établir très nettement la conservation des germes tuberculeux et, partant, la nocuité des produits fabriqués avec le lait qui en contient.

« J'ai obtenu une tuberculose généralisée très authentique chez le cobaye avec des fromages non salés ou salés, datant de cinq jours, de dix, quinze jours, etc., et même de deux mois et dix jours ; dans quelques expériences, la maladie ne s'est déclarée que sur la moitié ou un tiers des sujets ; dans d'autres, qui ne sont pas les plus nombreuses, les résultats ont été négatifs sur tous les sujets, avec des fromages datant deux mois et même de quinze jours seulement. Le petit-lait, séparé du fromage depuis cinq, dix, quinze jours, agité et filtré avant d'être inoculé, a invariablement donné une belle tuberculose aux cobayes, qui résistaient à l'inoculation de ce produit faite à la dose de 2 cc.

« Des résultats semblables ont été obtenus chez le lapin, sur lequel j'ai maintes fois observé, à la suite de mes inoculations, les plus belles lésions de tuberculose généralisée. Ainsi, deux lapins, inoculés avec du petit-lait de deux jours, ont présenté au bout de cinquante jours, quand on les a sacrifiés, d'innombrables lésions de tuberculose sur le poumon, le foie, la rate, les reins, etc. ; le même produit, conservé encore sept et quatorze jours de plus, en tout neuf et seize jours, a également donné la maladie, mais une forme plus lente et moins grave. 4 cc d'un petit-lait provenant de 1 litre de lait normal tuberculisé avec le suc obtenu en exprimant la rate et le poumon d'un lapin mort de tuberculose ont tué le lapin au bout de neuf jours, quand on l'a inoculé cinq jours après l'addition de la présure. 2 cc du même produit, inoculés dix jours plus tard, soit quinze jours après sa séparation, ont encore provoqué une belle tuberculose ; dans l'un comme dans l'autre cas, l'inoculation des lésions des lapins qui avaient reçu le petit-lait a reproduit la maladie sur d'autres. Enfin, divers fromages, datant de cinq, de neuf, de seize et de vingt jours, ont donné au lapin une tuberculose très authentique, dont le germe a pu être cultivé dans des milieux artificiels et être transmis à d'autres animaux.

« La conclusion qui se dégage de mes recherches est la suivante :

« Les germes de tuberculose que le lait des vaches phthisiques renferme sont à redouter, non seulement quand ce produit est utilisé cru et sans transformation pour la consommation de l'homme et l'alimentation des animaux, mais aussi quand il est employé à la fabrication des produits que l'industrie laitière en tire habituellement. Ces germes se conservent dans le lait traité par la présure, dans le fromage, dans le petit-lait et peuvent rendre ces produits dangereux comme l'était le lait d'où on les a tirés. L'homme peut très vraisemblablement s'inoculer des germes de phthisie tuberculeuse en consommant soit du lait cru de vache phthisique, soit du lait caillé, soit du fromage frais, soit du fromage desséché ou salé, soit du petit-lait préparés avec le lait des bêtes tuberculeuses. Les oiseaux de basse-cour et les animaux de l'espèce porcine, pour l'alimentation desquels on utilise dans bien des fermes le petit-lait provenant de la fabrication des fromages, peuvent s'infecter à leur tour quand, parmi les vaches laitières, il s'en trouve qui sont atteintes de tuberculose ; et il n'est point irrationnel de rattacher à cette cause un certain nombre de cas de tuberculose de la poule et du porc. En conséquence, il est rigoureusement indiqué, non seulement d'éloigner de la consommation le lait cru des vaches phthisiques ou suspectes, mais encore de ne pas employer ce produit à la fabrication du fromage et du petit-lait ; il convient de le réserver exclusivement pour l'alimentation des animaux et de le soumettre préalablement à l'ébullition. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mai 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. Elle comprend :

Annaes da Academia de medicina de Rio-Janeiro, VIe série, t. II (1886-87);

Boletim da Academia de medicina de Rio-Janeiro, n°s 12 à 17 (1887);

Le programme du VIe Congrès international d'hygiène et de démographie, qui se tiendra à Vienne (Autriche) du 26 septembre au 2 octobre 1887;

Une brochure intitulée : *Panticosa (Pyrénées espagnoles), ses sources, ses malades*, mémoire présenté au Congrès de Biarritz (1886), par le docteur Antonio Espina y Capo.

Une circulaire de la Société des secrétaires généraux invitant la Société de médecine à participer à un punch de bienvenue, qui sera offert au palais des Sociétés savantes, aux délégués des Sociétés de province, venus à Paris à l'occasion du Congrès des Sociétés savantes tenu à la Sorbonne pendant les fêtes de la Pentecôte. (Adopté.)

Le tome XXIII des *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*.

Correspondance manuscrite : Lettres de remerciements de M. le docteur de Pezzer, nommé membre titulaire, et de M. le docteur Clemente Ferreira, nommé membre correspondant. M. Ferreira envoie à la Société son livre intitulé : *Etudes sur la coqueluche* (Paris, 1887);

Lettre de M. DE RANSE s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. RELIQUET offre une brochure intitulée : *Persistance du canal de Muller; hydronéphrose du rein et de l'uretère droits.*

M. PERRIN, au nom de M. le docteur Thiry (de Bruxelles), membre correspondant, dépose le *Bulletin*, n° 35, des *Annales de la Société d'anatomie pathologique de Bruxelles*, présidée par cet honorable collègue pendant l'année académique 1885-86.

M. PERRIN présente également une brochure contenant les dépositions faites devant la Commission parlementaire, présidée par M. Siegfried, par les délégués de la Société, MM. Dubrisay, de Ranse et Perrin.

M. BOVET offre un mémoire intitulé : *De l'entérite chronique et de son traitement par les eaux minérales de Pougues.*

M. MALIBRAN lit un rapport sur la candidature de M. Berne au titre de membre titulaire. Les conclusions favorables sont adoptées et le vote renvoyé à la prochaine séance.

M. BUDIN donne lecture d'une note *sur un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse*. (Sera publiée.)

— M. ABADIE lit un mémoire intitulé : *Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'orbite*. (Sera publié.)

M. CHRISTIAN : J'ai été frappé des observations que M. Abadie a citées, dans sa communication, d'épilepsies traitées par la trépanation : les opérations ont-elles été suivies de guérison? Il me paraît qu'en dehors des cas où l'épilepsie est consécutive à un traumatisme visible extérieurement (plaie, fracture du crâne), il est bien téméraire d'aller appliquer le trépan pour guérir une maladie dont le siège est douteux.

M. ABADIE : Dans les cas dont j'ai parlé, la guérison durait plusieurs mois.

M. DELASIAUVE : Quand on peut espérer rencontrer un mal localisé, on peut essayer une opération; le difficile est de poser le diagnostic. M. Delasiauve cite plusieurs exemples dans lesquels l'autopsie a révélé des lésions que rien ne faisait soupçonner pendant la vie.

M. DE BEAUVAIS : M. Abadie nous a dit que son opéré était resté aphasique. De quel côté était la tumeur? L'aphasie a-t-elle persisté?

M. ABADIE : La tumeur était à gauche, elle intéressait la base du lobe frontal. Au bout de quelques heures après l'opération, le malade, sous l'influence d'injections d'éther, a repris connaissance; l'aphasie s'est dissipée peu à peu.

M. RICHELOT : Ce ne sont pas seulement les cas d'épilepsie traumatique, avec lésion extérieure visible, qui ont été traités avec succès par la trépanation; on a encore observé des guérisons dans d'autres cas où il n'y avait aucune altération extérieure. Le malade a été guéri ou amélioré, alors même que l'on n'a pas trouvé de lésion; les phénomènes de douleur et de compression disparaissent. E. Bœckel a publié une statis-

©BIU Santé

tique très favorable sous ce rapport, puisque sur 9 cas qu'il a recueillis, il y a eu 8 succès. Avec l'antisepsie, d'ailleurs, le danger de la trépanation est bien diminué.

M. Reliquet : Quel a été le mode d'antisepsie employé?

M. Abadie : La solution de sublimé au 1/2000e.

M. Bouloumié commence la lecture d'un travail sur les *Traitements actuels des glycosuries et diabètes*.

La suite de la discussion de cet important mémoire est renvoyé à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, Baraduc.

FORMULAIRE

Traitement de la goutte. — Jaccoud.

Pendant l'accès de goutte, repos, enveloppement de la jointure dans de la ouate, liniment narcotique quelconque, diète absolue ou mitigée, suivant que l'attaque est fébrile ou apyrétique. Le meilleur aliment est alors le lait. — Entretenir la liberté du ventre sans purger. — Expectation pendant l'attaque de goutte ordinaire ; salicylate de soude (3 grammes par jour), ou vin de colchique à la dose de 4 à 6 grammes dans les 24 heures, lorsque les douleurs sont exceptionnelles ou la durée de l'accès anormale. — Dans l'intervalle des accès, régime mixte plutôt végétal qu'animal ; eau pure pour boisson, ou bien vins blancs ou rouges très légers, coupés d'eau. — Si le traitement hygiénique ne suffit pas à lui seul à débarrasser le malade des diverses manifestations goutteuses, prendre 10 jours par mois, 3 à 4 verres chaque jour, d'un mélange à parties égales de lait et d'eau de Vichy (Source des Célestins). En cas d'insuffisance de cette médication, lui associer le benzoate de lithine, à la dose, de 0,60 centigr. jusqu'à 1 gramme par jour. — Vichy et Carlsbad conviennent aux goutteux robustes, sans lésion cardiaque ; Ems et Royat à ceux qui sont dans de moins bonnes conditions ; Kissingen et Hambourg s'adressent surtout aux désordres articulaires, que les attaques laissent après elles. — Dans le cas de gravelle, les goutteux sont envoyés à Contréxeville et à Evian. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Syphilis inoculée par le rasoir. — Le journal américain, *The american Lancet* (avril 1887), signale deux cas où la syphilis a été inoculée par l'action du rasoir, et il conseille de se raser soi-même ou, plutôt, de laisser pousser sa barbe et de la soigner comme on soigne ses cheveux! Il est probable que des faits de ce genre ont pu contribuer à la décision qui autorise les militaires français à porter toute leur barbe. Cette raison avait été signalée dans un des feuilletons de l'*Union médicale*.

Législation relative a la rage. — Lord Mount-Temple a fait savoir à la Chambre des lords, à Londres, qu'il se propose d'appeler l'attention de l'assemblée sur un projet de législation ayant pour but la prévention de la rage, et de présenter un bill sur ce sujet.

Générosité par l'entremise d'un médecin. — Un client du docteur Forbes (de Philadelphie), dans sa reconnaissance pour les soins qu'il avait reçus de son médecin, a laissé 300,000 francs pour un hôpital au choix de ce dernier! Le docteur Forbes a choisi le *Jefferson medical College Hospital*. (*The amer. Lancet,* avril 1887.)

Meurtre d'un chirurgien a la suite de l'ablation des testicules. — Le docteur Lane rapporte le cas d'un malade qui a tué d'un coup de fusil le chirurgien qui lui avait fait

OBIU Santé

l'opération de la castration. Cependant, l'opération avait été motivée par une maladie incurable des testicules, et avait eu l'assentiment du malade et de ses amis. (*The amer. Lancet*, avril 1887.) Ce fait rappelle le meurtre de Delpech pour une cause analogue, avec cette différence toutefois que Delpech avait révélé, à l'occasion d'un mariage, les conditions de stérilité de son opéré, tandis qu'il n'y a eu aucune indiscrétion dans le cas cité par le docteur Lane. Quoi qu'il en soit, l'influence grave que l'ablation des testicules peut exercer sur l'appareil nerveux central et, par suite, sur la raison, chez les individus à qui la chirurgie est obligée d'enlever ces organes, est une chose très digne de méditation.

Le choléra dans l'Amérique du Sud. — Dans son numéro du 10 mai 1887, l'*Union médicale* a fait connaître la marche favorable du choléra dans la République Argentine, au commencement du mois de février dernier. Des nouvelles plus récentes paraissent moins satisfaisantes. Le *New Orléans med. and surg. Journ.* du mois d'avril 1887 donne les renseignements suivants : L'épidémie se répand dans l'Amérique du Sud, et en s'avançant elle augmente d'intensité. Née à Buenos-Ayres dans la seconde moitié du mois de décembre 1886, elle a traversé la République Argentine et pris pied en Chili. Un télégramme de Panama, du 9 mars, signale les ravages qu'elle exerce dans cet État, et dont le fait suivant peut donner une idée, à savoir, que l'administration « accorde une pension aux familles des personnes qui meurent en donnant des soins aux cholériques. » Les populations de l'Isthme sont très alarmées ; les navires venant de l'Uruguay, de la République Argentine, du Chili et du Pérou ne sont point admis dans les ports de Nicaragua, Honduras et Panama. Si l'épidémie atteint l'Isthme et Mexico, la Nouvelle-Orléans et toute la vallée du Mississipi seront menacées. La rédaction du journal que nous venons de citer reproche à la grande ville Louisianaise de ne prendre aucune précaution. Il est vrai, dit-elle, que l'entrée du fleuve est gardée par le système de quarantaine le plus parfait qui jamais ait été connu. Mais, ajoute-t-elle, les quarantaines n'ont jamais arrêté le choléra, et la Nouvelle-Orléans reste inactive « sur son sol de boue ». Elle pense sans doute, avec raison, que de bonnes mesures d'assainissement sont bien préférables à toutes les quarantaines du monde. — R.

Angleterre. — La reine Victoria accorde officiellement son patronage à l'hôpital français. Elle vient de faire écrire en ce sens au docteur Vintras, médecin en chef de cet établissement. Elle envoie en même temps une généreuse dotation pour la construction des nouveaux bâtiments de l'hôpital français qui seront érigés à Shaftesbury, à proximité du quartier français.

— La Société de neurologie de Londres a choisi le *Brain* pour son organe officiel qui publiera en conséquence le compte rendu des plus importantes discussions de cette assemblée. Le docteur A. de Watteville reste le directeur du journal. — Ch. S.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des fêtes de la PENTECOTE, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 31 Mai 1887.

Hospices civils de Marseille. — M. le docteur Pluyette est nommé chirurgien adjoint et M. le docteur H. Alezais est nommé médecin adjoint.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Truc, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophthalmologique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Note sur le traitement de l'obstruction intestinale. — II. Polaillon : Rapport sur un cas de fibrome compliquant l'accouchement. — III. Bibliothèque : Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié. — IV. Revue des Journaux : Rubéole suivie de rougeole. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Note sur le traitement de l'obstruction intestinale

(*Société de chirurgie, séance du 25 mai*)

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

La discussion qui nous occupe sur le traitement des obstructions intestinales, a pour point de départ les conclusions formulées par M. Verneuil dans la séance du 11 mai dernier. Je n'offenserai pas mes collègues en disant que les difficultés du sujet ont un peu nui à la clarté du débat. Ce qui doit nous consoler, c'est qu'au dernier Congrès des chirurgiens allemands, la divergence des opinions sur les mérites relatifs de la laparotomie et de l'anus artificiel, des grandes et des petites incisions, n'a pas été moindre que parmi nous.

Il y a, sans doute, quelque témérité de ma part à venir opposer aux conclusions de M. Verneuil des conclusions qui s'appuient sur une moins grande expérience. Mais je compte absolument sur l'indulgence de notre excellent maître ; et, d'autre part, il n'est peut-être pas inutile de formuler une opinion que je sais appartenir à plusieurs membres de la Société de chirurgie, bien qu'ils n'aient pas jugé bon de la défendre.

M. Verneuil nous a dit : « Si, en présence d'un obstacle intestinal, vous avez un diagnostic certain, faites la laparotomie quand le diagnostic la commande ; si, au contraire, la cause des accidents vous échappe, contentez-vous de l'anus artificiel ».

Je retournerais volontiers cette double proposition, et je dirais : Si le diagnostic est bien établi, c'est alors que l'anus artificiel peut être choisi, comme opération suffisante. Pour une obstruction par les matières, c'est assez d'évacuer le bout supérieur en attendant la débâcle. Pour une tumeur inopérable, c'est assez de mettre fin à la rétention des matières, en attendant la mort. Mais, si la cause des accidents reste inconnue, n'est-ce pas alors qu'il faut ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle, en triompher si on peut ou se déclarer impuissant? On a tout à gagner, rien à perdre. En pareil cas, l'anus artificiel est une opération de renoncement ; car il faut compter sur une chance heureuse pour que le malade guérisse, et l'expérience prouve qu'il ne guérit pas souvent. La rétention des matières? Elle n'est presque rien dans l'étranglement ; à l'heure où elle serait dangereuse, le malade est mort depuis longtemps ; le vrai péril est dans la compression des parois intestinales, qui amène le collapsus et l'algidité, au besoin la perforation et la péritonite. Voilà l'ennemi qu'on laisse dans la place, quand on ne songe qu'à la circulation des matières.

Ainsi, dans les cas douteux, la laparotomie est le mode d'intervention le plus rationnel, celui qui donne le plus de chances de succès. Cette conclusion, vous le voyez, s'éloigne beaucoup de celle de M. Verneuil ; et pour l'appuyer, je citerai l'observation de M. Verneuil lui-même. Pourquoi

notre excellent maître a-t-il réussi, chez sa malade de Tours, par l'anus artificiel? Parce qu'il est tombé sur une obstruction simple. Et qu'aurait-il fait, s'il l'avait reconnue d'avance? L'anus artificiel. Donc, il a réussi parce qu'il s'est comporté comme s'il avait eu un diagnostic certain. Mais si le hasard l'avait conduit sur un étranglement vrai, que serait-il advenu? La malade serait morte; et alors, M. Verneuil n'aurait-il pas regretté d'avoir reculé devant une laparotomie?

M. Verneuil me répondra : « En faisant de parti pris l'anus artificiel, j'ai des chances pour tomber sur un cas favorable; quand vous faites la laparotomie, vous n'en avez pas plus de guérir votre malade, parce que l'opération est beaucoup plus grave par elle-même. » Sur la gravité de l'opération, il faut bien s'entendre, et nous avons tort de discuter en même temps deux questions très différentes. Il ne s'agit pas, en ce moment, de l'anus iliaque appliqué au cancer du rectum; celui-là est bénin. Il s'agit de l'entérotomie de Nélaton, sur l'intestin grêle; celle-ci, dans les conditions où nous la faisons d'ordinaire, a un pronostic fort sombre. Et si la laparotomie, de son côté, ne donne pas souvent de meilleurs résultats, ce n'est pas qu'avec l'antisepsie elle soit d'une extrême gravité, c'est avant tout parce que nous la faisons trop tard. Nous sommes consultés quand le malade est épuisé, algide, presque mort. J'avoue que, dans de pareilles conditions, l'ouverture du ventre est mal indiquée; autant vaut pratiquer l'anus artificiel, obtenir un premier soulagement, et pour la suite s'en remettre au hasard. Mais quand on arrive à temps, c'est une autre affaire, et la laparotomie reprend ses droits. Dire que, dans les cas douteux, il faut renoncer au traitement radical, n'est-ce pas encourager beaucoup de nos confrères à persister dans les manœuvres dites médicales, c'est-à-dire funestes, auxquelles on soumet presque toujours ces malheureux, manœuvres qui ne sont bonnes qu'à fatiguer l'intestin, irriter le péritoine et laisser passer l'heure où le malade pourrait être sauvé?

Je ne me dissimule pas, Messieurs, qu'une pareille question ne peut se résumer en quelques phrases plus ou moins aphoristiques; j'ai dû, par suite, la présenter sous un jour trop simple et en termes trop absolus. Cette réserve me fera trouver grâce, je l'espère, auprès de ceux de nos collègues dont j'ai combattu l'opinion.

Sur un cas de fibrome compliquant l'accouchement,

Par le docteur Auvard.

Rapport lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 mars 1887.

Par M. Polaillon.

Messieurs,

M. le docteur Auvard vous a présenté, à l'appui de sa candidature, une *Note sur un cas de fibrome compliquant l'accouchement*, note dans laquelle il résume très clairement ce que l'accoucheur doit craindre ou espérer en pareille circonstance.

Voici cette observation :

Mme X..., épouse, il y a deux ans et demi, à l'âge de 24 ans, un Egyptien exilé de son pays pour questions politiques.

Elle devient enceinte au bout d'un an environ; la grossesse évolue normalement.

Le mari, élevé dans les idées orientales, voulait confier l'accouchement à une personne du sexe féminin, la femme était d'un avis contraire. On ne prend une décision

©BIU Santé

que quinze jours avant le terme de la grossesse. L'avis de la femme prédomine, et on me choisit comme accoucheur.

A l'examen que je fais vers le 20 juin 1886 (Mme X... étant alors âgée de 36 ans et rentrant par conséquent dans la classe des primipares âgées) je constate tous les signes d'une grossesse arrivée environ à huit mois et demi. Le fœtus vivant se présente par le siège, le dos à gauche. Et en cherchant la cause de cette présentation vicieuse, je ne tarde pas à découvrir l'existence de trois fibromes, deux petits sans importance insérés sur la paroi antérieure de l'utérus, et un troisième accessible par le toucher occupant le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine.

Voici d'ailleurs la péripétie de la découverte de ce fibrome : En pratiquant le toucher, je cherche d'abord le col utérin que je trouve assez élevé et à gauche. Pensant expliquer la mauvaise situation du fœtus par une viciation pelvienne, je dirige mon doigt vers le promontoire et j'éprouve alors une sensation particulière qui ne m'avait pas frappé au premier abord; je rencontre une tumeur de la grosseur du poing, situé en avant de la concavité sacrée, tumeur molle mais non fluctuante. Une éponge un peu dure et imbibée de liquide introduite dans le rectum à ce niveau aurait assez bien reproduit les sécrétions fournies par ce cas pathologique.

J'essayai de déprimer la tumeur avec le doigt pour voir s'il ne s'agissait pas simplement de matières fécales accumulées dans le rectum. Je tentai de la faire remonter dans la cavité abdominale sans succès. Bref, sans insister sur toute la discussion du diagnostic, j'arrivai à cette conclusion qu'il s'agissait d'un fibrome ramolli (comme c'est la règle sous l'influence de la grossesse), occupant le cul-de-sac postérieur du péritoine et relié à la partie inféro-postérieure de l'utérus par un pédicule dont le point d'implantation exacte était difficile à déterminer.

En présence d'un cas aussi compliqué, je demandai à revoir la malade avant de me prononcer. Rendez-vous fut pris pour trois jours plus tard.

J'avais, en effet, à résoudre la double question du pronostic et de la conduite à tenir, l'un et l'autre embarrassant dans le cas actuel.

Le pronostic varie du tout au tout avec ces fibromes pelviens. La nature semble se jouer en pareil cas des prévisions des accoucheurs les plus expérimentés, ce qui explique la réserve parfois excessive que mettent certains médecins prudents à se prononcer.

Si cette question de pronostic est déjà embarrassante à l'hôpital, on comprend ce qu'elle doit être dans la clientèle de la ville.

L'autre point délicat était celui de la conduite à tenir.

Que fallait-il faire pour la présentation vicieuse? Et que fallait-il faire pour le fibrome pelvien?

Pour la présentation vicieuse, en l'absence de fibrome, il n'y aurait pas eu la moindre hésitation; la version céphalique par manœuvres externes était nettement indiquée. Mais la présence de la tumeur pelvienne changeait les conditions. Si, en effet, la plupart des accoucheurs préfèrent la présentation du sommet dans les rétrécissements osseux du bassin, l'opinion n'est pas encore faite sur la préférence à donner à la présentation du siège ou du sommet dans les cas de fibrome faisant obstacle à l'accouchement.

Quant au traitement à appliquer au fibrome pelvien, il ne pouvait être question ici d'accouchement provoqué, on touchait presque au terme de la grossesse, c'est d'ailleurs là un mode d'intervention tout à fait exceptionnel dans les cas de ce genre. Il n'y avait qu'à attendre l'accouchement spontané, en essayant toutefois dans l'intervalle de réduire la tumeur.

Continuer ces tentatives pendant l'accouchement; en cas d'insuccès, avoir recours soit au forceps, soit à la version, et enfin, comme ressource ultime, faire soit l'embryotomie, soit l'opération césarienne.

Mais je reviens à ma malade et au nouvel examen que je pratiquai sur elle trois jours après le premier. J'eus la confirmation de ce que j'avais d'abord trouvé : Présentation du siège et fibrome pelvien.

Je portai un pronostic réservé, tout en inclinant vers un dénouement favorable, car, à mon dernier examen, si je n'avais pas pu réduire la tumeur, j'avais pu la faire

osciller latéralement, ce qui indiquait une certaine mobilité et laissait espérer la réduction au moment de l'accouchement.

Je fis la version céphalique par manœuvres externes, et maintins la nouvelle présentation à l'aide d'un bandage de corps avec coussins d'ouate latéraux.

Deux fois, ultérieurement, je tentai la réduction du fibrome sans pouvoir l'obtenir.

Le 5 juillet, vers cinq heures du matin, le travail commence. A huit heures, il y a un début de dilatation, la tumeur pelvienne semble remonter et la tête s'abaisser.

Le travail continue lentement. A une heure, le fibrome est complètement remonté, la tête descend dans l'excavation, la dilatation de l'orifice utérin mesure encore 2 centimètres, la poche des eaux est intacte. Le fœtus se présente en O I G A. Par la palpation, on sent le fibrome au niveau de la fosse iliaque droite.

A partir de ce moment, le travail marche normalement, quoique lentement, et l'expulsion a lieu à onze heures du soir spontanément. Fille bien portante pesant 3 kilogrammes environ.

Délivrance normale.

Suites de couches prolongées par le retrait lent de l'utérus et la persistance de l'écoulement sanguin. Rétablissement complet.

Notre confrère limite son sujet aux fibromes du col, c'est-à-dire aux tumeurs qui se trouvent sur la voie que le fœtus doit parcourir pour sortir des organes génitaux, et il leur donne très justement le nom de *fibromes prævia*. Il laisse donc complètement de côté les fibromes des parois, qui n'apportent aucun obstacle à l'expulsion du fœtus, mais prédisposent à un autre accident, la rupture de l'utérus.

M. Auvard divise les fibromes du col en trois classes : les uns s'attachent par un pédicule à la surface interne du col ; les autres sont développés dans une des lèvres du col utérin; les troisièmes sont intra-péritonéaux, attachés par un pédicule à la face externe du col et occupent habituellement le cul-de-sac de Douglas. Quel que soit le siège de la tumeur, les contractions utérines ont pour effet de la pousser dans le vagin au devant de la partie fœtale. Deux phénomènes peuvent alors se produire : tantôt l'obstacle est invincible, et l'opération césarienne devient nécessaire; tantôt la tumeur se déforme, se déplace, puis remonte au-dessus du détroit supérieur de manière à permettre un accouchement naturel.

M. Auvard cite deux faits personnels qui montrent combien le pronostic doit être réservé dans des cas semblables. Etant encore à peine installé comme interne à la Maternité, on amène une femme en travail avec un énorme fibrome remplissant la plus grande partie de l'excavation et situé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Cette femme est examinée par plusieurs personnes. Les différents pronostics sont, en général, très sombres; on attend, et l'accouchement a lieu spontanément dans la soirée. Peu de jours après, on amène une autre femme avec un fibrome à peu près identique au précédent. Mais l'accouchement est impossible. On est obligé de faire l'opération césarienne, et la femme meurt.

La conduite à tenir dans les cas de fibromes du col comporte plusieurs indications. Si la tumeur est pédiculée, couper le pédicule et laisser l'accouchement suivre son cours. Si la tumeur est sessile, ou si elle occupe le cul-de-sac de Douglas, chercher à la repousser au-dessus du détroit supérieur par des pressions faites dans l'intervalle des contractions. Par ce moyen, on réussit quelquefois à débarrasser le petit bassin du fibrome qui l'obstruait. Si on ne peut réduire, attendre; les efforts de la nature produisent quelquefois la réduction que l'accoucheur n'a pu obtenir. Enfin, si l'obstacle persiste, si l'accouchement est impossible, faire l'opération césarienne pour sauver l'enfant et même la mère.

M. Auvard ajoute à ces indications générales celle de faire la version par manœuvres externes, de manière à substituer à une présentation du siège ou de l'épaule, une présentation du sommet. Il n'est pas possible de conclure définitivement, d'après un seul cas observé par M. Auvard, de la valeur de cette indication. Mais nous pensons, avec lui, que la présentation du sommet est beaucoup plus favorable que la présentation du siège dans le cas de fibromes prævia. La tête, dit-il, est moins volumineuse que le siège

©BIU Santé

complet. Elle peut, par conséquent, se glisser plus facilement à côté de la tumeur et amener sa réduction. D'autre part, quelle que soit la cause de dystocie, la présentation du sommet expose moins la vie de l'enfant que celle du siège.

L'observation sur laquelle notre confrère a basé son travail mérite à tous égards de figurer dans nos *Bulletins*.

M. Auvard a été interne des hôpitaux de Paris, et chef de clinique d'accouchements; il est actuellement accoucheur des hôpitaux, Ses titres, ses travaux et sa dignité professionnelle le recommandent à nos suffrages. Votre rapporteur exprime le vœu qu'il fasse bientôt partie de notre Société.

BIBLIOTHÈQUE

DU DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS CHEZ LES FEMMES A BASSIN VICIÉ (Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement prématuré artificiel), par le docteur Felice LA TORRE, membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, etc. — Octave Doin; grand in-8° de 500 pages. Paris, 1887.

Doit-on, avec l'école française (Pajot, Tarnier, Budin, Charpentier, Pinard, etc.), considérer l'accouchement prématuré artificiel, introduit depuis cent trente ans dans la pratique obstétricale, comme un moyen souverain lorsqu'on se trouve en présence de grossesses dans la plupart des bassins rétrécis, ou bien faut-il rejeter cette manœuvre, ainsi que le voudraient Braun, Spiegelberg, Hugenberger, Chiara et ses élèves, c'est-à-dire les écoles allemandes et italiennes?

Les détracteurs de l'accouchement prématuré artificiel, et le professeur Chiara notamment, invoquent, entre autres arguments contre cette méthode, les deux objections suivantes :

1° Les accouchements avant terme sont, chez les femmes affectées de vices de conformation du bassin, plus fréquents que chez les mères bien constituées. La nature rend donc inutile toute intervention précoce.

2° Il y a harmonie entre le bassin et le développement du produit de la conception; en d'autres termes, aux bassins rétrécis correspondent des fœtus plus petits, phénomène providentiel qui rend possible l'accouchement naturel à terme.

Parcourant la littérature obstétricale, notre confrère n'a trouvé qu'opinions contradictoires touchant la marche de la grossesse dans les bassins rétrécis. Parmi les auteurs, il en est qui n'ont jamais soupçonné une pareille influence; d'autres l'ont admise, d'autres l'ont niée.

Il n'y avait plus qu'à interroger les faits.

Or, les recherches statistiques de l'auteur, portant sur les accouchements de tous les hôpitaux de Paris dans ces dernières années, établissent que la moyenne des expulsions fœtales avant terme a été de 25,71 p. 100 chez les femmes à bassin normal, et 22,33 seulement chez les femmes à bassin rétréci, résultats qui portent de sérieux coups au premier argument.

Quant au second, il ne repose pas sur des bases plus solides. On pourrait se demander, en effet, comment l'angustie pelvienne peut entraver l'accroissement du fœtus, alors que celui-ci se développe dans l'abdomen et non dans le bassin; sans compter qu'on oublie le rôle du père qui, de l'avis des auteurs les plus compétents, a une influence prépondérante sur la taille, la stature et les dimensions de l'enfant. Mais de l'importante statistique dressée par M. La Torre, portant sur 3,462 accouchements observés chez 1,325 femmes à bassin rétréci, il ressort que les poids, volume, diamètres céphaliques de ces fœtus à terme ou avant terme développés dans ces cas de sténose pelvienne sont au moins égaux à ceux des produits conçus dans des bassins bien conformés.

Enfin, les résultats de l'expectation dans ces grossesses avec bassins viciés sont détestables. On en peut juger par les chiffres suivants :

Sur 31 cas de grossesses livrées à leur évolution jusqu'au terme normal dans des bas-

©BIU Santé

sins de 8 cent. à 8 cent. 1/2, l'accouchement naturel s'est fait 5 fois! L'intervention est donc venue s'imposer dans la proportion de 85 fois p. 100.

Sur 21 cas analogues, dans des bassins de 8 cent. 1/2 à 9 centimètres, l'expulsion naturelle du fœtus a eu lieu 10 fois. Ce qui donne pour l'intervention forcée à terme la proportion de 52,5 p. 100; ajoutons qu'il a fallu 4 fois recourir à la céphalotripsie, c'est-à-dire sacrifier 4 enfants volontairement.

Donc, intervention fréquente, mortalité fœtale élevée, tel est le bilan de l'expectation usqu'à terme.

Dans la seconde partie de son livre, notre distingué confrère met en relief les résultats de l'accouchement prématuré artificiel avant et après l'introduction, en obstétrique, de l'antisepsie, de la couveuse, du gavage; puis il refait avec précision, et avec des arguments nouveaux, le parallèle de l'opération césarienne et de Porro, de la céphalotripsie et de l'accouchement prématuré artificiel. Les irréfutables déductions et les chiffres de M. La Torre démontrent facilement que c'est l'Ecole française qui est dans le vrai, et que, de toutes les méthodes employées dans les cas de grossesse avec bassins viciés, c'est l'accouchement prématuré artificiel qui donne pour la mère surtout, et aussi pour l'enfant, les meilleurs résultats.

Au reste, l'auteur a résumé lui-même cette seconde partie par les conclusions suivantes :

Pour éviter que les femmes atteintes de rétrécissements du bassin entre 5 1/2 et 9 centimètres soient exposées au moment de l'accouchement à terme à de graves dangers, il faut intervenir prématurément.

Lorsque la femme est avant terme, la meilleure intervention c'est l'accouchement prématuré artificiel.

Aujourd'hui, après l'introduction de l'antisepsie, de la couveuse et du gavage, cette opération ne présente plus aucun inconvénient, toutes les mères sont sauvées, et 88 p. 100 des enfants peuvent sortir vivants de l'hôpital.

La viabilité obstétricale doit être abaissée à six mois.

L'opération césarienne, même modifiée par Sænger, en dépit de ses brillants résultats, ne nous donne pas les succès qu'assure la provocation du travail. Encore moins l'opération de Porro. L'accouchement prématuré est facile à pratiquer et à la portée de tous, tandis que les autres opérations sont très difficiles, peu accessibles à la plupart, embarrassent même des opérateurs expérimentés.

Dans les cas où la femme est à terme, la crâniotomie serait, à la rigueur, préférable.

La mortalité de la céphalotripsie et de la basiotripsie pour les mères est moindre que celle de l'opération césarienne et de Porro, et quand même elle serait plus grande, on ne voit pas survenir chez les femmes qui survivent à la céphalotripsie les graves complications locales et générales observées à la suite des deux autres méthodes opératoires.

Dans les cas de sténoses pelviennes au-dessous de 5 centimètres 1/2, l'avortement étant possible, il serait préférable d'y avoir recours que de laisser la grossesse aller à terme en se proposant de pratiquer alors l'opération césarienne ou la céphalotripsie.

L'avortement étant impossible (âgé trop avancé de la grossesse), on fait ce qu'on peut.

La troisième partie de l'ouvrage comprend le résumé de 419 observations d'accouchement chez des femmes à bassin vicié recueillies dans les registres de la clinique et de l'hôpital de la Charité. Enfin, dans d'immenses tableaux se trouvent consignés les vices de conformation du bassin observés depuis 1867 jusqu'en 1886.

En somme, M. le docteur La Torre, par ses recherches statistiques patientes, par les résultats incontestables et irréfutables qu'il en a tirés, a jeté une vive lumière sur la question qu'il s'était proposé d'élucider. De plus, son livre, grâce à l'innombrable quantité de matériaux et de documents qui s'y trouvent accumulés, sera une mine féconde de renseignements où pourront aller puiser les accoucheurs érudits. — Dr Ch. Schmit.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Rubéole suivie de rougeole. — Le docteur Wolberg (de Varsovie) a relaté dans le *Berl. klin. Woch.* (1886, n° 50) l'observation de trois enfants d'une même famille atteints successivement de rubéole et de rougeole. L'aîné avait traversé, du 24 février au 3 mars 1885, une varicelle légère, et le second, du 13 au 20 mars, une varioloïde. Le 11 avril, l'aîné, âgé de 11 ans, présenta, sans autres symptômes qu'un peu de malaise et une température de 38°, une éruption de rubéole dont il avait recueilli le germe à l'école et qui disparut le lendemain pour le laisser entièrement remis au bout de trois jours. Le 26 avril, c'est-à-dire au de bout de quinze jours, le second fils, âgé de 9 ans, présente une éruption de rubéole un peu plus intense, accompagnée de quelques phénomènes de catarrhe. A peine est-il guéri, que, le 29 avril, sa sœur, âgée de 3 ans et demi, présente un léger catarrhe oculo-nasal et une éruption légère, dont il ne reste pas trace le 1er mai.

Le 3 mai, l'aîné se trouve atteint d'une angine fugace suivie de toux avec râles humides et de fièvre s'élevant à 39°6 ; le 6 mai, apparaît une éruption de rougeole caractéristique, accompagnée de sudamina, qui disparaît le 9 mai, avec une légère desquamation, après avoir suivi sa marche habituelle sans complications, et l'enfant est guéri le 15 mai. — Le 17 mai, le second fils offre une température de 40° et une éruption de rougeole typique qui s'efface le 23 mai, avec une légère desquamation, après s'être accompagnée de catarrhe, et qui laisse l'enfant guéri le 25 mai. — Le dernier enfant, qui le 18 mai avait présenté pendant cinq minutes environ des convulsions à la face suivies d'un accès de fièvre de 39° et de symptômes bronchitiques, n'offrit que le 22 mai une éruption de rougeole qui disparut aussi avec une légère desquamation le 24 mai et laissa cette fillette entièrement guérie le 30 mai.

D'après cette observation très nette, la rubéole, — confondue jadis avec la rougeole ou la scarlatine et reconnue aujourd'hui pour un exanthème fébrile spécifique et contagieux à l'égard duquel aucun autre exanthème ne confère d'immunité, — ne préserve pas de la rougeole l'individu qui subit son unique atteinte, suivie quelquefois de rechutes, mais non de récidives véritables. Ces symptômes sont en deux mots ceux de la rougeole, à cette différence près que l'incubation est ici plus longue et l'évolution de l'exanthème plus rapide ; pour la rougeole, le docteur Sévestre estime à huit et neuf jours la durée d'incubation et à treize et quatorze jours la période contagieuse qui commence dès l'incubation. Dans la roséole, au bout de deux et trois semaines d'incubation, brusquement l'exanthème apparaît, après des prodromes insignifiants ou nuls, sous la forme de papules rosées qu'efface momentanément la pression du doigt ; en vingt-quatre heures au plus elles s'étendent du visage au tronc et aux membres sans rester plus de six à huit heures en pleine éruption. La fièvre, souvent nulle, ne dépasse pas 39° et cesse alors à l'apparition des taches qu'accompagne parfois un catarrhe pharyngo-conjonctival léger et fugace. Jusqu'à cette rapide disparition de l'exanthème, généralement sans desquamation, les commémoratifs permettent seuls de poser le diagnostic ; l'absence de catarrhe bronchique chez les enfants exempts de prédisposition particulière autorise un pronostic favorable.

Les observations de rubéole sont particulièrement fréquentes en Russie, et je me rappele avoir traversé, à Saint-Pétersbourg, une épidémie pendant laquelle ma cousine, ma sœur et moi, nous avons présenté une série de phénomènes tout à fait comparables à ceux de l'observation précédente, avec cette seule différence que la rubéole a été alors postérieure à la rougeole. — Dr G. Schlemmer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Napias, pour la section d'hygiène et de médecine légale;

2° Une lettre de M. le professeur Damaschino réclamant, au nom de M. Clado et au sien, la priorité de la découverte du bacille de la diarrhée verte des enfants à la mamelle.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 17 mai dernier, M. Hayem a signalé la découverte d'un *microbe* spécial que M. Lesage, son interne, aurait constaté dans les selles des très jeunes enfants atteints de *diarrhée verte*, et il considère ce bacille comme l'agent de contagion de cette maladie.

Dans une lettre adressée à l'Académie, M. Damaschino, au nom de M. Clado et au sien, réclame la priorité de cette découverte : il y a plus de deux ans (le 6 décembre 1884), ces observateurs ont présenté une longue note sur les *microbes en bâtonnets de la diarrhée infantile* avec préparations microscopiques et micro-photographies à l'appui. Dans ce travail (voy. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1884, p. 676), ce *bacille intestinal* est décrit avec ses caractères distincts: le nombre en est considérable, proportionné aux diverses périodes de la maladie, il décroît à mesure que la diarrhée diminue d'intensité et que les selles perdent la teinte verte pour redevenir jaunes.

M. Hayem répond que les recherches de MM. Damaschino et Clado n'ont porté que sur la morphologie du bacille de la diarrhée verte des enfants à la mamelle. Il croit devoir maintenir pour son interne, M. Lesage, le mérite d'avoir montré que la coloration de la diarrhée verte est due à ce bacille, de l'avoir isolé, cultivé et inoculé.

M. Villemin dépose sur le bureau une note de M. le docteur Schoull, médecin-aide-major de 1re classe, relative à une *nouvelle aiguille à vacciner*.

M. Tarnier présente, au nom de M. le docteur Crouzat, un volume intitulé : *Manœuvres et opérations de chirurgie obstétricale à l'amphithéâtre*.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Coustan, médecin-major, une brochure intitulée : *La prématuration militaire et le cœur surmené*.

M. Cornil met sous les yeux de ses collègues un nouvel appareil pour l'administration des lavements gazeux dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. le Président déclare une vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de cinq correspondants, dont trois nationaux et deux étrangers.

Au premier tour, M. Mauricet (de Vannes) est élu correspondant national (1re division) par 44 voix sur 65 votants.

Au deuxième tour, M. Bonnet (Ossian), de Rio-Janeiro, est élu correspondant national (1re division) par 39 voix sur 68 votants.

Au troisième tour, M. Surmay (de Ham) est élu correspondant national (2e division) par 48 voix sur 63 votants.

Au quatrième tour, M. Spencer Wells (de Londres) est élu correspondant étranger (2e division) par 36 voix sur 49 votants.

Au cinquième tour, M. Kosloff (de Saint-Pétersbourg) est élu correspondant étranger (2e division) par 46 voix sur 46 votants.

M. le docteur Terrillon lit un travail intitulé : *Quatre observations d'inflammation des annexes de l'utérus (salpingite et ovarite), enlevées par la laparotomie; guérison.*

L'opération dans les quatre cas peut se résumer de la manière suivante :

1° Ouverture du péritoine sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction de trois doigts au moins.

2° Les anses intestinales et l'épiploon qui se présentent dans la plaie sont refoulés en haut au moyen d'une éponge.

3° Le pouce, l'index et le médius introduits dans le bassin d'abord d'un côté, puis de l'autre, en suivant exactement l'extrémité de la corne utérine, permettent de reconnaître facilement une tumeur plus ou moins volumineuse et bosselée, fluctuante ou

BIU Santé

dure, occupant une position variable sur les côtés de l'utérus. En la contournant avec les doigts, on a la notion que cette masse irrégulière est libre par une partie de sa surface, celle qui regarde du côté de l'axe du bassin ou seulement mumie de quelques adhérences qui l'unissent à l'intestin. L'autre segment est intimement uni au fond du bassin, à la face postérieure du ligament large ou au pourtour de la partie antérieure du bassin.

Si, avec quelques précautions, les doigts sont insinués entre la tumeur et la paroi du bassin à laquelle elle adhère, on sent bientôt que, par la déchirure des adhérences qui unissent ces parties, la tumeur se détache légèrement.

En continuant cette séparation et en agissant surtout de bas en haut, on arrive à isoler petit à petit toute la masse qui bientôt ne tient plus à l'utérus que par un pédicule qui se continue avec la corne de cet organe. Ce pédicule, d'un volume variable, n'est autre chose que l'origine de la trompe et le ligament de l'ovaire. La tumeur est alors extraite de l'abdomen, et il suffit de poser deux ligatures sur le pédicule pour l'enlever.

Pendant ces manœuvres, la trompe remplie de liquide (sang ou pus) peut se rompre et se déchirer par lambeaux. Il est alors impossible de l'enlever en masse, mais il faut avoir soin de détacher toutes les parcelles et de les enlever autant que possible.

4° La déchirure des adhérences, la rupture de la trompe remplie de sang, de liquide séreux ou quelquefois de pus, nécessitent un nettoyage parfait de la partie profonde du bassin. Pour cela l'emploi des éponges est quelquefois suffisant; mais il est plus avantageux de faire passer dans le bassin une assez grande quantité d'eau tiède filtrée et rendue aseptique par l'ébullition. Celle-ci dilue les caillots, les faits surnager et nettoie facilement toutes les anfractuosités de la cavité pelvienne. Ce nettoyage avec l'eau est indiqué surtout lorsque la trompe ou l'ovaire contenaient du pus ou des liquides altérés.

L'opération se termine par la suture abdominale comme dans toute laparotomie.

L'examen des pièces à l'œil nu et avec le microscope montrent qu'il s'agit ici d'une inflammation de la muqueuse de la trompe utérine, propagée à la suite d'une inflammation semblable de la muqueuse utérine. Cette inflammation a gagné le pavillon, a atteint le péritoine voisin où elle a provoqué une péritonite locale adhésive, d'où viennent les fausses membranes qui unissent la trompe à l'ovaire et les deux organes du péritoine au bassin. L'oblitération de la trompe en est la conséquence. Les trompes peuvent contenir du liquide louche, du sang par hémorrhagie, des villosités de la muqueuse hypertrophiée ou du pus dans certaines circonstances.

Ces lésions rendent compte des phénomènes éprouvés par la malade, accidents péritonéaux localisés, douleurs principalement dans la région des ovaires, métrorrhagies et retentissement grave sur les voies digestives.

Comme ces organes ainsi altérés sont devenus inutiles; comme de plus ils constituent un danger permanent pour les malades, il ne faut pas hésiter à les enlever quand tous les autres moyens de traitement ont échoué. La bénignité relative de la laparotomie et surtout les succès nombreux publiés par Lawson Tait en Angleterre, et beaucoup d'autres chirurgiens américains et allemands, ne laissent aucun doute sur l'efficacité et sur l'innocuité ordinaire de cette opération.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Duplay et Cornil, rapporteur.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale. — Suture secondaire du nerf médian. — Pyo-salpingite.

M. Desprès croit devoir renchérir sur les déclarations faites par M. Trélat au cours de la discussion relativement à la possibilité, dans la plupart des cas, d'établir le

diagnostic de la cause de l'obstruction. Suivant lui, non seulement ce diagnostic est possible, mais encore il est facile quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. M. Desprès s'appuie, pour formuler cette opinion, sur sa propre expérience. Toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un malade pris subitement de phénomènes qui rappellent les symptômes de la hernie étranglée, il fait sans hésitation et d'emblée le diagnostic d'étranglement par bride. L'invagination, au dire de M. Desprès, ne cause pas d'obstruction.

M. Marc Sée a donné des soins à un malade qui, pris en voyage d'accidents d'obstruction intestinale, avait été traité, en arrivant à Paris, par les purgatifs, par les injections forcées gazeuses, etc., le tout sans résultat. Entré à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Labbé, il fut soumis de nouveau à l'emploi des mêmes moyens, puis, sur le conseil de M. le professeur Hardy, à l'action des courants électriques par M. le docteur Boudet (de Paris), sans plus de succès. Appelé en consultation par MM. Labbé et Hardy, M. Marc Sée se trouva en présence d'un jeune homme amaigri, ayant le ventre ballonné, en proie à des douleurs intestinales violentes, mais n'ayant ni vomissements, ni fièvre.

En l'absence de ces deux derniers symptômes, M. Marc Sée jugea que l'on pouvait encore attendre et surseoir à l'opération. Il conseilla et pratiqua des injections forcées au moyen d'un long tube de caoutchouc introduit petit à petit dans le rectum et aussi haut que possible. Au bout de quelques jours, tout phénomène d'obstruction avait disparu. La constipation n'avait pas duré moins de quarante-deux jours.

M. Marc Sée conclut de ce fait qu'il y a des cas où il convient de ne pas se hâter d'opérer. Quand il n'existe ni vomissements ni fièvre, il est permis d'attendre; on peut d'ailleurs pratiquer sur l'intestin distendu des ponctions avec un trocart fin qui, en donnant issue aux gaz, soulagent beaucoup le malade.

M. Le Dentu, relativement à la cœcotomie, fait remarquer à M. Verneuil qu'il n'a peut-être pas établi une distinction suffisante entre les diverses espèces d'obstruction intestinale, par exemple entre l'état aigu, l'état subaigu ou intermittent, et l'état chronique dépendant d'une lésion organique de l'intestin. Si l'on a affaire à un cancer du rectum bien constaté, on n'a à se préoccuper que d'établir l'anus contre-nature le plus près possible du néoplasme. Dans ce cas, il convient de choisir l'S iliaque.

Mais comme la question du diagnostic, quoi qu'en ait dit M. Desprès, est toujours extrêmement difficile à résoudre quand il s'agit d'un étranglement aigu ou subaigu, ne datant pas de plus de dix ou quinze jours, et quand il n'est pas possible de déterminer le siège de la lésion, il convient de faire la cœcotomie. Il en est de même, si l'on a quelque raison de soupçonner que le siège de l'obstacle se trouve sur un point élevé du gros intestin. La cœcotomie est une opération plus difficile que l'anus iliaque; cependant jamais M. Le Dentu n'a éprouvé de sérieuses difficultés à attirer le cœcum vers l'ouverture de la paroi abdominale.

M. Richelot lit une *Note sur le traitement de l'obstruction intestinale*. (Voir p. 837.)

M. Verneuil, répondant à M. Sée, qui semble vouloir établir comme règle la temporisation à outrance, fait remarquer que cette conduite ne saurait être d'une application générale. En outre, la ponction intestinale, recommandée par M. Sée, est loin d'être inoffensive, et elle est fort peu efficace. C'est à peine si l'on réussit de la sorte à vider quelques centimètres d'intestin. On peut bien employer cette petite opération jusqu'au cinquième, sixième ou septième jour, mais, après ce temps, on doit y renoncer complètement.

A ceux qui trouvent que l'entérostomie constitue une opération dangereuse, M. Verneuil oppose les trois cas dans lesquels il l'a pratiquée avec succès. L'opération s'est montrée à la fois bénigne et efficace. La laparotomie, au contraire, ne lui a donné que des résultats lamentables.

Quant à la cœcotomie, M. Verneuil a dit déjà les raisons pour lesquelles il donne la préférence à la colotomie : 1° difficulté plus grande de l'opération; 2° soins de propreté rendus à peu près impossibles, à cause de l'état liquide des matières qui sortent par

©BIU Santé

l'anus cœcal; 3° suppression du rôle physiologique du gros intestin au point de vue de la nutrition; 4° difficulté extrême de faire la vidange du gros intestin.

Cependant, M. Verneuil accorde à M. Le Dentu qu'il est des cas où la cœcotomie peut et doit être pratiquée.

— M. Polaillon communique une observation de suture secondaire des nerfs médian et cubital, suivie du retour immédiat de la sensibilité dans la zone de distribution de ces nerfs.

Il s'agit d'une jeune fille que M. Polaillon a présentée à la Société le 13 mars dernier; deux ans après la suture primitive des deux nerfs, la sensibilité n'avait pas reparu.

M. Polaillon a fait la suture secondaire et a obtenu le retour immédiat de la sensibilité perdue depuis plus de deux ans.

M. Reclus fait remarquer que le fait de M. Polaillon constitue une sorte de paradoxe physiologique, puisqu'il est généralement admis aujourd'hui, de par les données de l'expérimentation et de l'observation histologique, que le bout périphérique des nerfs sectionnés dégénère et s'atrophie; c'est donc un bout mort que l'on unit à un bout vivant lorsqu'on fait la suture nerveuse. Si l'on admet la transmission de l'action nerveuse à travers les bouts des nerfs divisés et suturés, il faut admettre que cette transmission se fait par l'intermédiaire du tissu fibreux, car le tissu qui unit les deux bouts d'un nerf divisé et suturé n'est pas autre chose.

M. Polaillon répond que le bout périphérique du nerf divisé et suturé, complètement ou incomplètement régénéré, reprend sa neurilité du moment où les tubes des deux bouts sont mis en contact.

— M. Terrillon communique une pièce anatomo-pathologique provenant d'une femme à laquelle il a pratiqué avec succès l'ablation des ovaires et des trompes pour une pyosalpingite double. — A. T.

FORMULAIRE

Pommade de Wilkinson modifiée. — Hébra.

Fleur de soufre	ää	36 grammes.
Huile de hêtre ou huile de cade		
Axonge	ää	100 —
Savon noir		
Craie préparée		24 —

F. s. a. une pommade que l'on prescrit aux enfants atteints de lichen polymorphe ferox. Elle produit d'ordinaire, au bout de trois au quatre jours, un soulagement très prononcé. — On peut conseiller en outre des bains sulfureux faibles, dans chacun desquels on dissout 15 à 30 grammes de sulfure de potassium et 200 à 250 grammes de gélatine. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Suisse. — Les médecins dont les noms suivent viennent d'être désignés pour représenter la Suisse aux différents Congrès médicaux de cette année :

Pour le Congrès de Washington, ont été choisis le professeur Kocher (de Berne) et le docteur Bauga (de Chicago).

Pour le Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne : M. Millet, directeur du bureau de statistique; le docteur Souderegger, président de la Commission des médecins suisses; le docteur Guillaume, directeur pénitentiaire à Neuchatel, et le docteur Schuler, inspecteur des fabriques.

Russie. — On avait l'intention, à Saint-Pétersbourg, d'instituer une station sanitaire

qui, comme notre laboratoire municipal de Paris, serait chargée de l'analyse des produits alimentaires vendus dans la ville : cependant la délégation du Conseil municipal a trouvé que ce projet était un peu prématuré. Le Conseil municipal va trancher sous peu la question. La station sanitaire, d'après les clauses du projet, devra être installée dans un local situé aux Halles centrales.

— Au lieu de la Faculté de médecine pour les femmes qui devait primitivement être créée, on se bornera à instituer, pour les étudiantes en médecine russes, cinq cours spéciaux dont quatre théoriques et un pratique.

Japon. — L'Institut impérial de Tokio possède une chaire occupée par un ingénieur sanitaire. K. Burton, ingénieur de l'Association sanitaire de Londres, vient d'être désigné pour y faire le cours d'hygiène.

Belgique. — Le gouvernement a chargé les docteurs Grandjean, de Bruyn et Peeters d'étudier la méthode d'inoculations antirabiques de Pasteur et de faire un rapport sur l'opportunité d'instituer, à Bruxelles, un Institut analogue à celui que dirige le savant français. Les conclusions du rapport ne sont pas favorables à ce projet. — Ch. S.

COURRIER

Erratum. — Dans le dernier numéro, page 835, première et seconde lignes, au lieu de : « Sur 9 cas qu'il a recueillis, il y a eu 8 succès », lire : « Sur 9 malades qu'il a opérés, il a eu 9 succès ».

Comité de l'Institut Pasteur. — Une réunion a eu lieu, sous la présidence de l'amiral Jurien de la Gravière, le 21 mai.

Les statuts ont été approuvés. Le Comité a ensuite procédé à l'élection de cinq membres destinés à compléter le chiffre légal de trente membres dont doit se composer le Comité de toute Société qui veut être reconnue, et à remplir aussi les vides causés par la mort de MM. Paul Bert, Béclard, Gosselin et Vulpian, qui faisaient partie du Comité primitif.

Ont été nommés membres du Comité : MM. Chamberland, chef du laboratoire Pasteur; Valléry-Radot, docteurs Roux, Duclaux et Chauveau.

Dès que le Comité aura constitué son bureau, le décret reconnaissant d'utilité publique l'Institut Pasteur sera soumis à M. Grévy. Les travaux de construction des bâtiments vont prochainement commencer.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour la nomination à six places d'aides d'anatomie, s'est terminé le lundi 23 mai 1887.

Les candidats nommés sont : 1° aides d'anatomie titulaires : MM. Jonesco, Chevalier, Riefel, Lequeux, Regnauld et Rollin ; 2° aides d'anatomie provisoires : MM. Vallat, Reboul et Dumoret.

— A la suite du concours ouvert au mois d'octobre 1886 : « De la sédentarité dans les écoles primaires et secondaires, et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial », la Société française d'hygiène vient de décerner les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — *Ex æquo*, MM. les docteurs Bach (de Paris) et Guillermet (de Chatou).

Médaille d'argent. — M. Rouxel (de Paris).

Médailles de bronze. — M. le docteur Hooghe, de Loochristy-lez-Gand (Belgique), et M. E. Paz (de Paris).

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Henri Issartier, sénateur de la Gironde, décédé le 23 mai 1887, à l'âge de soixante et onze ans.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Le Diberder : Note sur la dégénérescence fibro-graisseuse du placenta. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — III. Nouvelles de l'étranger. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

Paris, le 4 juin 1887.

Le Conseil de surveillance et l'Assemblée générale des actionnaires de l'*Union médicale* ont pensé, conformément aux règles adoptées par la plupart des organes de la presse, qu'il était difficile aux principaux directeurs d'un journal récemment créé de prendre une part active à nos délibérations quotidiennes. C'est pourquoi la composition de notre Comité de rédaction est modifiée à partir de ce jour.

Il va sans dire que cette mesure de simple convenance ne saurait passer, dans l'esprit du Conseil de surveillance et de l'Assemblée générale, pour un acte d'hostilité contre deux estimés confrères qui, pendant plusieurs années, ont rendu à l'*Union médicale* des services qu'elle n'oublie pas.

Note sur la dégénérescence fibro-graisseusse du placenta.

Observation. — Mme F..., âgée de 22 ans, a toujours joui d'une bonne santé; elle est bien constituée et d'un tempérament bien pondéré, sans prédominance d'aucun système.

Son père est mort à 28 ans, subitement pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Sa mère, âgée de 45 ans, a toujours joui d'une bonne santé.

Mme F... s'est mariée, à l'âge de 16 ans et 8 mois, le 15 juin 1880. Son mari, jeune et robuste, n'a jamais été malade. Il n'a jamais été atteint de syphilis.

La première grossesse commence en novembre 1880, année de son mariage. Le 21 juin 1881, elle accouchait d'un enfant mort avec placenta fibro-graisseux. La durée de la grossesse avait été de sept mois environ.

La seconde grossesse commençait en août 1882 et se terminait le 18 mars 1883 encore

FEUILLETON

CAUSERIE

Promenades au Salon.

III

Je demande pardon à M. Lansyer de l'avoir appelé tout le temps Lansger dans mon dernier *Salon;* ce n'est pas moi qui suis coupable, c'est lui, le prote que vous voyez là, et qui ne s'est pas contenté de cette entorse au nom d'un de nos peintres les plus connus; il m'a fait dire encore études de *vue* pour études de *nu,* à propos des *Vainqueurs de Salamine,* et parler de l'*arbre* que M. Duez a placé dans son ciel, au lieu de l'*astre.* J'écris cette fois avec une plume à mettre les adresses sur les colis, et mes lecteurs, avertis par ce préambule, corrigeront d'eux-mêmes les coquilles qui pourraient se glisser à l'avenir dans mes feuilletons. Ils l'ont déjà fait, je n'en doute pas, et peut-être sont-ils plus tolérants que moi pour ces claudications inévitables de l'imprimerie; chez moi, c'est une infirmité : la moindre faute d'impression me fait l'effet d'une fausse note en musique, m'agace les nerfs et me gâte tout un morceau.

Ce qui me gâte le grand salon carré qui est au bout des galeries, à droite, c'est cette *Famille royale de Danemark* qu'expose M. Tuxen. Très belle famille que celle du roi de

©BIU Santé

par un enfant mort et un placenta altéré comme le premier. La grossesse avait duré environ sept mois et demi.

La troisième commence en août 1883 et l'accouchement a lieu le 27 janvier. La durée de la grossesse n'avait été que de six mois.

La quatrième commençait en juillet 1884 et l'accouchement avait lieu le 28 décembre de la même année. La durée de la grossesse n'a été que de cinq mois.

Enfin la cinquième grossesse commençait en juin 1885 pour se terminer le 26 septembre de la même année. La durée de la grossesse a été la plus courte, quatre mois.

Dans tous ces accouchements, les enfants sont venus morts et la dégénérescence du placenta a toujours été la même.

La durée des grossesses, à partir de la troisième, a toujours été de plus en plus courte.

Je dois signaler pour ne rien omettre qu'après sa troisième grossesse, Mme F... a été atteinte d'une arthrite aiguë, qui a été traitée par le salicylate et a laissé un léger bruit de souffle à la fin du premier bruit.

Le dernier fœtus m'a été envoyé avec son placenta dans un bocal rempli d'alcool. Le fœtus était petit, il pesait 140 grammes, sa longueur du vertex aux talons mesurait 14 centimètres. Il était bien conformé. La peau paraissait macérée.

Le cordon régulier, d'un blanc pâle, ne présentait pas de bosselure, il était exsangue. Ses vaisseaux, artères et veine étaient petits, revenus sur eux-mêmes. Leurs parois paraissaient épaissies. Le placenta, complètement exsangue, était aplati, son diamètre de 9 centimètres; sa coloration, parfaitement régulière dans toute son étendue, était d'un blanc légèrement jaune sale.

La dégénérescence était universelle, sans qu'un point différât d'un autre. La face utérine était plate, sans relief des cotylédons. Les sillons qui les séparent étaient à peine marqués. Son tissu consistait en un mélange inextricable de fibres entrecroisées. Ses vaisseaux complètement oblitérés. En somme, c'était l'altération décrite par les auteurs sous la dénomination de placenta fibro-graisseux.

En incisant, je n'ai pas trouvé la teinte rosée indiquée par Robin. Après bien des recherches, ne pouvant trouver la cause de cette dégénérescence ni dans une altération, une contamination du sang, ni dans l'apoplexie placentaire générale ou partielle ou multiple, je pensais qu'elle devait résider dans le tissu propre de l'utérus et j'engageai Mme F... à venir à Lorient.

Le 25 août dernier, elle vint me voir avec son mari. Je l'examinai avec soin. L'utérus

---

Danemark; elle couvre l'Europe de ses alliances, et m'inspire autant de respect que la peinture de M. Tuxen me cause de désagrément. Où donc ai-je déjà vu cette toile? Probablement pas à Copenhague, où je ne suis jamais allé; mais sûrement je l'ai vue quelque part. Ah! attendez! J'y suis. C'est à la foire au pain d'épices, où un musée des souverains, en cire, avait une devanture toute pareille; on attend toujours quelqu'un qui ferait un boniment avec une grande baguette au-dessous du tableau de M. Tuxen.

Les Casselois, dans les marais de Saint-Omer, se rendent à merci au duc Philippe-le-Bon, et reçoivent une forte averse, qui accentue l'allure dramatique de la belle composition de M. Tattegrain. Ces vaincus font pitié, à se courber ainsi sous la pluie et dans la boue, devant le vainqueur qui pardonna leurs rébellions en faisant couper la tête à six d'entre eux seulement; la rafale fait plier les croix aux mains des enfants de chœur et claquer les surplis des gens d'église; Philippe-le-Bon, raide dans son armure et entouré d'une forêt de lances, domine cette triste scène de soumission. L'excellente couleur, le mouvement et l'expression de ce tableau en font un des meilleurs du Salon; et les personnages, par une coïncidence heureuse, se sont mis d'accord avec le nom de leur peintre, car ces pauvres Casselois, tels que nous les voyons, tâtent d'un fameux grain dans leurs marais de Saint-Omer.

Le portrait d'Alexandre Dumas, par M. Bonnat, a été placé sur un pan coupé, près d'une porte, ce qui donne la facilité de le revoir et de l'admirer souvent dans les allées et venues d'une promenade au Salon. L'illustre académien va même au devant des visiteurs, tant il semble sortir de son cadre. Le relief de cette tête, un peu dur peut-être,

©BIU Santé

est bien placé, sans inclinaison ni version. Le col me parut un peu volumineux. Le spéculum me permit de confirmer cette appréciation, et je pus, à travers une déchirure du col, suite des premiers accouchements, percevoir une partie de cavité cervicale; elle était rouge et tuméfiée, il y avait un peu de leuchorrée.

Le lendemain, je pratiquai une cautérisation du col au fer rouge suivie de repos et d'injections chaudes antiseptiques.

Elle me revint au bout de huit jours, et je fis un badigeonnage avec la teinture d'iode sur le col.

En interrogeant Mme F... j'appris que ses règles, non douloureuses avant son mariage, l'étaient devenues depuis pendant les intervalles de ses grossesses. Seulement, depuis trois mois, elles étaient revenues régulièrement trois fois et s'étaient passées sans douleur, sans contractions utérines. Pendant ces trois mois, elle n'avait pas eu de rapports sexuels.

En l'interrogeant sur les phénomènes éprouvés pendant ses grossesses, j'appris qu'après avoir parcouru franchement et normalement les premiers mois, surtout pour les deux premières, elle avait très bien senti les mouvements de l'enfant qui allaient progressivement en augmentant, puis ces mouvements cessaient de s'accroître et allaient au contraire en s'affaiblissant; en même temps elle éprouvait une sensation de pesanteur dans le ventre qui lui semblait dur.

A mesure que les mouvements allaient s'éteignant, la sensation de pesanteur s'accentuait et devenait celle d'une boule dure dont elle sentait le déplacement en se mettant d'un côté sur l'autre, dans la position horizontale.

Les mouvements ayant complètement cessé, elle éprouvait un malaise général, l'haleine devenait fétide et enfin l'accouchement se produisait. Les lochies très peu abondantes étaient à peine teintées, sans caillot.

Mme F... s'est toujours très bien remise; ses suites de couches n'ont jamais été entravées par un accident.

Je n'étendrai pas ce petit travail par l'exposition de ce que contiennent sur ce sujet les auteurs classiques les plus autorisés. J'aborde franchement le problème, dont je cherche la solution. Pour atteindre ce but, je vais rapprocher les données qui précèdent.

D'abord le placenta fibro-graisseux ne se rencontre que chez certaines

---

est d'une puissance remarquable : l'expression est sévère, mais quel superbe morceau de phrénologie que ce portrait, où les circonvolutions cérébrales se voient et se touchent derrière ce large front! Quant au regard, il manque de douceur, et rappelle les moments où Alexandre Dumas n'est pas en veine de tendresse pour les faiblesses humaines. Je gage qu'il avait la physionomie plus aimable et les yeux plus souriants quand il prit la plume pour m'écrire l'intéresante et très aimable lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser, en réponse à ma causerie sur *Francillon*.

A signaler aussi, de M. Truphême, un bon *Portrait de M. le général Perrier, membre de l'Institut*, où la figure si caractérisée du sympathique général est heureusement rendue.

M. Story s'est vu obligé, pour éviter toute confusion avec des faits divers récents, d'intituler son tableau : *Episode des massacres de septembre 1792*, au lieu de l'appeler : *L'Héroïsme de Mlle de Sombreuil*. On sait à quelles erreurs ce titre aurait prêté, une Mlle de Sombreuil moderne s'étant rendue célèbre par des actes d'héroïsme, tels que bris de portes et de vitres, résistance aux agents de l'autorité, et enfin mariage *pour ordre* avec un vieux jardinier des environs de Paris. Il ne s'agit pas de tout cela dans le tableau de M. Story, mais de la première Mlle de Sombreuil, qui sauve son père de l'échafaud en trempant ses lèvres dans un verre rempli du sang des aristocrates. Un extrait de l'*Histoire des Girondins*, de Lamartine, explique cet acte sublime de piété filiale, mieux que le tableau lui-même, dont la composition est un peu mièvre et anodine, peu en rapport par conséquent avec les éléments de cette scène, la sauvage tyrannie des assassins, l'intrépide obéissance de l'héroïne.

femmes, et cette altération se reproduit pendant une série de grossesses successives. Dans le cas présent, nous la constatons cinq fois.

Il faut donc admettre que c'est la même cause qui agit et qu'elle est essentiellement personnelle, idiosyncrasique. De plus, cette cause réside dans l'organe de la gestation.

Le second terme du problème se trouve dans l'altération du placenta; elle est totale, au moins dans le présent cas, elle est régulière, tous les vaissaux sont oblitérés. La dégénérescence porte sur les éléments essentiels dont la fonction, d'abord diminuée, finit par être absolument anéantie. C'est la cessation de la fonction qui entraîne la dégénérescence, et ce d'autant plus sûrement que le placenta n'est qu'un organe de transition. La cause a donc agi d'une manière incessante depuis le commencement de son action, et elle atteint en même temps la totalité de cet organe.

Nous trouvons le troisième terme dans le développement de l'enfant. Son volume a varié suivant la durée de la grossesse. Tous paraissaient bien conformés. Il nous faut donc admettre que la cause qui a arrêté leur développement ne s'est pas produite aux mêmes termes de la gestation. Mais, dès le début de son action, elle n'a point cessé, elle a été permanente jusqu'à l'arrêt complet de la grossesse, jusqu'à la mort de l'enfant.

Nous faisons aussi entrer en ligne de compte la sensation d'une boule dure, mobile dans le ventre.

Enfin, nous ne devons pas omettre les contractions utérines, lors des règles, pendant qu'ont lieu les rapports sexuels, et leur absence pendant la continence.

Tous ces éléments rapprochés conduisent à la solution cherchée. En effet, il ressort de l'analyse qui précède, que la grossesse se développe normalement, pendant un certain nombre de mois qui varie, mais qu'à un certain moment survient la même cause qui atteint les vaisseaux utéro-placentaires par une compression, ou mieux une constriction progressive et constante, qui d'abord diminue leur calibre et finit par arrêter complètement la circulation de la mère au placenta.

M. Sivori a un autre genre de virtuosité que son homonyme le célèbre violoniste; dans *Le Lever de la Bonne*, il nous apprend ce qui se passe le matin dans nos chambres de domestiques, où nous montons rarement. C'est volontairement peu délicat, peu agréable à voir que cette grosse bonne mettant ses bas sur le bord de son lit, avec ses cheveux défaits tombant en mèches disgracieuses sur son cou, et autre chose aussi lui tombant..... sur l'estomac. Malgré ce réalisme voulu, l'idée de M. Sivori est juste, il l'a rendue avec une vérité un peu cynique; mais ce n'est pas la gravelure apparente de ce tableau qu'il faut voir, c'est le lourd réveil de cette grosse fille qui va ensuite peiner et piétiner toute la journée pour nous servir. J'ai cru, du moins, voir cette pensée, ce contraste, dans le tableau de M. Sivori.

***

M. Rochegrosse nous donne cette année deux échantillons assez différents de son talent. Le premier est une *Salomé dansant devant le roi Hérode*, où les attraits d'une composition brillante et soignée sont réunis sur une toute petite toile. Il y a là, sous les pieds de la danseuse, une mosaïque ravissante de dessin et de couleur. Les courtisans qui font tapisserie autour de la salle ont des figures de vieux sémites qui trahissent, avec un peu trop de clarté, les sentiments qui les agitent en présence des déhanchements de Salomé. Mais celle-ci, il faut en convenir, est bien faite pour troubler les spectateurs : son corps est d'une souplesse et d'une pureté exquises, et, pour n'en rien laisser perdre, M. Rochegrosse lui a imaginé un pantalon, oh! mais un pantalon

©BIU Santé

Cet effet est dû à la contracture des fibres utérines.

Cette contracture est mise en évidence chez le sujet qui nous occupe, par la sensation de la boule dure, mobile dans le ventre. Cette contracture est persistante; sa nature la rapproche de celle du tétanos, ce serait une contracture tétanique.

Elle diffère essentiellement des contractions qui produisent l'accouchement et l'avortement.

La susceptibilité de l'utérus à subir cette contracture ne se rencontre que chez certaines femmes. Elle est toute personnelle.

Cette façon d'expliquer l'altération fibro-graisseuse du placenta me paraît non seulement rationnelle, mais je crois qu'elle est la seule qui puisse rendre compte de la dégénérescence restée jusqu'ici inexpliquée.

Ce fait admis, la contracture ouvre le champ à une thérapeutique d'autant plus rationnelle qu'elle saura quel mal elle doit combattre.

Il nous reste à rechercher la cause de cette contracture; il nous faut d'abord admettre la susceptibilité toute personnelle que j'ai déjà signalée.

Cette prédisposition étant admise, il faut faire intervenir une cause déterminante pour la provoquer. Les rapports sexuels qui excitent le col et, par contre, l'utérus sont-ils une cause suffisante? Car il ne faut pas oublier que la contracture ne se produit qu'à une certaine époque de la gestation, époque qui n'a pas toujours été la même.

En admettant qu'il y ait encore insuffisance pour expliquer la cause déterminante de la contracture, j'espère avoir indiqué, sinon démontré, le mécanisme par lequel s'accomplit la dégénérescence placentaire que nous étudions.

Si notre interprétation est fondée, c'est contre ce phénomène qu'il faudra diriger les moyens de traitement. La première indication à remplir sera d'écarter toute excitation sur le col. La seconde sera l'emploi des moyens thérapeutiques les plus propres à prévenir ou à faire cesser la contracture. Ces moyens sont nombreux; le point essentiel était de savoir à quel mal les adresser.

---

qui est une vraie trouvaille. Ces bandelettes d'étoffe mauve tressées autour des jambes en lozanges à larges mailles, sont le minimum du pantalon, et, grâce à ce stratagème, la danseuse de M. Rochegrosse semble parfaitement habillée, quoique n'ayant rien du tout sur elle. Voilà toujours une Salomé qui danse; à part les mérites intrinsèques de celle-ci, elle nous repose des Salomé et des Hérodiade avec l'éternelle tête de saint Jean-Baptiste dans un plat. M. Henner nous entretient encore une fois dans cette tradition; son *Hérodiade*, bien jeune et bien timide pour son sanglant office, est peinte, comme sa *Créole*, de cette couleur à la fois brillante et pâteuse, qui donne aux tableaux de M. Henner un cachet particulier, avec une bonne dose de monotonie.

Dans le second tableau de M. Rochegrosse, *La Curée*, c'est fini de rire, car des plaisirs asiatiques du roi Hérode nous passons au meurtre de César. La salle du Sénat, où César tombe sous les poignards des assassins, est grande et froide, de belles proportions, et fait un cadre imposant à la scène du meurtre. Celle-ci est malheureusement inégale, comme inachevée dans certaines parties : ainsi les têtes de quelques jeunes sénateurs qui sont au second plan dans le groupe des conjurés, ne semblent pas finies; elles sont trop heurtées pour la distance où on les voit; mais quel morceau de premier ordre que la tête de César, son bras et sa main droite, qu'on lui tient appliqués sur les dalles pour l'empêcher de se défendre! Ce seul fragment du tableau de M. Rochegrosse rachète, par sa perfection absolue, les petits défauts qu'on peut trouver ailleurs. Tout au fond, sur les derniers gradins, quelques sénateurs plus âgés se tiennent à l'écart, épouvantés du crime qui se commet sous leurs yeux, et comme dominés par la gran-

©BIU Santé

J'espère avoir été assez heureux pour avoir contribué à élucider un point encore obscur.

Dr Le Diberder (de Lorient).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. de Quatrefages présente une note de M. Raphael Dubois, sous ce titre : *Recherches sur la fonction photogénique.*

« Ce sont les Élatérides lumineux (Pyrophores) qui nous ont fourni les renseignements les plus importants.

« L'examen histologique des organes lumineux nous a montré, d'autre part, qu'ils sont composés d'un tissu adipeux spécial et de parties accessoires empruntées aux systèmes musculaire, trachéen, nerveux et cutané. La connaissance exacte de la structure et de l'organisation de ces parties a permis de se rendre compte expérimentalement des modifications que l'animal lui-même ou les agents extérieurs peuvent faire subir à l'intensité du phénomène lumineux et de déterminer les conditions physiologiques dans lesquelles il prend naissance.

« Les radiations lumineuses naissent au sein même du tissu adipeux, dont le protoplasma subit un mouvement histologique intense. Cette histolyse s'accompagne de la formation de nombreuses granulations caractérisées par une structure, des réactions microchimiques et des propriétés physiques spéciales. Nous les désignons sous le nom de *vacuolides*.

« Nous avons constaté l'existence de ces mêmes granulations et l'identité du processus qui leur donne naissance non seulement chez les Élatérides lumineux et les Lampyrides, aux diverses phases de leur développement, mais encore chez tous les êtres organisés lumineux que nous avons étudiés.

« L'histolyse lumineuse n'a pas toujours lieu dans le même point chez le même animal. Le siège varie souvent avec les diverses phases du développement. Chez les Élatérides adultes, elle est localisée dans trois points distincts au niveau desquels les téguments restent transparents ; mais, chez les larves du premier âge, elle se passe seulement dans un groupe de cellules adipeuses situé entre la tête et le premier anneau. Tous les an-

---

deur de la victime, qui gît là, terrassée par le nombre, mais encore imposante sous la pourpre.

Plus imposante et plus césarienne, assurément, que la silhouette du *Bonaparte, nouveau à l'Ecole de Brienne*, peint par M. Réalier-Dumas. Il se promène seul dans une cour de l'Ecole, comme le veut la légende, et passe devant quelques camarades qui vont lui faire des niches, en sa qualité de nouveau. Il a déjà le regard, la pose et le chapeau du lendemain d'Austerlitz, ce qui est prématuré pour l'année 1779, où nous reporte M. Réalier-Dumas. Ce qui ressort de ce tableau, c'est que l'élève Bonaparte à Brienne était déjà connu de ses condisciples, et dès son entrée, pour son mauvais caractère, et le plus content en regardant cela sera certainement M. Taine.

***

M. Montenard, qui nous avait tant réjouis les années précédentes par ses lumineux paysages de Provence, est moins brillant cette fois-ci. Ce sont les souvenirs d'autrefois qui nous font trouver un peu pâle son grand panneau *Sous les Oliviers, près Toulon;* où est la jolie paysanne qui descendait, l'an dernier, ce chemin rocailleux sous un ciel enflammé et qui vous faisait chaud? Mais M. Montenard a gardé sa vraie note dans les *Environs de l'abbaye de Saint-Queniès*, et c'est bien d'aplomb que le beau soleil de Provence darde ses rayons sur la tête de ces moines en promenade. Le plein air et le coloris de M. Montenard rappellent sans infériorité les meilleures pages de Fromentin,

BIU Santé

neaux du corps portent des points lumineux dans le second âge. Ces larves étaient inconnues avant nos recherches, mais nous avons pu faire éclore des œufs de Pyrophores pondus au laboratoire de Physiologie de la Sorbonne. Chez les Lampyrides, le siège de l'histolyse lumineuse varie également avec les métamorphoses, les sexes et les espèces. Parfois elle envahit tout le corps, qui émet une faible lueur par toute sa surface, comme cela se voit chez la larve du *Lampyris noctiluca* immédiatement après la mue, alors que les nouveaux téguments ne sont pas encore pigmentés.

« Chez certains Podurides, tout le tissu adipeux peut devenir phosphorescent. Pour les Myriapodes phosphorescents l'histolyse lumineuse se produit à certaines époques dans la paroi du tube digestif et les produits de désagrégation des éléments anatomiques peuvent rester lumineux pendant quelques instants après avoir été expulsés par l'anus.

« Les vers de terre et tous les animaux marins phosphorescents, que nous avons observés, nous ont montré, mais dans des régions parfois fort différentes, le même processus protoplasmique.

« Le sang chez les Pyrophores et les Lampyrides est l'excitant le plus direct de la fonction photogénique. Sa pénétration dans les organes lumineux est réglée par le jeu des muscles spéciaux. Ceux-ci obéissent au système nerveux central dans les conditions que nous avons précisées [voir *Élatérides lumineux* (*Mémoires de la Société zoologique de France, 1886*)]. Les trachées interviennent ici, comme dans toutes les autres manifestations vitales actives, qui nécessitent une quantité d'oxygène proportionnelle à leur intensité.

« L'intervention de ces divers systèmes n'est pas indispensable à l'accomplissement du phénomène lumineux, car il a lieu dans l'œuf même avant sa segmentation.

« La réaction qui engendre les radiations lumineuses au sein du protoplasma est en tous points comparable à celle qui transforme le glycogène en sucre dans le tissu hépatique.

« Tout se passe dans la matière protoplasmique photogène, après destruction de la cellule, comme si elle contenait un ferment figuré ou un ferment soluble. Mais les corpuscules (vacuolides) que l'on y rencontre toujours, même après filtration au papier, ne sont pas des éléments hétérogènes, bien qu'ils rappellent par quelques côtés certains micro-organismes. Ils ne sont pas susceptibles de se multiplier ou de donner naissance à d'autres éléments organisés.

« Ils se comportent comme des particules de protoplasma à l'état ultime de division, susceptibles de garder une activité propre pendant un temps variable, suivant les

---

et celles du regretté Guillaumet; pour ma part, je lui demanderais instamment de ne mettre aucune sourdine aux symphonies aériennes auxquelles il nous a habitués.

***

Les personnes qui s'intéressent à l'hygiène dans l'armée verront avec plaisir *La Douche au régiment*, de M. Chaperon. L'effet de ces ablutions n'est pas seulement de rafraîchir et de nettoyer les soldats, mais il s'étend encore sur toute la peinture de M. Chaperon, qui est reluisante et propre comme un cuivre bien fourbi. Cet excès de soin est le seul point faible des tableaux où M. Chaperon se plaît à retracer, avec vérité et bonhomie, les scènes intimes de la vie militaire.

P. DUBRAY.

GLYCÉROLÉ CONTRE LE PRURIT VULVAIRE. — P. Ménière d'Angers.

Oxyde de zinc	6	grammes.
Bromure de potassium	10	—
Extrait de chanvre indien	2	—
Glycérolé d'amidon	30	—

F. s. a. — Les applications de ce glycérolé doivent être précédées de lotions d'eau de tilleul extrêmement chaudes. — Lorsque le prurit vulvaire s'accompagne d'acné, l'auteur prescrit, matin et soir, des applications de savon noir mou, pendant une demi-heure, puis des lotions avec une infusion de thé noir concentrée et aussi chaude que possible.

N. G.

©BIU Santé

conditions de milieu. La substance protoplasmique photogène conserve ses propriétés après avoir été desséchée avec précaution. Toutes les conditions qui favorisent ou entravent l'activité des ferments favorisent ou entravent la réaction photogénique, même après destruction de la cellule.

« L'étude des caractères physiques de la lumière a montré que sa teinte pouvait varier sous l'influence de conditions accessoires particulières ; couleurs des téguments, du sang, etc.

« L'éclat si particulier de la lumière des Pyrophores est dû à la présence dans le sang qui baigne les organes lumineux d'une substance fluorescente qui peut transformer les radiations ultra-violettes en radiations très éclairantes. Nous avons également découvert une substance analogue, mais donnant des radiations lumineuses un peu différentes, chez une espèce de Lucioles exotiques. L'énergie mise en œuvre par les insectes pour produire de la lumière est surtout transformée en radiations de longueur d'onde moyenne. Il y a peu de radiations chimiques et très peu de radiations calorifiques.

« Rien ne peut faire supposer, comme on l'a prétendu (Kœlliker), que l'électricité puisse jouer un rôle quelconque dans la production de la lumière chez les êtres vivants. Quant à la théorie chimique de Radzizewski, elle est en désaccord complet avec les faits observés chez les animaux que nous avons étudiés.

« Les procédés que nous employons actuellement pour nous procurer des lumières artificielles ne peuvent supporter en aucune façon la comparaison avec les moyens mis en œuvre par la nature, tant au point de vue de l'énergie dépensée que sous le rapport des qualités éclairantes de la lumière produite. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire. — *Mort par angine de poitrine sans lésion apparente des coronaires. — Influence des chutes de la pluie sur la recrudescence de la fièvre typhoïde. — Du traitement général de la syphilis.*

M. Féréol lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Vulpian au nom de la Société médicale des hôpitaux. (Applaudissements.)

M. Ball relate l'observation détaillée d'un malade qui a succombé à des accès *d'angine de poitrine sans lésion des artères coronaires.*

Ce malade, âgé de 34 ans, plombier, était vigoureux et solide ; dans ses antécédents héréditaires on note plusieurs cas de tuberculose : ainsi *neuf* frères et sœurs sont morts de tuberculose pulmonaire. — *Personnellement*, ce malade a eu, de l'âge de 12 à 29 ans, trois attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé ; ces accidents se sont accompagnés de manifestations cardiaques et ont déterminé une insuffisance aortique des plus caractérisées. Depuis quelques mois le malade se plaint particulièrement de troubles cardiaques, de vertiges, de malaise.

C'est cinq semaines avant son décès que débuta le premier accès d'angine de poitrine ; le malade venait de faire un violent effort pour soulever un poids assez lourd ; il est pris d'une douleur rétro-sternale angoissante avec irradiations douloureuses dans le bras gauche. Pendant deux minutes, il ne peut ni parler ni respirer. Après un court espace de temps, survient un second accès qui dure plus d'une heure. Dix jours plus tard apparaît une troisième attaque, plus violente. — De nombreux accès d'étouffements surviennent à partir de ce moment, il est facile de les distinguer des accidents angineux ; deux jours avant son entrée à l'hôpital Laennec, le malade est pris d'un crachement abondant de sang noir. Il est d'ailleurs grand fumeur.

A son entrée à l'hôpital (le 7 février), on constate un souffle doux, léger, au deuxième temps et à la base, à peine suffisant pour affirmer l'existence d'une insuffisance aortique. — Pas de souffle à la pointe. — L'auscultation des poumons, faite avec soin, ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire. Pas de dyspnée, 80 respirations.

M. Ball administre 0,25 centigr. de sulfate de spartéine ; quelques jours après, il pres-

©BIU Santé

crit six sangsues aux apophyses mastoïdes à cause de la céphalalgie qui existe. — Le malade est un peu soulagé; mais peu de temps après, le 22 février, le malade est pris d'un nouvel accès *d'angor pectoris* pendant la nuit, et succombe à cinq heures du matin.

M. Ball donne les détails de l'autopsie et présente le cœur sur lequel on constate une hypertrophie considérable du ventricule gauche, il mesure 12 centimètres de longueur.

Les valvules aortiques sont épaissies, présentent des indurations; les sigmoïdes sont insuffisantes. Les orifices des coronaires sont manifestement dilatés; et leur trajet ne paraît présenter aucun rétrécissement. L'aorte est dilatée, mais n'est pas altérée.

Le ventricule droit est très diminué de volume, il contraste par sa minceur avec l'augmentation de volume du ventricule gauche; ses orifices paraissent sains.

Le cœur présente, dans son ensemble, une surcharge graisseuse très accentuée; toutefois l'examen histologique a montré que la striation musculaire était normale. Pas de lésion appréciable du plexus cardiaque.

Il existait en outre des granulations tuberculeuses abondantes aux deux sommets.

M. Ball montre qu'il s'agit d'un cas de mort par angine de poitrine des plus nettes sans rétrécissement des artères coronaires dont l'orifice est au contraire dilaté.

L'aplatissement du cœur droit pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer les accidents observés : par suite de cette diminution de volume, la quantité de sang revenant au ventricule gauche par les veines pulmonaires étant amoindrie, il y aurait eu *ischémie cardiaque*, non par rétrécissement des artères coronaires, mais malgré leur dilatation.

M. Huchard trouve une lacune dans l'autopsie; sans doute l'orifice des artères coronaires est dilaté, mais comme elles n'ont pas été disséquées en entier, rien ne prouve qu'il n'existe pas de rétrécissement en d'autres points; il rappelle un cas de ce genre où il a constaté un rétrécissement des coronaires, bien que leur orifice fût dilaté.

D'ailleurs, quand même on ne trouverait pas de rétrécisssement des coronaires, cette intéressante observation ne viendrait pas à l'encontre des faits qui démontrent la production de l'angine de poitrine par ischémie cardiaque; la meilleure preuve, c'est que M. Ball cherche à expliquer par ce mécanisme la mort de son malade.

D'autre part, il serait exceptionnel que, sur un sujet âgé de 34 ans, il y eût une artério-sclérose très développée. De plus, ce sujet avait des habitudes anciennes de tabagisme.

M. Ball n'a pas disséqué les coronaires dans leur trajet, afin que la pièce anatomique soit intacte et qu'on puisse bien constater la dilatation de l'orifice; mais il réparera cette omisssion volontaire.

M. Huchard relève dans l'observation de M. Ball qu'il a donné 0,25 centig. de sulfate de spartéine; bien qu'on connaisse mal l'action de ce médicament, il est probable qu'il augmente la tension artérielle. Or comme l'angine de poitrine s'accompagne déjà d'augmentation de la pression artérielle, il faut se garder d'employer des médicaments qui ont la même action, comme la digitale, et qui peuvent provoquer un accès d'angine de poitrine. Il est préférable de n'employer que des médicaments qui diminuent la pression artérielle, comme le nitrite d'amyle, l'iodure de potassium, la trinitrine.

M. Guyot ne peut admettre que la digitale ne doit pas être employée chez les angineux. Il rapporte, entre autres, deux observations dans lesquelles ce médicament lui a a donné de bons résultats : chez le premier malade, les accès d'angine de poitrine ne disparurent qu'après l'administration de la digitale. Chez un autre qui ne peut supporter l'iodure de sodium, ce n'est que grâce à la digitale que les accès ont disparu depuis deux mois. M. Guyot s'élève donc contre l'exclusion de la digitale de la thérapeutique des accès d'angine de poitrine.

M. Huchard répond que, pour les angineux comme pour les artério-scléreux, il y a deux périodes qu'il ne faut pas confondre : une première dans laquelle il existe de l'augmentation de la tension artérielle; une deuxième période où il y a diminution de la tension et dans laquelle le malade n'est plus seulement un angineux, mais un car-

©BIU Santé

diaque; M. Huchard n'hésite pas alors à employer la digitale, se rappelant ce que Lassègue disait « des aortiques qui entrent dans la mitralité ». Mais, dans la première période, il n'a recours pour la guérison qu'à des médicaments qui diminuent la tension artérielle.

M. Ball fait observer qu'on ne peut incriminer la spartéine d'avoir produit des accidents chez son malade, puisque les accès d'angine de poitrine étaient survenus avant l'administration du médicament.

— M. Ball présente plusieurs tracés sphygmographiques qui ont été obtenus à l'aide du sphygmographe de Dudgeon (de Londres). Cet instrument, facile à manier, augmente de cinquante fois l'amplitude de la pulsation et donne des tracés beaucoup plus explicites.

— M. Dieulafoy présente, de la part du docteur Guiraud (de Nice), une traduction du livre de Liebermeister.

M. Chantemesse, au nom de M. Chibret et Augieras, présente un travail sur l'*influence de la chute des pluies sur les recrudescences de la fièvre typhoïde.*

Une violente épidémie de fièvre typhoïde a sévi en 1886 à Clermond-Ferrand : l'enquête faite par MM. Brouardel et Chantemesse a montré que la cause de l'épidémie venait de la contamination de l'eau par les matières fécales et les bacilles typhiques.

MM. Chibret et Augieras ont étudié très soigneusement la marche de cette épidémie parmi la garnison de la ville; ils ont pensé que les pluies abondantes avaient pour effet de laver le sol infecté et d'entraîner dans l'eau potable les germes de la fièvre typhoïde; les tables qu'ils ont dressées montrent que, presque toujours, les pluies abondantes étaient suivies, au bout d'un mois environ, d'une recrudescence dans les cas de fièvre typhoïde. Il résulte également de leurs observations que la période d'incubation de la fièvre typhoïde est un peu plus longue qu'on ne l'admet habituellement et qu'elle dure de 30 à 35 jours.

MM. Chibret et Augieras pensent que, dans les conditions présentes où l'eau potable n'est plus souillée par l'eau d'un ruisseau, les chutes de pluie n'amèneront pas toujours la fièvre typhoïde, mais que chaque recrudescence de la maladie sera précédée de pluies abondantes.

— M. Mauriac continue la discussion sur la thérapeutique générale de la syphilis en lisant un travail dans lequel il étudie : 1° l'action préventive et curative du mercure et de l'iodure de potassium; 2° la meilleure manière d'administrer ces médicaments; 3° les époques auxquelles on doit commencer et cesser le traitement.

1° L'action curative du mercure et de l'iodure de potassium contre les accidents syphilitiques n'est plus guère contestée aujourd'hui par personne; ces précieux médicaments, et surtout le mercure, n'ont donné lieu à tant de controverses que parce qu'on confondait dans ces spécifiques l'action curative et l'action préventive.

Si la première est indéniable, il est plus difficile d'apprécier la seconde, c'est-à-dire dans quelle mesure le traitement peut empêcher les accidents spécifiques de se produire. Si le mercure avait une action préventive certaine, bien peu de personnes seraient atteintes d'accidents tertiaires : une première et seule cure sauvegarderait l'avenir; le tertiarisme deviendrait une rareté.

Il n'en est pas ainsi; ne voit-on pas parfois, en effet, les accidents les plus graves survenir en plein traitement? Cette action préventive est donc incomplète; sans doute, on peut supposer avec beaucoup de raison que les accidents qui surviennent auraient été beaucoup plus graves sans le traitement, mais ils peuvent néanmoins se produire malgré lui.

2° Quelle est la meilleure manière d'introduire le mercure dans l'économie?

Tout le monde admet à peu près aujourd'hui que le mercure atténue et abrège les manifestations de la syphilis; on diffère un peu sur les modes d'administration, et l'on emploie trois voies : *a*) la peau et les muqueuses; *b*) le tissu cellulaire; *c*) l'estomac.

a) Les frictions cutanées avec le mercure métallique, l'onguent hydrargyrique, constituent un moyen puissant, utile, lorsqu'on veut agir vite et frapper un grand coup pour

©BIU Santé

empêcher des accidents graves. M. Mauriac l'emploie volontiers dans les syphiloses de l'œil et des centres nerveux, dans les syphilides papulo-squameuses, etc.

Quant aux fumigations hydrargyriques, elles constituent une méthode mixte, méthode *dermo-pulmonaire* qui ne deviendra jamais une méthode usuelle.

b) La méthode *hypodermique* est de date plus récente et jouit actuellement d'un certain crédit dû peut-être à la nouveauté; ses fervents adeptes lui trouvent comme avantages de permettre de doser exactement le médicament employé et d'empêcher les accidents gastro-intestinaux de se produire. M. Mauriac doute fort que cette méthode augmente et varie l'action thérapeutique du mercure, et s'en tient presque toujours à la méthode usuelle qui lui donne de bons résultats. Les essais qu'il a faits de cette méthode lui ont montré que parfois les injections hypodermiques de calomel agissaient avec une rapidité très grande, mais qu'elles n'empêchaient pas les récidives de se produire. Malgré les éloges qu'elle s'est elle-même décernés, cette méthode doit être exceptionnelle.

c) Aussi M. Mauriac préfère-t-il la *voie stomacale*, certain qu'on a exagéré les dangers de cette méthode, les troubles digestifs qu'elle amène, etc.; rarement il a vu une intolérance complète. Il admet cependant que, dans certains cas, elle peut être insuffisante; d'ailleurs, lorsqu'existe la cachexie syphilitique, les injections hypodermiques mercurielles peuvent être nuisibles.

En résumé, la meilleure manière d'introduire le mercure dans l'organisme, la plus usuelle, la plus commode, et celle qui se plie le mieux à toutes les indications, c'est la méthode stomacale.

A quelle époque faut-il commencer et cesser le traitement de la syphilis? Faut-il traiter toutes les syphilis?

Quelques syphiliographes pensent que la virulence ne commence qu'avec le chancre qui débute de 25 à 40 jours après l'infection; ils le considèrent comme un laboratoire où naissent les particules virulentes qui vont se répandre dans l'organisme.

Il est difficile d'admettre que l'incubation chancreuse ne joue pas un rôle préparatoire et que, pendant cette période, l'organisme n'est pas envahi; quoi qu'il en soit, le chancre est l'accident initial, le point de départ des lympho-adénites. L'excision du chancre, faite quelques heures après son apparition, n'a jamais empêché les accidents ultérieurs de survenir; l'échec est, *à fortiori*, plus certain encore quand on tarde à faire cette excision. Quelques observateurs ont pensé que cette excision, si elle ne faisait pas disparaître la syphilis, en diminuait les effets : le fait est loin d'être démontré.

Quoique la syphilis puisse se guérir spontanément dans un certain nombre de cas, il est d'une bonne pratique de toujours la traiter et de commencer le traitement aussitôt qu'il ne reste plus de doute sur la nature de l'accident primitif. Il faut agir dès qu'apparaît ce premier signe de l'intoxication et ne pas attendre que d'autres manifestations se soient produites. Le traitement de la phase primitive est tout aussi logique et tout aussi indiqué que celui des phases consécutives. C'est à tort qu'on a avancé que les manifestations viscérales devenaient plus nombreuses depuis qu'on faisait disparaître rapidement les manifestations cutanées à l'aide du traitement : la vérité, c'est que l'on cherche mieux qu'autrefois et que l'on reconnaît plus facilement ces manifestations viscérales.

Les doses des médicaments doivent varier suivant l'intensité de la maladie; ils doivent être administrés tant que durent les manifestations. Il est en tout cas impossible de donner à l'avance des règles fixes, invariables, tant pour l'administration que pour les doses des médicaments; il faut s'inspirer des circonstances et tenir compte de l'évolution des accidents, sans quoi on pourrait arriver à ce singulier résultat de ne traiter le syphilitique que quand il se porte bien et de cesser le traitement lorsqu'apparaissent de nouvelles manifestations. La durée du traitement doit varier suivant le malade et suivant l'intensité de la maladie qui présente de nombreuses variétés dans la forme, la durée, la succession, l'intensité de ses manifestations. Il est indispensable de suspendre de temps en temps l'administration des spécifiques pour laisser reposer l'organisme et éviter l'accoutumance.

L'iodure de potassium n'a pas suscité contre lui de mouvement de réaction aussi vio-

©BIU Santé

lent que le mercure; il est plus maniable et son emploi s'étend maintenant à des accidents qui ne sont pas de nature spécifique. Il est souvent utile d'associer ces deux précieux médicaments dans certaines formes graves de la syphilis; pour qu'on obtienne de l'iodure de potassium la plénitude de ses effets, il faut souvent l'employer à des doses élevées, en commençant à 1 gramme pour arriver rapidement jusqu'à 4, 6 ou 8 grammes par jour. Il est parfois nécessaire de violenter l'organisme pour qu'il se débarrasse des accidents tertiaires.

Mais il ne faut pas demander à ces médicaments des résultats qu'ils ne peuvent donner; sans doute, ils arrêtent le processus spécifique, mais à la condition que les lésions soient réparables; en un mot, ils guérissent ce qui est atteint, mais ne peuvent créer ce qui est détruit. — P. L. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Italie. — Le scrutin des Facultés universitaires ouvert pour la nomination des membres du Conseil supérieur de l'instruction publique s'est terminé par l'élection du professeur de Giovani (de Padoue).

— Le 9 mai dernier, s'est ouvert à Florence le Congrès de fédération de toutes les Sociétés italiennes d'hygiène. Les deux questions qui ont fait l'objet principal de la discussion de l'assemblée sont : 1° le nouveau code d'hygiène récemment présenté au Sénat et 2° la nécessité de créer un ministère d'hygiène avec traitement plus rémunérateur des médecins sanitaires. — Dr Ch. S.

COURRIER

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique chirurgicale et de chefs de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira le lundi 27 juin 1887, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Péry, bibliothécaire universitaire de Bordeaux (section de médecine et de pharmacie), est promu à la seconde classe.

— M. le docteur Alliez est nommé médecin-adjoint du lycée de Nice, en remplacement de M. le docteur Huillet, appelé à d'autres fonctions.

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons ; 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 lundi 6 juin 1887. — S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, 4, rue Suger, 4, au concierge du cours.

Conférences du docteur Ed. Langlebert. — Dans ces conférences, au nombre de cinq, M. Ed. Langlebert fera connaître les divers modes de traitement qui lui ont le mieux réussi dans sa pratique contre la syphilis et autres maladies spéciales aux organes génito-urinaires.

La première conférence aura lieu le lundi 6 juin, à cinq heures, rue de l'Odéon 10. Les quatre autres les lundis suivants. Admission gratuite.

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; tramways-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Larroque : L'érysipèle et sa contagion. — II. Bibliothèque : Leçons de pathologie interne et de thérapeutique. — III. Revue des Journaux : Traitement chirurgical de la péritonite. — Aphasie traumatique guérie par la trépanation. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

L'érysipèle et sa contagion.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887,

Par M. le docteur Larroque.

Bien que l'Académie de médecine, dans sa séance du 23 juin 1885, ait formulé des conclusions sur la contagion de l'érysipèle, sur sa diminution grâce à l'antisepsie et sur la création de locaux d'isolement, l'érysipèle reste sans cesse à l'ordre du jour. Nous ne voulons pas revenir sur les différents points qui ont soulevé des discussions; notre seul but est d'exposer quelques considérations sur un certain nombre de cas d'érysipèle survenus pendant le cours de nos études, et que nous avons vus soit dans le service de notre excellent maître, M. le docteur Christian, soit ailleurs.

Avant tout, je dirai quelques mots sur le milieu nosocomial où ces faits ont été observés. L'asile de Charenton se divise en trois parties. Sur une hauteur est le manicome des hommes et des femmes. Ces deux services sont indépendants et séparés l'un de l'autre par une cour d'honneur. A gauche sont les hommes, divisés en huit sections; à droite sont les femmes, divisées en onze sections. Au bas de l'asile, et séparé de lui, se trouve un hôpital spécialement affecté à la chirurgie et aux affections aiguës. Dans ces différents services, aucun cas d'érysipèle ne s'était produit depuis longtemps.

Observation I. — Le premier cas survint le 18 janvier 1885, chez un gardien de la 4e division des hommes, Victor R..., âgé de 26 ans. D'une bonne santé, il était sujet depuis quelques années à des érysipèles de la face. L'érysipèle évolua comme à l'ordinaire. Le malade était rétabli à la fin du mois. Il fut soigné dans la 6e division (infirmerie).

Obs. II. — Le deuxième cas survint le 31 janvier chez Victoire D..., démente, âgée de 69 ans, dans la 17e division. L'érysipèle débuta par la piqûre de sangsues qu'on avait appliquées à la suite d'une hémorrhagie cérébrale. Quinze jours après, D... succomba aux suites de l'hémorrhagie cérébrale. Elle était guérie de son érysipèle.

Obs. III. — Léon C..., gardien dans la 2e division, âgé de 42 ans, très vigoureux. Il fut pris d'érysipèle de la face le 9 mars. La maladie suivit sa marche ordinaire, mais donna lieu à beaucoup de fièvre, à du subdélirium, et finit par s'amender vers la fin du mois.

Obs. IV. — Joseph M..., 36 ans, infirmier de la 6e division (infirmerie des hommes), robuste et toujours bien portant. Il fut pris d'érysipèle de la face le 4 avril. La température dépassa 40°. Le 13 avril, il était rétabli.

Obs. V. — *Erysipèle à répétition.* — Oscar-André B..., 45 ans, dément, eut le 13 avril un érysipèle de la face et du cuir chevelu. On vit survenir deux récidives autour de croûtes impétigineuses. Vers la fin du mois de mai, il se rétablit. Ce malade était placé à la 6e division.

Obs. VI. — Anne L..., démente, 69 ans, bien portante, fut prise à la 16e division, le 15 avril, d'un érysipèle de la face qui guérit vers la fin du mois. Un coup reçu sur la partie supérieure de l'œil droit fut le point de départ de l'affection.

BIU Santé

Obs. VII. — Dans la 19e division, Célina C..., 68 ans (mélancolie), bien portante, contracta, le 21 avril, un érysipèle de la face. Elle était guérie dans les premiers jours de mai.

Obs. VIII. — Jacques B..., 80 ans, dément (6e division) à la suite d'une attaque, tombe sur le front le 2 mai. Un érysipèle survint à cet endroit. Trois jours après, il succombait aux suites d'une congestion cérébrale, ainsi que l'a prouvé sa nécropsie.

Obs. IX. — *Erysipèle ambulatoire.* — B..., pharmacien, 65 ans (manie intermittente). Santé assez bonne dans périodes d'accalmie. Affection organique du cœur (insuffisances mitrale et aortique). Placé à la sixième division, il vit survenir un érysipèle qui débuta par les jambes dans les premiers jours de mai. Les membres inférieurs et supérieurs, le tronc furent successivement pris. Un voyage prématuré, l'indocilité du malade aggravèrent l'érysipèle, qui récidiva et devint phlegmoneux. On fit deux incisions sur les parois thoraciques et dix sur la jambe droite. Le malade se rétablit vers la fin du mois de juin. Durant l'affection, on observa un nuage léger d'albumine non rétractile.

Voilà 9 cas bien nets d'érysipèle. Excepté un seul (obs. VIII), dans lequel est survenue une complication, tous les malades ont guéri. Ces 9 cas, si on compte les 2 récidives de l'obs. V et celle de l'obs. IX, peuvent monter au nombre 12. Sauf les obs. VIII et IX, tous sont des érysipèles bénins; 3 sont survenus à la suite de traumatismes bien avérés : obs. II, VI, VIII. — Il y a 3 cas pour le manicome des femmes; le reste appartient aux divisions du service des hommes. Dans l'hôpital, aucun cas ne s'est produit. Cette épidémie a évolué l'hiver et s'est arrêtée vers la bonne saison.

Si l'on examine la façon dont elle s'est propagée, on constate que notre établissement était indemne depuis longtemps, lorsque le premier cas naquit sur place chez les hommes. Aussitôt après, à propos d'un traumatisme, se produit un nouveau cas chez les femmes. Ces deux érysipèles ont pris naissance dans les deux ailes les plus éloignées de l'asile. On ne peut prétendre ici que le contage se soit fait d'un individu à l'autre, par la raison bien simple que le gardien des hommes qui fait le sujet de la première observation n'a pas pénétré dans les divisions des femmes auprès de la malade de l'obs. II. On alléguera peut-être que la contagion a pu se produire par l'intermédiaire des chefs de service, des internes, etc., et dans des conditions qui nous échappent. Cependant, aucun cas n'a surgi dans l'hôpital.

Voici maintenant comment se sont groupés ces différents cas : dans le service des femmes, le premier (obs. II) éclate dans la 17e division; le deuxième (obs. VI) dans la 16e; le troisième (obs. VII) dans la 19e; chez les hommes, le premier (obs Ire) apparaît dans la 4e (ce malade fut transféré à la 6e division); le deuxième (obs. III) dans la 2e; le troisième (obs. IV), le quatrième (obs. V), le cinquième (obs. VIII), le sixième (obs. IX) appartiennent à la 6e division. Ces rapprochements sont à remarquer. On ne voit pas de cas dans les divisions extrêmes. Sur 19 divisions, l'épidémie se cantonne à 6 divisions et, chez les hommes surtout, à la 6e division (infirmerie). Les deux points d'où émanent les autres cas sont situés au centre de chaque service. Le premier naît chez les femmes à la 17e division, c'est la 16e et la 19e qui sont prises ensuite; chez les hommes, le premier surgit à la 4e division (le malade est transféré à la 6e), c'est la 2e division qui est prise, puis tout reste dans la 6e division. La contagion est trop visible pour qu'on ne se rende pas à l'évidence.

La marche de cette affection prouve aussi que nous avons affaire à une

BIU Santé

maladie infectieuse. Dès 1868, Hueter reproduisait l'érysipèle par une piqûre d'épingle. Nepveu retrouva 9 fois le micrococcus pathogène. Wilde, Luckowsky, Bouchard, Orth sont arrivés depuis à des conclusions analogues, et on est aujourd'hui d'accord sur ce point que la contagion de l'érysipèle est due à un micro-organisme. Les preuves surabondent. Fehleisen a injecté à une femme de 58 ans, atteinte de sarcomes multiples de la peau, des micrococci érysipélateux à la quatrième génération de culture et a reproduit un érysipèle à cycle fébrile. Neudorfer a inoculé l'érysipèle avec une seringue de Pravaz dont il s'était servi pour injecter une solution phéniquée dans des plaques érysipélateuses, etc. D'après les travaux de Hueter, Luckowsky, Fehleisen et Cornil, on trouve dans des coupes de fragments de peau érysipélateuse, colorés au violet de méthyl, des microbes ronds associés deux par deux (diplococci) ou en chaînettes sinueuses (streptococci) entre les interstices des faisceaux du derme. On en trouve aussi dans les vaisseaux lymphatiques, dans les cellules adipeuses, dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans le sang, les urines. Ce micro-organisme, entraîné par le torrent circulatoire, va dans le poumon; de là proviennent des congestions, des pneumonies; on le voit dans les méninges, et, si les urines sont albumineuses, on le trouve sur la surface des cellules rénales, sur les cylindres hyalins, dans les vaisseaux du rein, etc.

M. Hervieux, dans un discours assez récent, nous dit que le germe érysipélateux est un élément pathogène banal semblable à celui que l'on trouve dans les inflammations septiques. Le professeur de Bâle, Socin, prétend même que le pus de l'ostéomyélite et ses microcoques blancs et jaunes peuvent provoquer dans nos tissus des suppurations d'aspect clinique différent. Exemple, le cas de M. Grassi qui, inoculé avec le pus d'un phlegmon osseux appliqué sur la peau de son bras, eut un anthrax redoutable. Ces différents microcoques se réuniraient avec ceux de l'érysipèle et formeraient des maladies très graves. Témoin les statistiques de Verneuil (7 morts sur 30 cas), de Gosselin (31 morts sur 133), et les observations de Le Fort, Trélat, etc. Ce dernier a cité deux cas dans lesquels « l'érysipèle se manifesta sur un point du corps qui n'était pas celui sur lequel portait le traumatisme ».

Ces faits font comprendre la coïncidence que l'on observe parfois entre de nombreux cas d'érysipèle et une épidémie puerpérale, des pneumonies des oreillons, etc. Cornil a vu les microcoques de l'érysipèle phlegmoneux, donner naissance, dans une culture sur gélatine, au streptococcus de l'érysipèle et au staphylococcus de l'ostéomyélite : « les deux microbes se sont développés dans la même éprouvette. » L'érysipèle grave n'est donc pas un érysipèle vrai, pur, mais une maladie complexe dans laquelle ces microcoques de l'érysipèle se mêlent avec les bactéries septicémiques inflammatoires. Nous pouvons nous féliciter de n'avoir pas observé ces cas complexes. Chez nos malades, nous n'avons trouvé aucune complication viscérale, et dans nos nombreuses analyses d'urine nous n'avons rien trouvé, excepté pourtant dans notre dernière observation.

Malgré toutes nos recherches nous n'avons rien observé pouvant éclairer la question si délicate de la rechute. On peut donner libre cours aux théories et tirer profit de tout ce qui a été dit à ce sujet dans les séances des 14 et 21 octobre 1885 de la Société de chirurgie. On trouvera, dans son « Essai sur la pathogénie des érysipèles à répétition », que M. Verneuil a développé dans la première de ces séances, une théorie séduisante sur le

germe aérobie de l'érysipèle, et avec cela l'observation d'une malade ayant eu 114 récidives. Nous pourrions citer bon nombre d'observations en faveur de cette théorie, entre autres celles du docteur Giron (d'Aurillac) parues dans l'*Union médicale* du 11 décembre 1886; mais nous préférons nous arrêter. On trouvera dans le IVe volume des mémoires de chirurgie du professeur Verneuil et dans la thèse du docteur Denucé, un grand nombre de faits dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici.

Tout ce que nous venons de dire en faveur de la contagion et des germes de l'érysipèle, nous aide à comprendre les nouvelles médications. La thérapeutique actuelle se résume dans l'emploi *intus et extra* des antipyrétiques et des antiseptiques. Ainsi le docteur Zaleski (de Vienne) conseille les antipyrétiques à l'intérieur et les lotions phéniquées à l'extérieur; pendant la desquamation, il recouvre les parties atteintes d'un masque de graisse ou de glycérine phéniquée à 3 p. 100. M. Haberkorn (*Centralblatt für chirurgie*, 1886, n° 19), une fois l'érysipèle confirmé, a appelé l'attention sur l'action élective des antiseptiques pris à l'intérieur, tels que l'acide salicylique, le calomel, le sublimé et surtout le benzoate de soude. Il a réussi dans 50 cas. Tout récemment, Andeer a employé la résorcine (*Medical chronicle*, octobre 1886) sous forme de compresses imbibées d'une solution forte maintenue en permanence *loco dolenti*. Enfin le professeur Von Winiwarter et le docteur Fraipont (de Liège) viennent de traiter avec succès l'érysipèle par une nouvelle méthode dans laquelle des solutions de sublimé au 3/00e jointes à la gaze iodoformée, au goudron liquide et au pansement humide ou liquide de Buraw, jouent le plus grand rôle.

Chez nos malades, nous avons fait plutôt de l'expectation qu'un véritable traitement. Il est vrai de dire que nous nous trouvions en face de cas bénins, chez des gens la plupart bien portants. Cependant nous avons donné le sulfate de quinine et nous avons employé les solutions phéniquées fortes, lorsque nous nous trouvions en présence de plaies. Dans un cas personnel, tout récent, la méthode du docteur Zaleski semble m'avoir donné un bon résultat. Il s'agissait d'une femme qui allaitait. Il y eut un peu de délire; le thermomètre dépassa 39°; la rate était augmentée de volume; et, chose singulière, on trouva du sucre dans les urines. On administra les antipyrétiques, et l'on fit des applications antiseptiques. Vingt jours après, la malade n'avait plus de sucre, était parfaitement rétablie et reprenait son allaitement.

Psychiatrie. — Neuropathologie. — Parmi les malades qui font le sujet de cette communication, il y avait quelques aliénés; voyons si nous avons observé quelque relation entre l'érysipèle et les maladies mentales et nerveuses. Nos recherches dans le domaine de la littérature psychiatrique n'ont pas été fructueuses. Voici, à ce sujet, les rares faits que nous avons recueillis :

P. Meyran (*Ann. méd. psych.*, 1847, t. X, p. 460), interne de l'asile de Marseille, a rapporté un cas de délire maniaque survenu à la suite d'un érysipèle de la face, guéri sous l'influence d'un autre érysipèle de la même région. Cette observation peut servir à donner plus de confiance et de hardiesse dans la médication révulsive cutanée, dit Meyran.

Baillarger a attiré l'attention sur les céphalalgies dans un travail intitulé : « Influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la produc-

BIU Santé

tion de la paralysie générale ». (*Ann. méd. psych.*, 1849, t. I, 2e série, p. 477.) Il fait entrer comme étiologie l'érysipèle ; cette affection produit de la congestion, des céphalées. Il cite trois observations : dans la première, il y eut cinq érysipèles, le malade était prédisposé aux congestions; le deuxième malade eut à la suite de l'érysipèle des céphalalgies, il était prédisposé à la folie; le troisième faisait des excès de boissons qui sont une cause de la paralysie générale, dit Baillarger.

Dans le répertoire d'observations inédites (*Ann. méd. psych.*, 1860, t. VI, 3e série, p. 495), le docteur Rousseau, médecin de l'asile d'Auxerre, rapporta un cas de manie jugée par une affection substitutive, qui n'est autre qa'un érysipèle.

Une mélancolie grave, d'après le docteur Verga (*Ann. méd, pschy.*, 1886, t. VIII, 4e série, p. 141), fut guérie par un érysipèle du cuir chevelu. Ce n'est pas le premier fait de ce genre, nous dit cet auteur.

Enfin, et nous terminons par là nos citations, le docteur Zenker, à Leubus (*Ann. méd. psych.*, 1878, t. XX, 5e série, p. 129), a observé quatre cas d'érysipèle sur quarante femmes; deux sont mortes. Il a trouvé des bactéries.

Quant à nous, nous pouvons affirmer que l'érysipèle n'a amené aucun changement dans l'état mental da tous nos malades. Chez les sujets qui étaient sains d'esprit, cette affection n'a provoqué que très peu de délire durant la période d'acmé de la maladie; tout a disparu avec la guérison, l'intelligence a repris toute sa lucidité. Dans l'obs. VIII, la mort est survenue chez un dément; nous devons nous demander si c'est l'érysipèle qui a compliqué la situation, ou bien s'il y a là une simple coïncidence. Il nous est impossible de résoudre le problème. Nous sommes encore assez embarrassé dans l'interprétation d'un autre cas d'érysipèle survenu en dehors de notre épidémie, le 22 avril 1886, chez un malade du service de M. le docteur Christian. L'érysipèle débuta par du zona et se limita au côté gauche de la face; il fut hémifacial et gagna les voies respiratoires. Il survint de la gangrène autour des vésicules de zona. Ce malade succomba. De tout ceci on peut conclure qu'une fois de plus l'influence de l'érysipèle sur les maladies mentales reste à prouver. Cette maladie se comporte chez les aliénés comme chez les personnes saines d'esprit, et rentre par conséquent dans le cadre des affections incidentes sur lesquelles déjà, dans d'autres travaux, nous nous sommes efforcés d'attirer l'attention.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de pathologie interne et de thérapeutique (*maladies infectieuses*), par le professeur C. Liebermeister ; traduites et annotées par le docteur Guiraud (de Nice). — G. Steinheil, 1887.

Ce volume comprend des leçons faites par Liebermeister à Tubingue en 1884. L'autorité de ce maître est grande dans le sujet qu'il traite et doit faire désirer au lecteur français de connaître ses opinions. On ne peut donc qu'applaudir à l'initiative prise par le traducteur et par l'éditeur.

M. Guiraud expose dans une préface bien écrite le courant général qui porte les médecins contemporains de tous les pays à étudier avec prédilection les maladies infectieuses et leur origine parasitaire. « L'auteur, dit-il, tout en se déclarant un fervent adepte des théories parasitaires, écarte tout ce qui n'est pas rigoureusement démontré et n'admet que sous bénéfice d'inventaire, et jusqu'à plus ample informé, la spécificité de certains microbes, pour les titres desquels certains de ses compatriotes se mon-

trent parfois bien indulgents, surtout lorsque le parrain est d'origine teutone. » C'est dire que le livre de Liebermeister ne peut induire en erreur les débutants en leur présentant comme démontrée l'origine parasitaire de certaines maladies, alors qu'elle n'est encore que probable.

Nous louons beaucoup M. Guiraud d'avoir enrichi sa traduction de notes nombreuses qui mettent en regard des opinions de l'auteur celles de nos maîtres français les plus autorisés, MM. Bouchard, Jaccoud, Lépine, etc. Ces notes complètent très heureusement certaines lacunes qui existeraient sans cela.

On a dit avec raison que les savants allemands excellent à faire des monographies, savent rarement faire *un livre;* dans la plupart de leurs traités didactiques, il existe un défaut d'équilibre entre les diverses parties, les auteurs développant avec complaisance les sujets auxquels ont trait leurs recherches personnelles, mais passant assez dédaigneusement à côté des autres.

Tel qu'il résulte du texte de Liebermeister et des annotations de M. Guiraud, le nouveau livre que présente aujourd'hui M. Steinheil au public médical sera consulté avec fruit par les étudiants et les médecins qui, désireux de connaître les idées régnantes sur les maladies infectieuses, disposent de trop peu de temps pour lire de nombreux travaux épars. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

Traitement chirurgical de la péritonite. — Le professeur Ed. Albert résume ainsi, dans l'*Allgemeine Wiener med. Zeitung* du 8 mars 1887, les règles délicates de l'intervention opératoire dans le traitement de la péritonite généralisée.

Trois cas peuvent se produire :

I. Dans le premier cas, le chirurgien se trouve en présence d'une plaie des parois abdominales par instrument piquant ou tranchant, l'intestin a été atteint, la péritonite est imminente. L'indication est nette et précise : il faut agrandir la plaie, agir sur l'intestin comme il convient (suture ou anus) et faire le lavage antiseptique de la cavité abdominale.

II. Le deuxième cas est plus compliqué. Il y a rupture intestinale sans plaie des parois cutanées. La difficulté est de trouver la lésion de l'intestin. Trois données serviront de guide après l'ouverture de l'abdomen : 1° La rupture correspond ordinairement au point où a été constaté le maximum de douleur (B. Beck); 2° il faut chercher au niveau des portions supérieures du jéjunum, c'est là le siège le plus fréquent des traumatismes intestinaux sans plaie extérieure ; 3° le sang qui s'est écoulé de la plaie est un bon point de repère. Il a servi de fil conducteur à bon nombre d'opérateurs qui sont venus communiquer leurs observations de laparotomie à la Société des médecins de Vienne.

Dans la péritonite post-opératoire, on ouvre l'abdomen depuis fort longtemps. L'auteur avait eu déjà, en 1872, l'occasion de suivre cette pratique. Il s'est conduit de même, ainsi que plusieurs chirurgiens, après des opérations d'ovariotomie, d'hystérotomie, etc. Dans aucun cas, dès que l'inflammation du péritoine s'était déclarée, il n'a pu sauver un malade, bien qu'il ait toujours fait une toilette soignée de la séreuse au premier signe de péritonite.

III. Dans le troisième cas, enfin, le chirurgien se trouve en face d'une péritonite idiopathique, péritonite essentielle longtemps niée, mais affirmée dans ces dernières années par Leyden, Bamberger, etc. Le pronostic de cette affection abandonnée à elle-même est fatal. Par l'opération, Mikulicz vient de sauver un malade, Kronlein deux.

Le professeur Albert penche donc pour l'intervention, mais il s'étonne que, dans ces cas, après une toilette minutieuse de la cavité (ablation des dépôts fibrino-purulents qui tapissent les anses intestinales au moyen de l'éponge antiseptique), il s'étonne que Kronlein referme complètement la plaie. Pour lui, il n'agirait pas ainsi, car la toilette

SBIU Santé

de tous les points du péritoine est bien difficile dans cette circonstance, et rien ne prouve que la suppuration ne continuera pas ; il laisserait, quant à lui, des drains dans la plaie ; ou mieux, il se contenterait de faire des incisions en plusieurs points de la paroi abdominale et y établirait un drainage efficace.

Nous avons recherché les derniers cas de laparotomie publiés par Kronlein. On les trouvera dans les *Archiv. für klinische Chir.* de la fin de 1886 (tome XXXIII, page 507).

Ils sont au nombre de trois, dont un succès dans des circonstances vraiment désespérées.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui, huit jours après avoir mangé des cerises en avalant les noyaux, ressentit de vives douleurs au ventre ; vomissements, collapsus. L'ouverture de l'abdomen fit voir des dépôts purulents sur la séreuse, mais il fut impossible de reconnaître la cause, le point de départ de la péritonite. Après un lavage antiseptique avec le sublimé (1/2 p. 1000), le jeune malade guérit en peu de jours.

Nous ne pouvons quitter cette question de la laparotomie sans mentionner un cas tout récent où cette opération a été exécutée à Vienne dans des circonstances fort curieuses :

Après des couches fort pénibles, une jeune femme de 28 ans est affectée d'un abcès péri-ombilical qui ne peut se fermer ; huit mois après l'ouverture du foyer subsiste un trajet fistuleux de 2 pouces 1/2. La malade curait la fistule à l'aide d'une aiguille assez grosse, lorsqu'un jour l'instrument lui échappe et s'enfonce profondément. Une sonde à boule en rencontre l'extrémité à 4 pouces de la surface cutanée. Comme le corps étranger ne causait aucune douleur, aucun trouble, l'expectation fut décidée, mais l'aiguille s'enfonçait toujours davantage dans une direction postéro-inférieure ; palpation, toucher vaginal ou rectal ne donnaient aucun renseignement. La malade supportait difficilement son état, réclamait énergiquement une intervention opératoire. Une incision commencée à l'ombilic et finissant à la symphise pubienne découvrit un foyer purulent, mais pas trace d'aiguille. Bref, la malade mourut. A l'autopsie, on trouva l'aiguille fichée au fond de l'utérus. La plus grande partie du corps étranger était libre dans la cavité utérine d'où il serait probablement sorti spontanément sans intervention. (*All. Wiener med. Zeitung*, n° 10, 1887.)

Aphasie traumatique guérie par la trépanation. — On ne compte dans la science que 9 cas d'aphasie traumatique guérie grâce à l'application du trépan. Le professeur Schneider, de Kœnigsberg, vient de publier le dixième succès dans les *Archiv. fur Kliniche Chirurgie* (page 690, cahier III). Cette observation est trop importante pour que nous ne la résumions pas ici.

Un jeune homme de 18 ans est apporté à l'hôpital quatre jours après avoir reçu, dans une rixe, un coup de couteau à la tête. Sa mère, qui l'accompagne, raconte qu'il est resté sans connaissance pendant une heure après la bataille, puis, que revenu à lui, il ne pouvait plus parler.

Dès qu'il est mis au lit, on constate une paralysie faciale du côté droit, ainsi qu'une parésie de la jambe et du bras droits. A 6 centimètres au-dessus de l'angle supero-externe de l'orbite, dans une direction parallèle à la suture des pariétaux, se trouve une petite plaie d'un centimètre environ, presque fermée. L'intelligence est très nette, la blessé répond très bien par signes ; il écrit de la main gauche sur une ardoise, son âge et toutes les réponses aux demandes qu'on lui fait ; pupilles égales, pouls 64, température normale, appétit bon.

La plaie étant presque guérie, on se contente de placer une vessie de glace sur la tête et de surveiller l'évacuation de l'intestin.

Les jours suivants, la parésie des membres s'accroit et fait place à une véritable hémiplégie complète.

Le siège de la plaie, l'aphasie, faisaient penser que le couteau avait atteint la circonvolution de Broca ; l'absence de fièvre excluait toute idée d'inflammation ou d'irritation des méninges, et l'accroissement des signes de paralysie devait faire songer à un épanchement sanguin qui augmentait peu à peu.

L'intervention opératoire fut décidée, et la trépanation pratiquée neuf jours après l'accident.

L'incision de la peau permit de reconnaître une solution de continuité de la paroi crânienne, à bords nets et presque tranchants, sans fissures ni éclats. La lésion osseuse fut comprise et enlevée dans une rondelle de deux centimètres et demi de diamètre. La paroi était complètement traversée, sans enfoncement de la table interne. Au-dessous de la dure-mère intéressée par le couteau, se voyait un coagulum rouge-brun. La dure-mère fut incisée en croix et le caillot enlevé. Aussitôt une petite artère se mit à donner du sang; on fut obligé de la lier au catgut. C'était la première branche de l'artère cérébrale moyenne, celle qui nourrit, au dire de Merkel, la circonvolution frontale inférieure. L'hémostase obtenue au prix d'une très légère attrition des cellules corticales, la surface cérébrale lavée à l'aide d'une éponge antiseptique, les lambeaux de la dure-mère furent rabattus et suturés au catgut. Aucune goutte de liquide céphalo-rachidien n'avait fait issue au dehors. Les parties molles furent également suturées et recouvertes d'un pansement de Lister avec drain. Réunion par première intention. Le drain fut retiré au bout de trois jours, le malade n'avait jamais eu de fièvre.

Le troisième jour après l'opération, le blessé pouvait articuler les sons correspondants aux voyelles *o, i, e;* dans la même journée, il put prononcer les mots « fleischer, boucher »; peu à peu il devint compréhensible, mais il hésitait, cherchait ses mots; enfin, au bout d'un mois, il put parler clairement et couramment.

L'hémiplégie s'améliora plus rapidement. Le lendemain de l'opération, il y avait un mieux marqué dans les mouvements; le surlendemain, le bras et la jambe remuaient; huit jours après, le jeune homme pouvait se servir de ses membres.

Quant à la paralysie faciale, elle fut plus rebelle; au bout de six mois, elle n'avait pas encore complètement disparu. — Dr Ch. Schmit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Suite de la discussion sur la réunion immédiate des nerfs. — Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale. — Traitement des fractures par le massage. — Ouverture des abcès profonds du bassin par la laparotomie. — Coup de soleil électrique. — Hystérectomie vaginale.

M. Polaillon estime que jusqu'à ce jour rien n'est venu infirmer les résultats des expériences dans lesquelles Vulpian a montré que les nerfs sectionnés peuvent au bout d'un certain temps, et sous certaines conditions, transmettre les excitations motrices ou sensitives. MM. Arloing et Tripier ont cherché à établir que si le bout périphérique des nerfs sectionnés reste excitable, bien qu'ayant subi une dégénérescence plus au moins complète, cette excitabilité est due aux fibres récurrentes fournies par les nerfs voisins et qui ne participent pas à la dégénérescence.

De son côté, M. Ranvier s'appuie sur les résultats de ses recherches histologiques pour nier la possibilité de la transmission des excitations motrices ou sensitives par un nerf dont le bout périphérique a subi la dégénérescence révélée par l'examen histologique.

Toutefois la conclusion de M. Ranvier semble être infirmée par des recherches plus récentes qui ont montré que le bout périphérique d'un nerf sectionné garderait la constitution essentielle du nerf normal, c'est-à-dire ses tubes nerveux et son enveloppe névrilemmatique; il serait seulement un peu plus jaune que le bout central. On comprend dès lors très bien que le bout périphérique ainsi constitué puisse, après la suture, transmettre les excitations motrices et sensitives.

La question de la réunion immédiate des nerfs est traitée avec une grande réserve par Vulpian; M. Ranvier nie la possibilité de cette réunion et du rétablissement fonc-

©BIU Santé

tionnel du nerf. Cependant deux auteurs Allemands auraient observé, chacun de son côté, cette même réunion entre les deux bouts d'un nerf qui, contrairement aux idées généralement admises, n'auraient pas subi de dégénérescence.

La clinique chirurgicale ne laisse aucun doute sur la possibilité de la réunion immédiate des nerfs après suture des deux bouts. M. Tillaux l'a observée deux fois, et M. Polaillon, dans l'observation qu'il vient de communiquer a constaté, chez sa jeune malade, cinq heures après la suture, le retour de la sensibilité perdue depuis plus de deux ans.

M. Trélat ne prétend pas contester le fait observé par M. Polaillon; il désire seulement faire remarquer que ces résultats sont en contradiction formelle avec toutes les données actuelles de l'histologie. Le fait de M. Polaillon s'explique mal dans l'état actuel de la science. On comprend la réunion immédiate des deux bouts d'un nerf sectionné, mais cette réunion n'implique pas le rétablissement instantané pour ainsi dire de la continuité des fibres nerveuses, ni, par conséquent, le rétablissement fonctionnel de ce nerf. L'explication de ce fait demande de nouvelles recherches.

M. Reclus trouve dans l'un des deux faits de M. Tillaux la preuve que ce que l'on réunit, dans la suture d'un nerf, c'est un bout mort mis au contact d'un bout vivant. D'ailleurs, les faits de rétablissement très rapide des fonctions nerveuses, dans ces conditions, ne sont pas très rares. M. Reclus, pour sa part, a pu en rassembler vingt-quatre observations. Reste à connaître par quel mécanisme se fait ce rétablissement qui est inexplicable dans l'état actuel de la science.

M. Kirmisson dit que, dans le fait de M. Polaillon, la réapparition de la sensibilité dans la zone du médian est compréhensible, à la rigueur, puisque ce nerf a été suturé; ce qui ne s'explique plus du tout, c'est le retour de la sensibilité dans la zone du cubital qui n'a pas été suturé.

M. Léon Le Fort pense que l'on aurait une explication naturelle de ces faits mystérieux, en revenant à l'opinion des anciens physiologistes qui admettaient l'analogie des courants nerveux avec les courants électriques; il suffirait ainsi du simple contact pour expliquer le rétablissement du courant nerveux.

M. Segond a pratiqué la suture du médian et du cubital sur une jeune fille qui avait une section complète de ces deux nerfs; il existait une anesthésie absolue, constatée par M. Segond et par M. Rémy, dans toute la zone de distribution du médian et du cubital. Un quart d'heure après l'opération, la *sensibilité* avait reparu dans les deux zones; mais cette réunion n'a pas empêché l'évolution classique de l'atrophie des muscles innervés par le médian et le cubital.

M. Polaillon, répondant à la remarque de M. Kirmisson relative au rétablissement fonctionnel du cubital qui n'avait pas été suturé, pense que, chez sa jeune opérée, le cubital autrefois blessé s'était réuni spontanément, mais que le fonctionnement de ce nerf n'a pu se faire tant que ses anastomoses avec le médian n'avaient pas été rétablies; la fonction a reparu dès que, par la suture des deux bouts du médian, les anastomoses ont été rétablies entre les deux nerfs. Ce qui fait penser à M. Polaillon que le nerf cubital s'était réuni spontanément, c'est que les muscles de l'éminence hypothénar ne se sont pas atrophiés comme ceux de l'éminence thénar.

— M. Terrier, continuant la discussion sur l'obstruction intestinale, fait connaître sa manière de faire en pareille occurrence. Dans les cas où le diagnostic peut être déterminé avec précision, ce qui est l'exception, l'anus contre-nature peut être fort bien indiqué; dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque la cause de l'obstruction est impossible à saisir, on doit pratiquer la laparotomie.

M. Bouilly a fait l'opération de l'anus contre-nature chez un homme de 47 ans, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, et qui présentait des signes d'obstruction intestinale. Les phénomènes avaient évolué avec lenteur et avaient été considérés comme étant sous la dépendance d'une invagination intestinale à marche chronique. Il ne crut pas devoir faire la laparotomie à cause de la lenteur de l'évolution et de la dis-

tension énorme du ventre qui avait résisté à de nombreuses ponctions intestinales. Un anus contre-nature pratiqué sur le cœcum amena une débâcle énorme de matières fécales. Le soulagement fut immédiat et le malade put reprendre ses occupations. Il finit par succomber, après plusieurs mois d'un état de santé relative, aux progrès d'un cancer situé au niveau de l'union du côlon transverse au côlon descendant.

— M. Championnière fait un rapport *sur le traitement de certaines fractures par le massage*, à propos d'une observation de M. le docteur Ovion (de Boulogne-sur-Mer) : *Fracture de la malléole interne, diastasis péronéo-tibial, luxation de l'astragale par renversement, réduction, massage;* et d'une observation de M. le docteur Franc (de Sarlat) : *Fracture du tibia au tiers inférieur, massage, marche facile le vingt-cinquième jour.*

Le massage pratiqué avant la pose d'un appareil aurait pour effet de calmer et même de faire cesser rapidement la douleur; de diminuer et de faire disparaître le gonflement du membre; de faciliter la résorption des produits épanchés, et par ce moyen d'abréger le laps de temps nécessaire à la consolidation de la fracture; enfin, de prévenir l'ankylose des articulations voisines du siège de la fracture.

Les malades ainsi traités sont mis en état de marcher beaucoup plus tôt que ceux dont les fractures sont traitées par l'immobilisation immédiate. M. Championnière a vu des malades atteints de fracture de jambe, qui, grâce au massage, ont pu marcher après trente-cinq, trente-un et même vingt-cinq jours de traitement.

Mais, pour obtenir ces résultats heureux, il faut éviter avec soin que les manœuvres de massage soient exercées sur le foyer de la fracture.

M. Berger ne voit rien d'extraordinaire dans les faits cités par M. Championnière en faveur du traitement des fractures par massage. Il n'est nullement exceptionnel d'obtenir, par la méthode de l'immobilisation, des consolidations de fractures de jambe qui permettent aux malades de marcher au bout de trente-cinq, trente-un et même vingt-cinq jours. M. Berger ne voit pas que la méthode du massage apporte un progrès quelconque dans le traitement des fractures.

M. Marc Sée déclare qu'il obtient les mêmes résultats avec la bande élastique. L'explication donnée par M. Championnière des bons effets du massage se trouve dans le mémoire de M. Marc Sée sur le traitement des fractures par l'application de la bande élastique. Cette application a toujours lieu sans douleur ni danger. Le massage, au contraire, est toujours douloureux; bref, M. Sée ne lui reconnaît aucun avantage et beaucoup d'inconvénients dont le moindre est d'ouvrir la porte aux exploits des charlatans.

M. Championnière répond à M. Berger qu'il ne saurait être de son avis relativement à la comparaison de la méthode de traitement des fractures par l'immobilisation avec la méthode de traitement par le massage. Contrairement à l'opinion de M. Berger, il trouve exceptionnel de faire marcher les malades après trente-cinq, trente-un et vingt-cinq jours de traitement. Or, ce qui est exceptionnel dans la méthode ancienne est, au contraire, beaucoup plus fréquent, sinon commun, dans la nouvelle méthode par le massage.

Quant à la prétendue supériorité de la bande élastique sur le massage, alléguée par M. Marc Sée, M. Championnière ne veut faire d'autre réponse à cette allégation, si ce n'est que jusqu'à présent M. Marc Sée n'a converti aucun de ses collègues à sa pratique et qu'il est toujours seul à se servir de sa bande élastique.

— M. Terrillon fait une communication sur l'ouverture des abcès profonds du bassin par la laparotomie et cite plusieurs faits de sa pratique personnelle qui sont favorables à cette opération.

— M. Defontaine lit un travail sur certains effets de l'électricité qu'il désigne sous le nom de *coup de soleil électrique*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Terrier est nommé rapporteur.

— M. Monod met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'une femme à laquelle il a pratiqué avec succès l'hystérectomie vaginale pour des

©BIU Santé

hémorrhagies utérines incoercibles qui menaçaient d'entraîner la mort de la malade. M. Monod se loue beaucoup des services que lui ont rendus dans cette opération les pinces à demeure appliquées suivant les conseils formulés par M. Richelot. — A. T.

FORMULAIRE

RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'OBÈSE. — Dujardin-Beaumetz.

Premier déjeuner à 8 heures : 25 grammes de pain, 50 grammes de viande froide, 200 gram. de thé léger sans sucre. — Deuxième déjeuner, à midi : 50 grammes de pain, 100 gram. de viande ou de ragoût, ou deux œufs, 100 gram. de légumes verts ; 15 grammes de fromage, fruits à discrétion. Diner à 7 heures : pas de soupe, 50 gram. de pain, 100 gram. de viande ou de ragoût, 100 gram. de légumes verts, salade, 15 gram. de fromage, fruits à discrétion. — Emploi assez fréquent des purgatifs, soit sous forme d'eaux minérales purgatives, soit sous forme de pilules ou de poudre laxative. — Exercices corporels appropriés à la force du sujet, massage. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

ESPAGNE. — L'Académie des sciences de Catalogne a proposé les questions suivantes pour les prix à décerner en 1887.

Chirurgie : Tuberculose des os, lésions et traitement. — Hygiène : Des dangers que la falsification des vins fait courir à la santé des populations et des moyens de les prévenir. — Médecine : De la pneumonie fibrineuse ; cette maladie est-elle causée par un parasite ? Est-elle contagieuse ? — Pharmacie : De la glycérine, étude chimique et applications pharmaceutiques. — Les mémoires doivent être envoyés au secrétariat avant la fin de septembre.

AUTRICHE. — La Chambre des députés a voté, sur la proposition du docteur Widerspeg, une résolution invitant le gouvernement à prendre des mesures pour que les inoculations préventives antirabiques, suivant la méthode Pasteur, fussent faites à l'hôpital général de Vienne.

— Nous avons parlé plusieurs fois déjà de la proposition Roser. La commission de la Chambre dont nous avons donné la composition a voté contre la création d'un bureau d'hygiène, mais a reconnu, à l'unanimité des voix, la nécessité de donner à l'enseignement de l'hygiène une plus grande importance dans toutes les Facultés de l'Empire austro-hongrois.

GRÈCE. — Le bureau de la Société de médecine d'Athènes a été reçu par le roi Georges et le prince royal dont nous annoncions dernièrement la présence à l'ouverture du Congrès des médecins grecs. En félicitant le bureau, le roi a exprimé le désir qu'une lèproserie fût élevée à proximité d'Athènes. On sait que la lèpre sévit encore en Grèce, notamment en Chypre et dans quelques autres îles de la mer Egée.

NOMINATIONS. — C'est le professeur Lang qui, d'après le *Wiener med. Wochenschrift*, sera nommé à la direction de la division des syphilitiques à l'hôpital général de Vienne.

— Le professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg) a célébré le 27 avril dernier le 30e anniversaire de ses débuts dans la carrière médicale.

— Le médecin d'Etat major docteur Riedel et l'assistenzarzt Hochstetter sont appelés au comité impérial d'hygiène de Berlin.

— Koch, le directeur de l'Institut d'hygiène de Berlin, conseiller secret, etc., est chargé, à la Faculté de médecine, de l'enseignement de la technique des inoculations et vaccinations. Un assistant vient d'être nommé pour le suppléer cette année, c'est le docteur Mathias Schulz, directeur de l'Institut vaccinal et médecin sanitaire de Berlin.

Nécrologie. — Eben Watson, professeur de physiologie à l'andersonian University, est mort à Glascow.

Vienne. — Le député Pernerstorfer a dénoncé récemment, à la Chambre, une série d'irrégularités dans les services de l'hôpital général de la capitale autrichienne. Ces mêmes faits avaient déjà été critiqués par la presse spéciale. Une enquête sérieuse et des mesures promptes vont bientôt y porter remède.

Les femmes dentistes en Angleterre. — Le Comité de l'hôpital national de chirurgie dentaire a pris la résolution d'admettre des femmes dentistes. Au *Dental Register* qui se publie sous la surveillance du Conseil médical sont inscrites 22 femmes. Enfin le Conseil médical d'Edimbourg a décidé d'admettre les candidats féminins aux examens de licence pour la chirurgie dentaire.

La croix rouge italienne. — Du compte rendu de l'assemblée générale tenue à Genève le 30 avril, il résulte que dans quelques mois cette Société pourra disposer :

1° Du matériel devant composer 13 trains hôpitaux. — 2° De deux hôpitaux de guerre de 200 lits chacun pouvant se décomposer en quatre hôpitaux de 100 lits. — 3° de dix hôpitaux de 50 lits pour les troupes alpines dont 7 à la disposition du Comité central et 3 pour chacun des sous-comités de Turin, Milan, Brescia.

4° Enfin d'une grande quantité de caisses à pansements destinées aux postes de secours à organiser dans les stations de chemins de fer.

C'est un total de 3,400 lits ainsi que la possibilité de transporter du champ de bataille ou des ambulances aux hôpitaux sédentaires un nombre de 2,600 blessés à chaque voyage.

Dr Ch. S.

COURRIER

Dans sa séance du lundi 30 mai, l'Académie des sciences a élu, par 33 voix sur 38 votants, M. de Dechen (de Bœnn), correspondant pour la section de minéralogie, en remplacement de M. Abich, décédé.

— L'administration de l'Assistance publique vient de décider qu'il ne serait plus accordé de congés à MM. les internes des hôpitaux pendant l'absence de leurs chefs de service. Les élèves internes ne seront autorisés, sauf les cas de force majeure, à s'absenter qu'avant le départ ou après le retour de ceux de MM. les médecins ou chirurgiens aux services desquels ils sont attachés.

En même temps, M. le directeur de l'Assistance publique a fait appel au dévouement de MM. les membres du corps médical des hôpitaux pour qu'ils veuillent bien restreindre autant que possible la durée de leurs congés et les échelonner de façon qu'un tiers au moins des médecins et chirurgiens attachés à chaque hôpital soit toujours présent.

— Le jury du concours qui a commencé le jeudi 2 juin 1887, pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, se compose définitivement de MM. les docteurs Humbert, Lucas-Championnière, Théophile Anger, Pozzi, Félizet, Guyon, et Barth.

— On nous écrit de Melun :

« Au Concours régional agricole de Melun, la Vacherie d'Arcy vient d'obtenir un succès éclatant en remportant les premiers prix et l'objet d'art attribués à la race normande. »

Voilà qui confirme la réputation dont jouit à juste titre le lait de la Ferme d'Arcy-en-Brie.

Etablissement hydrothérapique de Bellevue-sur-Meudon (Seine-et-Oise), dirigé par le docteur A. Tartivel. — Traitement des maladies nerveuses et des maladies chroniques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Latil (d'Aix) : Relation d'une épidémie d'érysipèle à l'hôpital d'Aix. — III. Paul Chéron : Les nouveaux mydriatiques. — IV. Bibliothèque : Essais de bibliographie médicale. — V. Revue des Journaux : Un traitement de l'épistaxis. — Chancre infectant à siège insolite. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 7 juin 1887. — Un très important et très remarquable rapport de M. Alfred Fournier a été lu aujourd'hui à l'Académie de médecine et écouté avec l'intérêt le plus vif et le plus mérité, car l'éminent syphiligraphe y traitait avec un rare talent d'exposition une question des plus difficiles et des plus délicates que nul mieux que lui ne pouvait aborder avec une entière compétence, celle de la prophylaxie de la syphilis.

Voici comment l'Académie a été appelée à s'occuper de cette question :

« Au cours de la discussion sur la dépopulation actuelle de la France, dit M. Fournier, l'Académie, justement émue de l'effroyable mortalité qui sévit sur les enfants hérédo-syphilitiques et de l'insuffisance notoire des mesures administratives qui sont censées nous protéger contre la syphilis, a nommé une commission à l'effet d'étudier quelles seraient les réformes ou les innovations à introduire dans la prophylaxie publique de cette maladie, et de préparer à ce sujet le projet d'un rapport qui pût être adressé aux autorités compétentes.

« Cette commission, composée de MM. Ricord, Bergeron, Léon Colin, Le Roy de Méricourt, Léon Le Fort et Alfred Fournier, s'est bientôt mise à l'œuvre. Elle a consacré de nombreuses séances et de longues discussions à l'étude des problèmes aussi multiples et variés que difficiles et complexes qui composent cet énorme sujet. C'est le résultat de ses travaux et de ses délibérations que j'ai l'honneur actuellement, comme rapporteur, de venir exposer à cette tribune. »

Entrant ensuite dans le plein de son sujet, M. le rapporteur montre le danger effroyable dont la syphilis, véritable « peste moderne » menace la santé publique, danger grave, très grave, permanent; danger *individuel*, danger *héréditaire*, danger *social*.

L'individu qui a subi l'infection première n'est jamais assuré, même à la suite d'un traitement spécifique prolongé auquel, d'ailleurs, peu de malades savent s'astreindre, d'être pour toujours à l'abri des échéances de nouveaux accidents, échéances qui peuvent survenir à des époques démesurément lointaines, c'est-à-dire après dix, vingt, trente ans et plus. Les récentes investigations de la science ont du reste singulièrement élargi les limites du domaine de la syphilis : nombre d'affections cérébrales, spinales, oculaires, articulaires, laryngées, hépatiques, rénales, vasculaires et autres ont pu être rattachées à cette diathèse; la syphilis cérébrale, en particulier, est désormais considérée comme un fait incontestable et incontesté.

Les conséquences *héréditaires* de la maladie sont encore plus désastreuses. Une mortalité énorme, effroyable, pèse sur la progéniture des sujets syphilitiques. Cette mortalité, en ce qui concerne l'hérédité maternelle, peut s'élever à 71 p. 100, et même, dans les milieux hospitaliers, jusqu'à 84 et 86 p. 100.

SBIU Santé

En outre, l'influence hérédo-syphilitique peut se prolonger bien au delà de la première enfance et constituer jusque dans l'adolescence, si ce n'est même plus tard encore, une cause d'affections graves, pouvant entraîner la mort. On sait que nombre de lésions jusqu'ici vaguement imputées à la scrofule ne sont en réalité que des manifestations d'hérédo-syphilis tardive.

Les conséquences *sociales* sont les suivantes : infirmités diverses aboutissant à l'incapacité de travail et à la misère; surcharges budgétaires pour l'Assistance publique; non-valeur permanente, dans l'armée, d'un grand nombre d'hommes sous les drapeaux; contaminations innombrables répandues dans la population; dangers afférents au mariage; introduction de la syphilis au foyer conjugal, d'où désunion des ménages, séparations, divorces, avec toutes les calamités sociales qui en dérivent; contamination fréquente des nourrices; stérilisation d'un certain nombre d'unions, ou, ce qui est pis encore, étiolement, abâtardissement et dégénération de la race; puis, enfin, polymortalité des jeunes reparaissant ici, au point de vue social, comme facteur actif de dépopulation, etc., etc.

M. le rapporteur s'élève ensuite avec une énergie vigoureuse et des accents éloquents contre ce préjugé funeste qui a souvent retenu ou attiédi le zèle des pouvoirs publics en ce qui touche la prophylaxie de la syphilis, à savoir que cette maladie ne constituerait un danger que pour ceux-là seulement qui s'y exposent.

S'il existe, dit-il, au sens strict du mot, des syphilis *méritées*, il en existe une foule d'autres qui dérivent de contagions imméritées, telles que celles, en si grand nombre, des femmes honnêtes infectées par leur mari, des nourrices par leurs nourrissons ou des nourrissons par leurs nourrices; telles encore les syphilis que les enfants apportent en naissant et qui les tuent pour la plupart; telles, enfin, toutes ces syphilis d'origine non vénérienne, comme celles qui résultent de l'inoculation vaccinale, celles qui frappent les médecins, les élèves en médecine, les sages-femmes, dans l'exercice de leur profession, celles qui résultent d'un simple contact accidentel, etc., etc.

La prophylaxie de la syphilis s'impose donc comme un droit et comme un devoir social.

Quant aux mesures à prendre pour assurer cette prophylaxie, elles peuvent être réparties sous les trois chefs suivants :

On peut combattre la syphilis, d'abord par un ensemble de mesures administraves et policières ayant pour visée, par exemple, d'entraver la *provocation* sur la voie publique, de soumettre les prostituées au régime de ce que l'on appelle l'*inscription*, de surveiller les établissements qui, sous les noms déguisés de brasseries ou de débits de vin, ne sont en réalité que des maisons de prostitution libres, etc., etc.

On peut, en second lieu, s'attaquer à la syphilis en la *traitant*, en l'hospitalisant, en la guérissant, c'est-à-dire, au total, en éteignant les germes de contagion.

On peut, enfin, la combattre en initiant plus complètement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour les jeunes générations médicales à tout ce qui concerne les symptômes de la maladie, ses formes diverses, ses dangers sociaux, son traitement, etc. A ces degrés différents, ces trois ordres de moyens concourent au résultat cherché.

M. le rapporteur aborde ensuite les questions groupées sous chacun de ces trois chefs, mais l'heure avancée ne lui a pas permis de terminer sa

BIU Santé

lecture. Nous le suivrons dans cette étude si importante et si grave à laquelle l'auteur a su communiquer un intérêt puissant par l'attrait de la forme et la clarté lumineuse de l'exposition. L'Académie et l'assistance lui ont témoigné leur satisfaction par de chaleureux applaudissements.

A. T.

Relation d'une épidémie d'érysipèle à l'hôpital d'Aix.

A M. le professeur Verneuil.

Aix, le 16 avril 1887.

Très honoré maître,

Permettez-moi de vous apporter mon témoignage dans l'enquête que vous avez ouverte sur l'*Erysipèle* et son mode de propagation, et de relater très brièvement une petite épidémie qui vient de sévir dans nos salles de l'hôpital d'Aix.

Au n° 29 de la salle des fièvreux était couché depuis trois mois le nommé J... (Victor), âgé de 61 ans, alcoolique, atteint de céphalée persistante et d'une névrite optique à son début; le 8 février, je lui prescris l'application d'un cautère à la nuque; le 19 février, autour de la plaie pansée avec le diachylum des salles, se déclare un érysipèle qui envahit le cou et le dos, puis par poussées successives, le thorax, les deux bras et vient finir à la région lombaire, après avoir duré quinze jours, accompagné de délire et de fièvre oscillant le soir entre 39° et 40°. Le 26 février, la guérison est complète et le malade en pleine desquamation.

Le 7 mars se déclare un second cas d'érysipèle chez le nommé G... (Jacques), âgé de 75 ans, couché au n° 9 du service des blessés et entré le 16 février porteur de plusieurs furoncles anthracoïdes sur la partie latérale gauche du thorax; la plaque érysipélateuse naît autour de l'une des petites plaies, reste limitée à la poitrine et guérit en six jours sans avoir manifesté de tendance à l'extension et sans avoir déterminé de phénomènes généraux très accusés.

Le 8 mars, un troisième cas apparaît chez la nommée B... (Marie), âgée de 19 ans, couchée au n° 18 de la salle des blessées où elle est en traitement depuis huit mois pour une ostéite de l'extrémité inférieure du fémur; l'érysipèle se déclare autour de l'une des fistules qu'elle présente à l'extrémité inférieure de la cuisse; comme dans le cas précédent, il est bénin, reste limité au membre primitivement envahi et les symptômes généraux sont très atténués. Fait digne de remarque, cette même malade, huit mois auparavant, le 12 juillet 1886, avait été atteinte d'une première manifestation d'érysipèle, dans la même région; le mal avait présenté les mêmes caractères de bénignité et avait guéri en huit jours.

Le 10 mars, enfin, un quatrième cas se déclare chez la nommée V... (Marie), âgée de 58 ans, couchée au n° 13 de la salle des fièvreuses et atteinte d'eczéma des deux oreilles; la plaque érysipélateuse a pour point de départ une pustule, elle envahit successivement toute la face, respectant le cuir chevelu; les phénomènes généraux sont beaucoup plus accusés que dans les cas précédents : des vomissements se sont produits au début; la température oscille le soir entre 39° et 39°5; la guérison est complète le neuvième jour.

Tel est le résumé des quatre observations qu'a bien voulu me fournir

M. Chabaud, interne du service. Un premier fait est à remarquer, c'est la presque simultanéité des divers cas que nous relatons; le malade qui a présenté le premier est guéri le 26 février; dix jours après, le 7 mars, se déclare le second cas; le lendemain apparaît le troisième, et le surlendemain, 10 mars, le quatrième. De plus, tous nos malades offraient une porte d'entrée au contage érysipélateux : plaie de cautère, furoncles, fistules osseuses, plaques eczémateuses... et chez tous aussi la maladie a eu pour point de départ cette lésion du tégument externe, quelle que fût sa nature.

Le mode de contagion et la filiation de ces divers érysipèles sont faciles à suivre. Le malade primitivement atteint appartient, il est vrai, au service de médecine et le second au service de chirurgie; mais les deux salles ne sont séparées que par une porte, les communications entre elles sont fréquentes; de plus, les deux malades sont pansés avec le diachylum du même appareil à pansement. La troisième malade, placée dans la salle des femmes à l'étage supérieur, semble mieux isolée; c'est cependant pour elle que la contagion paraît la plus certaine; elle a été pansée par l'interne du service de chirurgie quinze à vingt minutes après le second malade déjà atteint d'érysipèle; c'est par elle que la maladie pénètre dans la salle des femmes, et deux jours après s'y déclare le quatrième cas.

Reste à déterminer comment a pu être contaminé le premier malade, point de départ de cette petite épidémie? Cette question est moins facile à résoudre : il n'y avait à cette époque aucun autre cas d'érysipèle en traitement à l'hôpital. En remontant aux mois précédents, j'ai pu constater que, 21 novembre 1886, était entrée, dans la salle des fièvreuses, une femme tteinte d'un érysipèle de la face et qu'elle en était sortie le 13 décembre; qu'en outre, le 10 juin 1886 avait été admis, dans le service des fièvreux, un alcoolique présentant un érysipèle de la face avec de graves phénomènes cérébraux, et qu'il était sorti dans les premiers jours de juillet. Ces deux cas remontant, l'un à deux mois, l'autre à plus de six mois, étaient d'ailleurs restés absolument isolés.

J'ajouterai que, neuf jours avant que se déclarât dans mon service le premier cas de cette petite épidémie, j'avais donné des soins en ville à une jeune fille atteinte d'un très grave érysipèle ayant envahi une partie du corps.

En l'état de ces faits que je me borne à exposer, je ne me crois point permis d'émettre une hypothèse sur le mode de contamination possible de mon premier malade.

J'ai pensé, mon très honoré maître, que la relation de cette petite épidémie pourrait utilement figurer dans l'enquête que vous avez provoquée sur l'érysipèle, et vous prie d'agréer l'hommage de mes respectueux sentiments.

Dr Latil (d'Aix),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les nouveaux mydriatiques.

Depuis de longues années l'atropine est, sans contestation, à peu près seule employée pour produire la mydriase; son rôle continuera certainement à être aussi important, mais il n'en est pas moins utile de signaler deux nouveaux alcaloïdes, la duboisine et l'hyoscine, qui produisent à peu près les mêmes effets et répondent à certaines indications.

BIU Santé

La duboisine a été retirée du *Duboisia myoporrides* dont elle est le principe actif, et elle n'est connue que depuis 1878 (Petit, Gerrard). Les effets de l'alcaloïde sur l'œil vont seuls nous arrêter. Ils consistent essentiellement dans une dilatation pupillaire intense accompagnée d'une paralysie complète de l'accommodation. Les deux phénomènes sont plus rapides avec la duboisine qu'avec l'atropine; elle entraîne des troubles accommodateurs plus prolongés, mais une dilatation de la pupille moins longue que l'autre alcaloïde. Elle serait enfin moins irritante que l'atropine, fait qui est loin d'être constant, car Galezowski, Schœler, l'ont vu produire des conjonctivites; cependant, dans le cas d'accidents dus à l'atropine, il faudra toujours l'employer.

De Wecker a conseillé la duboisine pour constater avec précision le véritable degré de la réfraction chez des myopes ou des hypermétropes. Pour avoir une paralysie complète et presque immédiate du muscle ciliaire, il faut instiller à plusieurs reprises de fortes doses d'atropine, tandis qu'il suffit d'une seule instillation de collye à la duboisine. « Tout soupçon d'erreur par l'accommodation se trouve alors écarté, ce à quoi l'on n'arrive avec l'atropine qu'après une certaine perte de temps ».

On a essayé de la duboisine contre les synéchies qui avaient résisté à l'alcaloïde de la belladone, mais les résultats n'ont pas été meilleurs qu'avec ce dernier.

Il ne faut pas oublier que, comme l'ont vu Nettleship et Tweedie, des collyres employés comme tels ont suffi à donner lieu à des symptômes d'empoisonnement. Ils ont consisté en un grand affaiblissement des membres inférieurs, des tremblements, de l'inappétence et se sont montrés à la suite de l'instillation de deux gouttes par jour d'un collyre de 0,05 pour 10 grammes.

Comme formule, nous pourrions conseiller la suivante : Sulfate de duboisine, 0 gr., 25 à 0,05; eau distillée, 10 gr.; on peut ajouter 0,05 d'acide borique.

L'hyoscine décrite pour la première fois par Ladenburg existe dans la jusquiame associée à l'hyoscyamine. C'est un corps sirupeux qui forme des sels cristallisables avec les acides bromhydrique, iodhydrique et chlorhydrique. Le composé le plus employé est le bromhydrate, qui est très soluble dans l'eau; il en est de même du chlorhydrate.

Le nouvel alcaloïde a été usité surtout comme mydriatique et comme sédatif; nous allons l'étudier successivement dans ces deux emplois.

Le 29 janvier 1887, Gley et Rondeau lisent une première note à la Société de biologie. Chez l'homme, disent-ils, une seule goutte de solution à 1/100e instillée dans un œil détermine une paralysie de l'accommodation qui dure près de cinq jours. La pupille de l'autre œil reste normale.

Tweedy et Collins (de Londres) arrivent aux mêmes conclusions que les auteurs français, et concluent comme eux que le nouveau mydriatique est supérieur à l'atropine.

Dans une seconde communication à la Société de biologie (19 mars 1887), Gley et Rondeau confirment leurs premiers résultats et rapportent les expériences de MM. Rémy et Trousseau. D'après le premier, la pupille se dilate au maximum en cinq ou sept minutes et l'instillation n'est pas dangereuse. Il a vu deux fois de la titubation et des vertiges à la suite d'une chute dans l'œil de quatre à cinq gouttes de la solution à 1 p. 100; ces accidents ne disparurent qu'au bout d'une heure.

M. Trousseau a bien voulu nous donner un résumé d'un article paru le 28 mars dans le *Bulletin de clinique des Quinze-Vingts*.

L'hyoscine à la dose de 1 centig. par 10 grammes instillée dans l'œil (deux à trois gouttes) amène la mydriase au bout de dix minutes. L'iris, après ce temps, est presque entièrement effacé. L'action est beaucoup plus énergique que celle de la même solution d'atropine, de duboisine, d'homatropine, etc. L'instillation n'est pas douloureuse, et la mydriase persiste trois à quatre jours. L'accommodation est toujours paralysée et l'action paraît plus rapide chez les jeunes sujets. Comme il l'a dit au Congrès d'ophthalmologie, M. Trousseau a employé ce médicament chez 210 malades sans le moindre accident.

Il n'est pas douteux que la thérapeutique oculaire n'ait fait une nouvelle conquête des plus utiles.

Employée comme sédatif, l'hyoscine a été surtout étudiée par Bruce et Wood. C'est en 1886 que le premier commença à l'employer; il s'en est servi depuis dans le *delirium tremens*, l'insomnie et les différentes formes d'excitation cérébrale. Dans les cas de délire bruyant, agité, l'injection hypodermique est plus prompte et plus certaine que toute autre médication. Tirard a employé utilement l'hydriodate pour combattre l'insomnie dans les maladies des reins.

L'alcaloïde peut provoquer des troubles du côté de la respiration et de la circulation. La dyspnée peut être provoquée par 0 gr. 0006 ou 0 gr. 0008; en même temps, les pupilles se dilatent, le pouls faiblit et la face pâlit; l'auteur n'a eu aucun cas de mort.

Trois milligrammes, c'est-à-dire une goutte, seraient la dose thérapeutique; il convient donc de faire des solutions très diluées, ainsi que le remarque justement M. Deniau. Par voie stomacale, on pourrait, d'après lui, aller jusqu'à 6 et même 8 milligrammes. On n'observe pas la sécheresse des téguments ni celle de la gorge (cependant on l'aurait vue à doses élevées); Wood, professeur à l'Université de Pensylvanie, admet que l'alcaloïde, chez l'homme et chez les animaux, frappe surtout le cerveau et les cordons moteurs de la moelle épinière. Il l'a employé dans le délire général avec excitation maniaque, dans quelques cas de *delirium tremens*, et a surtout obtenu de bons résultats contre la spermatorrhée. Il conseille la dose de 1 1/2 à 1 milligramme.

Terminons en disant que, d'après W. Mann, le chloral serait le meilleur médicament contre l'intoxication par l'hyoscine.

L'homatropine constitue le dernier des corps dont nous ayons à parler. Elle a été découverte par Ladenburg et a une action très remarquable. La pupille, dont le diamètre atteint 7 ou 8 millimètres, est complètement dilatée en une heure, et cinq à six heures plus tard, la mydriase a disparu; la paralysie de l'accommodation, qui apparaît un peu plus rapidement, cesse aussi plus vite, et d'après Krosta, qui nous fournit ces renseignements, une solution à 1 p. 100 suffit pour l'emploi habituel. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que les effets irritants sont beaucoup moins prononcés qu'avec la duboisine ou l'atropine.

Il suit de ces recherches que l'homatropine, dont l'action est plus fugace que celle des autres mydriatiques, doit être employée surtout pour faciliter l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil, et qu'on peut encore s'en servir dans l'iritis séreuse et les synéchies au début: 0,5 pour 10 grammes, instiller une goutte, telle est la formule de Galezowski. Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur l'emploi d'un médicament que son prix extrêmement élevé rend d'un usage exceptionnel.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Essais de bibliographie médicale. *Conseils aux étudiants sur les recherches bibliographiques, la manière de faire sa thèse, de ranger sa bibliothèque, etc.*, par le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris. — Avec une préface de M. le professeur Laboulbène. — G. Masson, éditeur.

M. L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris, a été pris d'une noble et généreuse ambition, celle de régénérer la bibliographie médicale ou, plus modestement, de contribuer à sa régénération. Il a beaucoup lu, en sa qualité de bibliothécaire (car que faire dans une bibliothèque, à moins que l'on ne lise?) et il a beaucoup profité de ses lectures. Mais tout en lisant, et à mesure qu'il approfondissait davantage la littérature médicale ancienne et moderne, il a été frappé du nombre considérable d'erreurs bibliographiques accumulées dans les ouvrages mis journellement, à titre d'œuvres classiques, entre les mains des étudiants. Il a été scandalisé de voir des auteurs modernes s'attribuer ou se laisser attribuer des découvertes remontant à une plus ou moins haute antiquité; il a été impatienté de l'incurie, de la négligence et du

BIU Santé

sans-gêne d'écrivains trop nombreux qui n'ont d'autre souci que de se copier les uns les autres, ne se donnant pas la peine de vérifier l'exactitude de leurs citations et de remonter aux sources, préparant ainsi des tortures aux érudits de l'avenir. M. L.-H. Petit a vu les mœurs littéraires de son temps et il a écrit ce livre dans lequel, suivant l'exemple de M. le professeur Verneuil, son maître, et d'accord avec quelques écrivains amoureux comme lui de bonne et saine érudition, il cherche à réagir avec énergie contre ces habitudes déplorables, à propager et à faire prévaloir les principes d'une méthode bibliographique rigoureuse qui seuls permettent d'atteindre à cette érudition de bon aloi, en dehors de laquelle l'histoire de la science n'est plus qu'une illusion ou un mensonge.

Je ne crois pas pouvoir donner aux étudiants un meilleur conseil, ni plus utile, que celui de lire, s'ils ne l'ont pas fait déjà, ou de relire ce charmant volume, à la physionomie engageante, au format élégant, aux caractères typographiques coquets, n'ayant rien, en un mot, qui sente la gravité pédante et lourde des érudits de l'école où l'on s'ennuie.

J'ai lu ce livre, moi qui ne suis plus, hélas! à l'âge heureux de ceux auxquels l'auteur l'adresse, bien que l'on puisse être étudiant à tout âge, à l'exemple de ce glorieux centenaire qui se fait honneur du titre de « Doyen des étudiants de France », j'ai lu, dis-je, ce livre et je déclare que j'ai pris à le lire un plaisir extrême, prenant ma bonne part des excellents conseils qu'il y donne, des trésors de sagesse et de savoir qu'il y distribue d'une main libérale et d'une plume spirituelle et souriante jusque dans ses indignations et ses colères, d'ailleurs purement philosophiques.

Mais est-ce bien un « livre » qu'il faut dire? On est tenté de répondre non, au premier abord, en voyant que le volume se compose de morceaux détachés n'ayant, en apparence, aucun lien qui les rattache les uns aux autres. *Conseils à un jeune bibliographe; — Histoire de la première résection de l'épaule pour carie; — Histoire d'une observation de Chopart perdue depuis un siècle; — Une question de priorité; — Sur les erreurs en bibliographie médicale; leurs causes et les moyens de les éviter; — Sur la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques; — Etude bibliographique sur le pseudo-lipome sus-claviculaire, etc.*; tels sont les titres des divers sujets traités dans cet ouvrage. Quel rapport, se demande-t-on, existe-t-il entre des sujets si différents les uns des autres? Le volume qui les rassemble mérite-t-il le nom de livre dans la véritable acception du mot? ou n'est-il pas plutôt une collection pure et simple d'articles déjà publiés par l'auteur dans divers recueils périodiques tels que la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, l'*Union médicale*, la *Revue scientifique, etc.*?

Pour avoir la solution de ce petit problème, il faut lire le volume, et, je le répète, c'est ce que j'ai fait. Je n'ai d'ailleurs à cela aucun mérite, car cette lecture est attrayante plus qu'on ne pourrait croire si l'on s'en tenait sottement aux titres des articles. Il m'a été facile alors de découvrir le lien peu visible d'abord qui relie entre eux les divers morceaux dont l'ouvrage se compose et dont l'ensemble justifie bien son titre d'*Essais de bibliographie médicale*. Ce lien, c'est la *méthode bibliographique* qui le fournit, et cette méthode se définit : « L'art de rechercher dans les livres des travaux se rapportant à un sujet donné, d'en extraire les idées, les faits qu'ils contiennent, et de les classer ensuite de manière à en tirer le meilleur parti possible. »

Le volume est presque tout entier consacré au développement de cette formule et à la démonstration des graves erreurs auxquelles peuvent se laisser entraîner les meilleurs esprits, les auteurs les plus distingués et les plus sérieux, lorsqu'ils ne sont pas guidés dans leurs recherches bibliographiques par une méthode rigoureuse.

Ces erreurs sont innombrables : qu'on en juge par le passage suivant de l'*Introduction* : « Prenez, dit l'auteur, prenez un personnage quelconque, un fait quelconque dans un ouvrage de n'importe quelle époque et écrit dans n'importe quelle langue, et cherchez dans les auteurs postérieurs à ce personnage, à ce livre, à ce fait, ce qu'ils en ont dit. Quand vous arriverez au dernier ouvrage paru sur le sujet, vous aurez fait une ample récolte d'erreurs qui vous en apprendra plus sur la bibliographie et ses procédés que tout ce que je pourrais vous en dire actuellement.

« Vous verrez aussi que bon nombre d'auteurs copient ceux qui les ont précédés, en

déguisant, bien entendu, leurs emprunts le mieux qu'ils peuvent; que par suite ils reproduisent l'un après l'autre les assertions les plus erronées sans prendre la peine de remonter aux sources. Faites ce qu'ils n'ont pas fait, et j'affirme que vous ferez une œuvre utile. Je ne dis pas que tout le monde vous en saura gré, car, pour quelques rares chercheurs que vous satisferez en leur indiquant un texte introuvable, vous mécontenterez vingt personnes qui auront contribué à l'égarer. C'est à vous de voir *quid valeant humeri.* »

L'histoire de la première résection de l'épaule pour carie; l'histoire d'une observation de Chopart perdue depuis un siècle, sont des exemples bien curieux et bien remarquables des erreurs de cette bibliographie sans méthode que notre auteur a pris à tâche de combattre. Ils montrent en outre tout ce qu'il a fallu à M. L.-H. Petit de patience, d'ingéniosité, d'esprit et de flair, si l'on peut ainsi dire, pour arriver à la découverte de la vérité obscurcie comme à plaisir par l'incurie des auteurs se copiant les uns les autres, citant les observations sans les lire, et s'efforçant comme à l'envi d'égarer le chercheur désireux de remonter jusqu'à leur source.

On lit avec intérêt et profit ces deux articles dans lesquels l'auteur, après avoir montré comment les erreurs bibliographiques naissent, se propagent et se perpétuent, fait voir par son exemple de quelle manière, grâce à l'application de certaines règles, on peut parvenir sûrement à retrouver les observations perdues ou simplement égarées.

Les difficultés que rencontre le bibliographe consciencieux dans ce laborieux voyage à la recherche d'une source ignorée ou perdue, à travers les impédimenta des citations fausses et des indications erronées plus propres à le dérouter qu'à le mettre sur la voie, ces difficultés éclatent encore dans l'article intitulé : *Une question de priorité.* Il s'agissait de savoir à qui appartenait la priorité du traitement de certaines épistaxis rebelles par l'application des révulsifs sur la région du foie.

M. L.-H. Petit nous fait assister à la curieuse odyssée entreprise par lui à la demande de M. Verneuil qui désirait être renseigné sur ce point intéressant de l'histoire thérapeutique des hémorrhagies nasales. Il finit par découvrir un texte de Galien qui juge la question de priorité au profit du célèbre médecin de Pergame. Mais au prix de quelles peines, de quels efforts et de quelle perte de temps il est parvenu à faire cette découverte! « En additionnant, dit-il, les minutes nécessitées par la recherche des ouvrages que j'ai consultés et la lecture des chapitres relatifs au sujet, j'arriverais sans difficulté à un total qui dépasserait certainement soixante heures. » On peut, par cet exemple, se faire une idée de l'énorme perte de temps causée aux historiens consciencieux par les erreurs de leurs devanciers, car, ajoute l'auteur, « si certaines erreurs bibliographiques doivent être laissées pour compte au typographe, l'immense majorité doit être attribuée à l'auteur qui n'a pas vérifié ses citations. »

Après un exposé de la *Méthode à suivre dans les recherches bibliographiques*, source précieuse de renseignements utiles; après une *Etude bibliographoque sur le pseudo-lipome sus-claviculaire*, l'ouvrage se termine par d'excellents *Conseils aux étudiants sur la manière de faire sa thèse* et de *ranger sa bibliothèque*, conseils dont tous les étudiants, jeunes ou vieux, peuvent faire leur profit.

Rappellerai-je, avant de prendre congé du lecteur, que les *Essais de bibliographie médicale* ont été honorés d'une *Préface* par M. le professeur Laboulbène, qui a bien voulu présenter ce livre *Ad lectorem* avec les justes éloges qu'il mérite? A ce propos une réflexion me vient au dernier moment : c'est qu'il eût sans doute mieux valu économiser ma prose, au double profit du lecteur et de l'auteur, en rééditant purement et simplement cette préface émanée d'une plume si compétente et si magistrale. Mais il est trop tard, « mon siège est fait ». Que l'auteur et le lecteur me pardonnent ma méchante prose en faveur de ma bonne volonté, *Pax homini bonæ voluntatis!* — A. T.

REVUE DES JOURNAUX

Un traitement de l'épistaxis. — Ce moyen de traitement conseillé par le docteur Patrick (de Sheldon) consiste à appliquer au haut de chaque cuisse, tout contre le bas-

BIU Santé

sin, et, s'il est nécessaire, autour de chaque bras, une bande serrée au degré suffisant pour empêcher le retour du sang veineux sans arrêter la circulation artérielle. Une grande quantité de sang étant ainsi retenue dans les extrémités, la tension est diminuée dans les vaisseaux saignants et l'hémorrhagie cesse presque immédiatement. L'auteur affirme avoir toujours réussi dans un grand nombre de cas. Il faut, ajoute-t-il, laisser les bandes en place pendant le temps nécessaire à la formation des caillots sanguins; en outre, il ne faudrait les retirer que graduellement, pour qu'un retour brusque d'une grande quantité de sang ne vienne pas chasser les caillots. (*The New-York med. Journ.*, 19 mars 1887.) — Ce moyen pourrait être utile s'il arrivait que le procédé de Négrier (d'Angers) fût insuffisant; en tout cas, il pourrait s'y associer. — R.

Chancre infectant à siège insolite. — Le journal anglais *The Lancet*, du 26 mars 1887, raconte un fait qui mérite d'être reproduit, car il peut se présenter dans la pratique courante. Un soldat de 20 ans fut admis dans un hôpital de Londres, pour un ulcère qui avait son siège au milieu de la joue droite. Cet ulcère était arrondi, environ de la grandeur d'un *sixpence* (pièce de 60 centimes), superficiel, à bords non décollés, à surface d'apparence vernissée, et secrétait une très petite quantité d'une humeur aqueuse. Sa base était entourée d'un tissu légèrement induré, qui était quelque peu enflammé. A l'angle de la mâchoire du même côté, on observait un ganglion hypertrophié, non enflammé, à peu près de la grosseur d'une fève. Comme il n'y avait aucun symptôme général, et que le siège de cet ulcère correspondait au passage de la chaîne du casque, on l'attribua soit au frottement de cette chaîne sur une écorchure, soit au contact, également sur une écorchure, de la substance employée pour nettoyer cette chaîne, et on le traita par des cataplasmes, des fomentations chaudes, puis, quand l'inflammation fut tombée, par l'application d'une pommade à l'oxyde de mercure. En moins de trois semaines, l'ulcère était guéri et la légère induration avait disparu, mais le ganglion engorgé n'avait pas bougé. On se disposait à donner au jeune soldat son *exeat*, lorsqu'on s'aperçut qu'il venait d'être pris d'une éruption syphilitique secondaire très intense, sans aucun indice de lésion spécifique antérieure dans les points habituels. Le traitement antisyphilitique amena la guérision de tous les symptômes et la disparition du ganglion de l'angle de la mâchoire. Il y a deux remarques à faire sur ce fait : 1° le siège très insolite de l'ulcère; 2° l'apparition prématurée de l'éruption secondaire, que l'auteur attribue à la richesse vasculaire des tissus infectés accidentellement. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. François Franck, Rémy, Laborde, Paul Régnard, Gréhant, Hénocque, pour la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie par suite du décès de M. Jules Béclard; de M. Laugier, pour la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Bodélio (de Lorient), relative à l'inoculation de la variole humaine à la vache en vue de régénérer le vaccin;

3° Des lettres de remerciements de MM. Spencer Wells (de Londres), Mauricet (de Vannes) et Surmay (de Ham), récemment élus correspondants de l'Académie;

4° Une lettre de MM. les membres du Comité de souscription pour un buste au professeur J. Béclard, demandant que le projet de souscription à ce buste soit annoncé à l'Académie en séance publique.

M. Giraud-Teulon présente, de la part de M. le docteur L. Gautier, un volume intitulé : *Guide pratique pour l'analyse chimique et microscopique des sédiments et des calculs urinaires.*

©BIU Santé

M. Charpentier présente, de la part de M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, quatre mémoires : 1° *De l'endométrite et de son traitement;* 2° *Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé corrosif employé pour le lavage des muqueuses saines et des plaies* (en collaboration avec M. L. Butte); 3° *Du raccourcissement des ligaments ronds;* 4° *Conduite à tenir dans l'avortement.*

Au nom de M. le docteur Veper une brochure intitulée : *De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie.*

M. Larrey présente : 1° Un exemplaire d'une nouvelle édition du traité de Murchison *sur les maladies du foie, la jaunisse et l'hydropisie abdominale;*

2° De la part de M. le docteur Paul Berger, chirurgien de l'hôpital Tenon, un volume intitulé : *L'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc* (amputation interscapulo-thoracique).

M. Ernest Besnier présente : 1° de la part de M. le professeur Teissier (de Lyon), un volume intitulé : *Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon, de 1881 à 1886;*

2° de la part de M. le docteur Henri Rondet (de Lyon), la *Relation de deux épidémies de fluxion de poitrine, Note à l'appui de la contagiosité de la pneumonie;*

3° De la part de M. le docteur Fabre (de Commentry), une série de brochures sur divers sujets de pathologie et de clinique.

M. Armand Gautier présente une brochure relative à une méthode nouvelle destinée à remplacer le plâtrage des vins.

M. le docteur Bouchard, professeur d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, lit une *Note sur la conservation des cadavres.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Classement des candidats : En première ligne, M. Riban; en deuxième ligne, M. d'Arsonval; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Hanriot, Hardy, Pouchet, Robin.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Albert Robin obtient 41 suffrages (élu); M. Riban, 36; M. Pouchet, 1; M. Hardy, 1.

— M. Alfred Fournier, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Ricord, Bergeron, Léon Colin, Le Roy de Méricourt et Léon Le Fort, lit la première partie d'un rapport *sur la prophylaxie de la syphilis.*

Cette lecture est accueillie par d'unanimes applaudissements. Nous donnerons le résumé de ce très remarquable et très important travail lorsque l'auteur en aura terminé la lecture.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Prises contre le coryza.

Menthol pulv.....		0 gr. 20 centigr.
Café torréfié et sucre blanc....	ââ	5 grammes.

Mêlez. — Pour priser dans le cas de coryza.

Ou bien : Chlorhydrate de cocaïne.....		0 gr. 10 centigr
Café torréfié et sucre blanc....	ââ	5 grammes.

Mêlez. — Pour le même usage. — N. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NOMINATIONS. — A l'unanimité des voix, le docteur Botkine vient d'être réélu à la chaire de clinique des maladies internes que le savant professeur occupait depuis longtemps déjà à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

— Le docteur W. Sigrist est nommé privatdocent à cette même Académie militaire de Saint-Pétersbourg.

— Le professeur Costetti est appelé à la direction de la clinique ophthalmologique de l'Université de Bologne en remplacement du professeur Magni.

— Le professeur Tibone est nommé doyen de la Faculté de médecine de Pise.

— M. Sénator, professeur extraordinaire à la Faculté de Berlin, est chargé de la clinique des maladies des enfants.

— Le professeur Hofmeier (de Berlin) est appelé à la chaire de gynécologie de Giessen.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE A VIENNE. — Le nouvel Institut anatomique vient d'être inauguré. La construction est absolument symétrique. Le nouvel établissement devant comprendre deux chaires affectées aux professeurs Langer et Toldt, les bâtiments sont composés de deux amphithéâtres pouvant contenir 300 auditeurs chacun ; à droite et à gauche se trouvent 3 musées communiquant par un ascenseur avec les salles de disection. Au premier étage, sont placées deux bibliothèques pour les professeurs ainsi que deux cabinets de travail ; puis viennent trois laboratoires pour les étrangers. Au second, un vaste musée de 72 mètres de long communique avec les appartements des professeurs.

Dans les ailes sont placées quatre salles de dissection avec dix tables de marbre chacune. La lumière arrive en profusion par 12 immenses fenêtres, de plus le travail de nuit est facilité par des lampes électriques de la force de 3,000 bougies. Les amphithéâtres sont aussi éclairés par la lumière électrique. De nombreux ascenseurs font communiquer le sous-sol, où sont conservés les cadavres, avec les salles de travail.

Cet édifice considérable a été construit en 15 mois et coûtera 1,200,000 francs.

Notre nouvelle école pratique ne supporterait pas la comparaison avec ce qui se fait en Autriche.

— Pendant toute la durée du 9e Congrès international de médecine le *Medical Register of Philadelphia* rédigé par J. V. Shocmaker et W. Wile paraîtra tous les jours et donnera le compte rendu détaillé des séances générales et des travaux des sections. De cette manière, tout médecin empêché de se rendre au Congrès sera quotidiennement tenu au courant des travaux de ses collègues. Le bureau du journal américain est situé 1519, Walnut Street, Philadelphie.

— Une chaire de bactériologie vient d'être fondée au King's College de Londres. Elle a été confiée à M. Crookshank.

NÉCROLOGIE. — L'ophthalmologie italienne vient de perdre deux professeurs distingués : Raffaele Castorani, de l'Université de Naples, et Stefano Tenoglio, de l'hôpital de Venise.

Est mort également à Chicago le docteur J.-S. Jewel, professeur de neurologie et de psychiatrie au Collège médical de cette ville. Le savant médecin était le fondateur du journal *Of nervous and mental diseases*. — Ch. S.

COURRIER

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Collignon, médecin-major au 25e de ligne, Manouvrier et Roustan (de Cannes).

— MM. les docteurs Sauvage, directeur de la station agricole de Boulogne-sur-Mer, et Trouessart, membre de la Société des études scientifiques d'Angers, sont nommés officiers de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira, le mardi 12 juillet 1887, à huit heures du matin. — Pour les conditions, s'adresser au secrétaire de la Faculté.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Aronssohn, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Paris, à l'âge de 55 ans; de M. le docteur Rochas, secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône, et de M. le docteur Le Turck, décédé à Gray. Notre vénérable confrère était né à Nancy, le 11 novembre 1797.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 11 juin 1887. — *Ordre du jour :* 1. Communications diverses : MM. Polaillon, Duroziez. — 2. Election de la Commission du prix Duparcque pour 1887. — 3. Vote sur les candidatures de MM. les docteurs Berne et Doléris.

Dyspepsies.—Anorexie.— Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

EXCURSIONS

SUR LES

CÔTES DE NORMANDIE ET EN BRETAGNE

Billets Circulaires, valables pendant un mois (1)

1er ITINÉRAIRE — 1re CLASSE 60 fr. » — 2e CLASSE 45 fr. »
Paris.—Rouen.—Le Havre.—Fécamp. — Saint-Valery. — Dieppe. — Le Tréport. — Arques. — Forges-les-Eaux. —Gisors.— Paris.

2e ITINÉRAIRE — 60 fr. » — 45 fr. »
Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery. —Fécamp.— Le Havre.— Honfleur ou Trouville-Deauville.—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.—Dinan — Rennes. — Le Mans.— Paris.

5e ITINÉRAIRE — 1re CLASSE 100 fr. » — 2e CLASSE 80 fr. »
Paris.— Cherbourg. — Coutances. — Granville.—Avranches.—Mt-St-Michel. — Dol. — St-Malo — Dinan — Rennes —Le Mans.—Paris.

6e ITINÉRAIRE — 1re CLASSE 100 fr. » — 2e CLASSE 80 fr. »
Paris.—Rouen.—Dieppe.—St-Valery.— Fécamp.—Le Havre.—Honfleur ou Trouville.—Caen.— Cherbourg.—Coutances. — Granville. — Dreux. — 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 — Dinan. — Rennes. — Laval. — Le Mans.— Chartres.—Paris.

8e ITINÉRAIRE — 120 fr. » — 100 fr. »
Paris. — Granville. — Avranches. — Mont-St-Michel. — Dol. — St-Malo — 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 — Dinan. — St-Brieuc. — Lannion. — Morlaix. — Roscoff. — Brest. — Rennes. — Vitré. — Laval. — Le Mans. — Chartres.— Paris.

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.
(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. Guiffart : Injections hypodermiques d'eucalyptol dans la tuberculose pulmonaire. — II. Revue des Journaux : La rage est-elle transmissible d'homme à homme? — Durée d'incubation de la rage. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

Injections hypodermiques d'eucalyptol dans la tuberculose pulmonaire.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 22 mars 1887, M. Ball a communiqué les résultats des recherches qu'il a faites, depuis un an, à la prière de M. Roussel (de Genève), dans son service à l'hôpital Laënnec, sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections d'eucalyptol.

Sur 21 individus soumis à ce traitement, 6 sont morts, 10 ont été améliorés et ont quitté l'hôpital, et 5 sont encore en traitement.

M. Ball a constaté que le médicament agit particulièrement sur la matière septique de la phthisie. Sous son influence, les sueurs nocturnes et la diarrhée ont cessé, l'expectoration et la fièvre ont diminué, et les bacilles ont complètement disparu des crachats.

M. Dujardin-Beaumetz, qui a expérimenté aussi ce mode de traitement, a obtenu des résultats différents. Il déclare que l'eucalyptol n'a qu'un rôle dans la tuberculose; il agit directement sur l'expectoration en la diminuant, mais il ne fait pas disparaître les bacilles. Il aurait même l'inconvénient, chez quelques phthisiques, d'augmenter l'oppression en supprimant ou diminuant l'expectoration.

J'expérimente, en ce moment, dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, les injections d'eucalyptol sur cinq sujets tuberculeux, et j'ai obtenu, très rapidement, une diminution très grande de la dyspnée sur trois de ces malades qui étaient complètement privés de sommeil. Ils ont pu dormir, à la suite de ces injections, ce qui a produit une amélioration dans leur état.

FEUILLETON

CAUSERIE

Promenades au Salon.

IV

Le Départ de l'enfant prodigue, de M. Dupain (salle 21), est une brillante fantaisie, dont la fougue, un peu tapageuse au premier abord, s'adapte bien au sujet. Ce cheval qui se cabre, ces chiens qui s'élancent sur les traces de leur maître, le désordre et la furie de ce départ dénoncent déjà les folies où l'enfant va se perdre; et le père désolé ne se méprend pas sur ces tristes présages. Mais, du haut de ce portique, il verra revenir plus tard ce même fils, meurtri et repentant, et alors le vieillard, par une divine inspiration de charité, lui tendra les bras et tuera le veau gras pour fêter son retour. En dehors des qualités décoratives du tableau de M. Dupain, c'est une idée heureuse qu'il a eue de représenter le départ de l'enfant prodigue, au lieu de son retour, qui compte depuis longtemps parmi les lieux communs de la peinture; M. Dupain a marqué au contraire d'un cachet très personnel l'épisode de son choix.

Vous, pauvres petits, qui dormez dans le *Nid de misère*, de M. Pelez (salle 14), vous n'irez pas dans un pays étranger dissiper votre bien en excès et en débauches; vous

Je n'ai pas vu l'expectoration diminuer dans la forme chronique de la phthisie. Serait-ce parce que le traitement n'a pas encore eu une durée suffisante?

Le sujet sur lequel j'ai fait mon premier essai des injections d'eucalyptol, était une jeune fille qui a été prise de broncho-pneumonie tuberculeuse, au moment où elle touchait à la convalescence d'une très grave fièvre typhoïde.

Il serait trop long de rapporter l'observation *in extenso;* je la résumerai le plus succinctement possible :

I. — Len..., jeune fille de 22 ans, de la Boussac (Ille-et-Vilaine), servante à Cherbourg depuis deux ans, soignait, depuis deux mois, sa sœur atteinte d'une fièvre typhoïde grave, quand elle a été prise elle-même de la maladie. Elle a eu une fluxion de poitrine à l'âge de 10 ans, a été réglée à 12 ans; maigre, délicate, elle a le facies des sujets tuberculeux, peau fine, blanche avec rougeur des pommettes et des joues; malade depuis quinze jours et alitée depuis huit, quand elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, le 17 février 1887; ses règles duraient depuis trois jours et se sont arrêtées le même jour.

Les principaux symptômes étaient les suivants : langue sèche, soif vive, toux sans expectoration, stupeur, ballonnement du ventre avec sensibilité dans la fosse iliaque droite, taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, diarrhée, selles involontaires, matité aux sommets de la poitrine, quelques râles ronflants plus nombreux aux sommets, épistaxis deux jours avant l'entrée à l'hôpital, température 40°, pouls 100, 40 respirations par minute.

Le 19 février, retour des règles et épistaxis, la malade perd beaucoup de sang, râles ronflants et sibilants.

Le 21 et le 22, température de la peau aussi élevée, taches rosées très nombreuses sur l'abdomen et sur la poitrine, selles involontaires, agitation, insomnie.

Le 23, même état; délire, langue brune, gencives fuligineuses, soif vive; la malade boit deux litres de limonade vineuse.

Le 25, la température tombe au-dessous de 39°, agitation et insomnie persistantes, soif vive.

Le 28, la température remonte au-dessus de 39°.

---

portez les stigmates des deshérités de ce monde, vous êtes de la race des enfants blancs que font les pauvres, avec vos paupières bouffies, vos lèvres strumeuses, vos petites mains marbrées d'engelures. Comme ils se tiennent bien enlacés, ces deux frères, le plus jeune se serrant contre l'aîné, leurs petits corps se réchauffant l'un l'autre sur ce grabat, sous ces haillons rapiécés! C'est de la réalité sans réalisme; M. Pelez n'a pu peindre ce tableau sans émotion, et il a rendu son émotion communicative par l'accent de vérité qui frappe dans cette œuvre, dont l'exécution est à la hauteur de l'idée.

Pourtant, en se réveillant, les enfants de M. Pelez auraient devant les yeux un spectacle à leur faire oublier un moment leur triste sort; ils n'auraient qu'à regarder les deux tableaux de M. Pelouse, dont l'un surtout, *La Source Bergerette, près Besançon*, est une merveille de fraîcheur et de poésie. Une senteur humide se dégage de la belle mousse veloutée qui couvre les pierres de ce ruisseau; dans les journées chaudes et poussiéreuses du Salon, il semble qu'on trouve un refuge auprès de cette source; on s'y désaltère et on s'y repose, tant le peintre a rendu avec vigueur les charmes de ce site. M. Pelouse manie le vert avec un brio incomparable, et sur cette toile il en a prodigué les plus riches nuances; on ne peut passer indifférent devant cette belle page, dont la facture parfaite est mise au service d'une possession approfondie de la nature. M. Pelouse la possède, en effet, il nous l'a prouvé maintes fois; il l'aime et il l'admire certainement, il se l'assimile tout entière, et sous son pinceau l'eau murmure entre les cailloux, les arbres frissonnent dans la brise, les couleurs, les parfums et les bruits de la nature nous arrivent et nous pénètrent; en un mot, les paysages de M. Pelouse sont

©BIU Santé

Le 1er mars, la malade a dormi pour la première fois; le ventre est peu ballonné, selles volontaires, stupeur et soif diminuées; il y a de nombreuses pustules d'ecthyma aux fesses.

Du 1er au 6 mars, malgré l'amélioration survenue dans l'état typhoïde, la température de la peau s'élève au-dessus de 39° le soir et de 38° le matin.

Le 6 mars, râles sous-crépitants, en arrière de la poitrine et du côté gauche, plus intenses au sommet; et, du côté droit, quelques râles sibilants et ronflants, au tiers supérieur.

Le 8 mars, râles sous-crépitants mêlés de sibilants des deux côtés, en arrière, mais plus nombreux et plus intenses du côté gauche; température au-dessus de 39°, respiration très fréquente, 36 inspirations par minute.

Le 10 mars, température 39°, pouls 100, 46 respirations par minute.

Traitement. — Du 17 février au 1er mars, on a donné de la limonade vineuse à l'eau de Rabel (150 grammes de vin par litre); sulfate de soude, 10, 15 ou 20 grammes suivant les indications; sulfate de quinine, 0,50 par jour; une potion avec cognac, 30 grammes; deux quarts de lavement avec décoction de racine de guimauve et 50 centig. d'acide phénique cristallisé; onctions sur le ventre avec glycérine phéniquée (2 gr. 50 p. 100) et cataplasmes.

La malade a été alimentée avec des bouillons auxquels on mêlait un ou deux jaunes d'œuf, café noir avec addition de deux ou trois cuillerées à café de cognac, vin de Banyuls 50 à 60 grammes.

Enfin, au moment où j'avais l'espoir de la guérir, cette jeune fille a présenté des symptômes de broncho-pneumonie tuberculeuse qui m'ont fait craindre de la voir succomber à une phthisie aiguë.

Des vésicatoires volants ont été appliqués sous les clavicules; des badigeonnages à la teinture d'iode ont été faits, en arrière, au tiers supérieur de la poitrine.

La malade avait beaucoup de dyspnée et de l'insomnie; les crachats n'étaient pas purulents; elle était, jour et nuit, assise sur son lit, le dos soutenu par des oreillers.

Le 11 mars, je lui prescrivis deux injections rectales de gaz acide carbonique sulfureux. On fit la première, le matin, avec l'appareil gazo-injecteur du docteur Morel; la malade était tellement fatiguée et affaiblie qu'elle ne voulut plus se soumettre, une seconde fois, à cette opération.

Du 15 au 21 mars, dyspnée continue; 44 respirations par minute; pouls au-dessus de 100.

---

vivants. Son second tableau, *Les Charbonniers au bord du Doubs*, serre la vérité d'aussi près, et, s'il n'a pas l'éclat qui attire la foule devant la *Source Bergerette*, il n'en est pas moins remarquable par les mêmes qualités de large exécution et de grâce champêtre. En face de la nature, M. Pelouse peut refaire à son usage le mot de César, et dire : « J'ai vu, j'ai compris, j'ai traduit. »

Cette salle 14 est d'ailleurs heureusement partagée, car on y trouve encore *Le Doyen de la plaine*, de M. Pail. Ce doyen est un vieux chêne au tronc robuste et noueux, qui commande une rangée d'arbres alignés au bord d'une prairie, dans un clair paysage d'automne. En face, et toujours dans la même salle, on voit une *Nature morte* de M. Rouby, d'une large et brillante facture. A l'inverse de la plupart des peintres de nature morte, qui polissent leurs ouvrages à l'excès, M. Rouby enlève vivement son sujet, et s'attache plus à la physionomie des objets qu'à leur structure détaillée; on admire beaucoup ces qualités, très développées dans la *Nature morte* de M. Rouby, et bien connues déjà dans les ravissants tableaux de fleurs qui sont la spécialité de ce peintre.

Le *Convoi de blessés*, de M. Protais, se déroule aux premières heures du matin, dans un paysage fort gracieux, baigné d'une légère buée, comme le soleil levant en fait flotter sur les vallées. Pas d'autres personnages que les blessés, qui marchent en rangs serrés parmi les voitures d'ambulance; c'est une évacuation qui est déjà loin du champ de bataille, qui a gagné les solitudes; par un chemin de traverse, les blessés sont emmenés hors du théâtre des combats, et leur isolement dans cette clairière exprime bien

Le 21 mars, je lui fais, sous la peau, à la cuisse, une demi-injection d'eucalyptine avec la seringue Pravaz. A la suite de cette injection, elle a eu, une partie de la journée, un sommeil très calme qui a duré toute la nuit.

Le 22 mars, le pouls était à 102, mais il n'y avait plus que 32 respirations, au lieu de 44, par minute.

La malade a pu, dès ce moment, rester couchée sur le dos et même un peu sur le côté; avant, elle ne pouvait rester qu'assise sur son lit.

J'ai continué, tous les jours, la demi-injection d'eucalyptine jusqu'au 3 avril. A cette date, je n'en fais plus qu'une tous les deux jours.

Le 25 mars, les râles sous-crépitants ont disparu; il n'y a plus de toux ni d'expectoration. La malade se lève une heure chaque jour. Elle se nourrit et commence à reprendre des forces. On lui donne quatre dragées d'iodure de fer.

Aujourd'hui, 13 avril, le pouls est à 80; il n'y a plus que 24 respirations par minute. La malade se lève deux heures et demie, et elle a pu aller, quelques instants, au soleil dans le jardin. Ses règles ne sont pas encore revenues.

II. — Encouragé par ce succès, j'ai employé les injections d'eucalyptine sur un vieux tuberculeux, âgé de 61 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 16 décembre 1885, Lep..., qui est atteint de phthisie chronique.

Cet homme, usé, amaigri, crache beaucoup; ses crachats sont opaques, pelotonnés, jaunes ou grisâtres, mêlés à un liquide séreux; râles sous-crépitants en arrière des deux côtés.

Pendant le cours de l'année 1886, il a eu quatre hémoptysies graves, aux dates suivantes : 30 avril, 1er juin, 12 septembre, 26 décembre. Son crachoir était quelquefois rempli de sang pur.

Le 13 mars dernier, il a encore craché beaucoup de sang.

Le 28 mars, je lui ai fait une première injection d'eucalyptine, une demi-seringue, et je l'ai répétée chaque jour.

Cet homme qui, depuis un an, ne se tenait plus, jour et nuit, qu'assis sur son lit, la tête inclinée en avant et le dos soutenu par des oreillers, a pu, le 2 avril, après cinq injections, se coucher sur le dos ou sur le côté droit, et dormir deux heures dans cette position.

Il a des râles sous-crépitants, en arrière, dans toute la hauteur du côté gauche, et dans

---

qu'ils seront séparés désormais de leurs frères restés sous les armes. Une impression de tristesse et de résignation se dégage de cette toile, une des meilleures dans la longue série des tableaux militaires de M. Protais.

M. Damoye est aussi un des maîtres paysagistes de cette école moderne, qui compte tant de fervents interprètes de la nature. L'un de ses tableaux, *En Sologne*, est un bijou de lumière et de perspective; au premier plan, un étang, avec une touffe de roseaux, et au delà la plaine coupée de bouquets d'arbres, de petits bois, la grande plaine de Sologne sous un ciel bleu pommelé de beaux nuages blancs. Dans l'autre tableau de M. Damoye, deux petites Bretonnes cueillent des fleurs dans les blés qui leur vont aux épaules, et laissent à peine dépasser deux coiffes blanches sur la nappe dorée des épis; rien de plus gracieux que la silhouette du village breton qui termine le grand champ de blé à l'horizon. Ces deux tableaux sont dans le salon carré, où ils ont pour voisin une délicieuse toile de M. Castres, *Le Jardin du couvent;* un tout petit couvent, qui occupe un ancien châtelet à tourelles, au flanc d'une colline de Provence; et dans un jardin minuscule, deux moines font la récolte des légumes en causant ensemble avec un air de bonne humeur. C'est une retraite enviable que ce couvent, tel que nous le montre M. Castres, et je ne suis pas surpris que ses habitants soient gais avec ces riants horizons devant les yeux.

*
* *

Malgré soi, on se laisse toujours retenir par la peinture, et on néglige les salles loin-

CDIU Santé

les fosses sus et sous-épineuses du côté droit; en avant, sous les clavicules, expiration rude, soufflante, beaucoup plus longue que l'inspiration.

Hier, 12 avril, il a fait l'imprudence d'aller dans le jardin, au soleil, le vent étant à l'Est et très froid; il a été repris de sa dyspnée et, ce matin, il était assis sur son lit comme à l'ordinaire. *Il n'était pas sorti de la salle depuis neuf mois.*

Nota. — Le 15 avril, il a pu se coucher sur le dos à trois heures du matin; il perd tout à fait l'appétit depuis deux jours.

III. — J'ai employé aussi les injections d'eucalyptine sur un jeune homme de 28 ans. Entré dans mon service le 25 octobre 1886, et atteint de tuberculose, au premier degré, du larynx et des poumons, de forme chronique. Il travaillait dans une scierie.

Voix éteinte; matité dans les fosses sus et sous-épineuses; matité sous les clavicules; expiration prolongée; expectoration modérée; pas de râles ni secs, ni humides; insomnie persistante.

Il prend de l'huile de foie de morue, de la solution de chlorhydro-phosphate de chaux et, par intervalles, de l'acide arsénieux.

Le 16 mars, je lui ai prescrit deux injections rectales de gaz acide carbonique sulfureux qu'il a continuées, avec persévérance, sans effet appréciable.

Le 1er avril, je lui ai pratiqué une demi-injection d'eucalyptine et j'en ai fait une tous les jours suivants. Il ne dormait pas habituellement plus de dix minutes et passait plusieurs heures sans pouvoir se rendormir. Le 4 avril, il a commencé à dormir deux heures et deux heures et demie sans réveil, et cela à plusieurs reprises dans la nuit.

L'expectoration n'a pas diminué; il remplit la moitié de son crachoir de crachats blancs un peu mousseux. La circonférence de la poitrine est, sous les bras, de 74; au niveau des mamelons, de 79 et, à la ceinture, de 76 centimètres. Il a bon appétit.

Deux autres tuberculeux, moins avancés, auxquels je fais depuis quelques jours des injections d'eucalyptine, n'en ont pas encore éprouvé d'effet. Ils dormaient, du reste, assez bien auparavant.

En résumé, les injections hypodermiques d'eucalyptine, essayées par un certain nombre de praticiens, ont eu des effets assez avantageux dans la

---

taines et les galeries extérieures, où cependant les richesses abondent, et où la promenade serait au moins aussi fertile qu'au milieu des tableaux. Dans cette partie de l'exposition, on est voué d'avance aux injustices et aux oublis, et condamné soi-même à une foule de privations, tant sont nombreuses les œuvres excellentes, dessins, gravures, pastels, etc., qu'on n'aura jamais le temps de voir et de revoir avec l'attention qu'elles méritent. C'est le cas ou jamais de relever l'autel des dieux inconnus, cet autel roublard par lequel les Athéniens se conciliaient en bloc la bienveillance de tous les dieux dont ils soupçonnaient l'existence en dehors de l'olympe officiel. Aux dessinateurs, aux graveurs, aux architectes inconnus, c'est-à-dire à ceux qui m'échapperont dans mes futures promenades, pardon de ne point leur rendre les hommages mérités; la punition n'est pas pour eux, elle est pour moi, qui manquerai tant de plaisirs en ne voyant pas tout ce qu'il y a d'agréable à voir au Salon.

Voici pourtant les pastels de M. Cagniart, qui fait, grâce à sa hardiesse dans le maniement du pastel, des choses exquises avec une mise de fonds peu importante; j'entends par mise de fonds le choix de ses vues, comme l'intérieur d'une plâtrière à Argenteuil, le bassin de la Villette, la route de Colombes, etc. Ces sites, inférieurs comme tonalité à la zone tropicale, et même aux Alpes, deviennent charmants sous les crayons de M. Cagniart, qui sait tirer du pastel des effets de force et de coloris qui lui manquent trop souvent.

Pour M. Louis Deschamps, c'est encore autre chose; il tire des feux d'artifice, lui, avec le pastel. Rien de plus enlevé que ses deux bébés, l'un qui dort à poings fermés,

phthisie et la broncho-pneumonie tuberculeuse pour encourager les médecins à en continuer l'expérimentation.

Dr GUIFFART,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Cherbourg.

Nous faisons suivre cet intéressant travail du docteur Guiffart des notes ci-dessous qu'il nous envoie à titre de complément :

La jeune fille Len..., est sortie de l'hôpital, à la fin du mois d'avril, guérie de sa fièvre typhoïde et de sa complication pulmonaire. Je l'ai revue, en ville, le 5 mai. Elle se nourrit bien, reprend des forces et ne tousse plus. Ses règles ne sont pas encore revenues.

— Le nommé Lep..., âgé de 61 ans, atteint de phthisie chronique, est toujours à l'hôpital. Je lui ai fait, du 28 mars au 29 avril, 24 injections d'eucalyptine. Comme il se plaignait d'avoir un goût amer, de *poison*, suivant son expression, j'ai cessé les injections. Il dort toujours, chaque nuit, et à plusieurs reprises, pendant une heure et demie à deux heures, et peut rester couché sur le dos. Il remplit, dans la matinée, un demi-crachoir de crachats opaques, gris verdâtres, déchiquetés. Son haleine est fétide. On constate actuellement, en arrière de la poitrine du côté droit, au tiers supérieur, de la matité avec râles sous-crépitants et souffle caverneux dans la fosse sus-épineuse, et, du côté gauche, des râles sous-crépitants, dans toute la hauteur de ce côté, mais moins intenses et moins nombreux qu'au mois de mars. Sous les clavicules, il y a du souffle bronchique avec expiration prolongée. Le pouls est à 72 et les respirations sont de 30 par minute. Le malade n'a plus de douleurs dans le dos. Il y a donc amélioration persistante dans l'état local et dans l'état général.

— Le jeune homme de 28 ans, Tr..., qui s'est soumis, pendant un mois, aux injections rectales de gaz acide carbonique sulfureux sans résultat appréciable, a obtenu une amélioration notable des injections hypodermiques d'eucalyptine, moins cependant que les deux malades précédents. Il a dormi un peu, et avant il ne dormait plus du tout. Sa voix est toujours éteinte; il souffre particulièrement dans le larynx, et il attribue ses insommies à cette douleur. On constate de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses, matité prononcée du côté droit, et des râles sous-crépitants au quart supérieur en arrière du côté droit et dans la fosse sus-épineuse du côté gauche de la poi-

---

avec ses petites narines au vent, et l'autre tout joyeux, regardant bien en face avec ses grosses joues de poupon dodu. Tout cela fait avec rien, quelques traits de couleur qui semblent jetés au hasard, et qui donnent comme ensemble un effet étonnant.

Plus sévère et plus classique est le *Portrait au pastel* de Mme A. L..., par Mme Lasson; excellente œuvre qui dénote chez l'auteur, outre le don de la ressemblance, un véritable tempérament d'artiste. J'en dirai autant d'un portrait en miniature par Mme Chéron, qui réussit à souhait dans un genre trop délaissé aujourd'hui, et auquel les peintres comme Mme Chéron seraient capables de rendre toute son ancienne vogue.

Voici maintenant, avant de quitter pour aujourd'hui les annexes de la peinture, voici la perle des perles : ce sont les aquarelles de Georges de Grandval, dont les *Prunes et Œillets* sont une vraie perfection; allez voir cela, au bout de la galerie de l'horloge, près du grand escalier qui conduit au jardin; vous resterez en admiration devant ces œillets, et votre gourmandise, si vous êtes gourmand, sera cruellement excitée par la peau fine et irisée de ces belles prunes. Des fleurs et des fruits peints de cette façon remplacent un jardin et un dessert.

*
* *

En traversant l'exposition de sculpture pour gagner la sortie, je vois un attroupement devant un buste; un buste du général Boulanger, le plus mauvais des vingt-trois bustes qui représentent cette année le même modèle. Celui-là est un tout petit bout de buste

trine, et de la respiration bronchique dans une certaine étendue transversale au-dessous de la zone des râles humides. Sous la clavicule droite, on perçoit des râles sous-crépitants dans une hauteur de 4 centimètres avec expiration prolongée. Le pouls est à 92 et les respirations sont de 28 par minute. Ce jeune homme a craché, le 2 mai, une cuillerée à café de sang rouge. Il pesait 48 kilog. 1/2 le 9 avril, et 46 kilog. 1/2 le 9 mai. Il aurait donc perdu 2 kilog. en un mois. Cet amaigrissement n'est pas appréciable à l'aspect du sujet. Celui-ci affirme qu'il s'est pesé exactement avec les mêmes vêtements. Il a pris assez longtemps de l'huile de foie de morue; il prend, en ce moment, du chlorhydrophosphate de chaux et une solution d'acide arsénieux. Aucune médication n'a pu enrayer cette tuberculose.

Mes autres tuberculeux, moins malades, sont sortis de l'hôpital, je les y reverrai peut-être vers la fin de la belle saison.

J'ai eu à traiter, cet hiver, tant à l'hôpital qu'en ville, plus de tuberculeux que les années précédentes, et j'en ai vu mourir misérablement un si grand nombre, malgré les traitements qu'on emploie ordinairement, que j'ai cru devoir essayer des moyens nouveaux. J'ai donc employé les injections rectales de gaz acide carbonique et sans amélioration. J'ai essayé ensuite les injections hypodermiques d'eucalyptine, et, sur deux malades, la jeune fille Len... et le vieillard Lep..., j'ai observé des effets rapides qui ont étonné l'interne de mon service et les malades eux-mêmes. L'orthopnée des deux malades a cessé rapidement, et, chez la jeune fille, les respirations sont tombées, dès la première injection, de 44 à 32 par minute.

Je n'ai assurément pas la prétention d'avoir guéri la phthisie pulmonaire par les injections d'eucalyptine; mais, ayant fait sérieusement l'essai de ce moyen, j'en ai obtenu des effets incontestables qui méritent, je crois, d'être signalés.

Dr GUIFFART.

REVUE DES JOURNAUX

La rage est-elle transmissible d'homme à homme? (Docteur Rovighi, *Rivista Clin.*, août 1886.) — Un homme atteint de délire aigu, avec cyanose, convulsions clo-

---

en bronze, pas ressemblant du tout, mais fouillé, ciselé, accidenté, avec l'intention évidente, mais ratée, d'accentuer l'expression martiale du héros. Quoi qu'il en soit, et peut-être pour consoler ce buste d'être si mauvais, une main pieuse avait noué un crêpe autour du socle, ni plus ni moins que sur la statue de Strasbourg; autour de ce crêpe, la foule s'amassait, une foule du dimanche, dont un jeune homme sortit brusquement en criant : « Mais il n'est pas mort, n. d. D! Il n'est pas mort, heureusement pour la France! »

Car nous avons aujourd'hui, dans les foules, le citoyen qui lance des invocations au général Boulanger, et pour cela prend une voix vibrante. avec un air tant soit peu farouche et agressif.

Il fait pendant, comme actualité, au monsieur qui était à l'incendie de l'Opéra-Comique. Non pas à la représentation, saisissez bien la nuance, mais en flânerie sur le boulevard; une grande lueur jaillit, on crie au feu, le monsieur se précipite dans le théâtre, manque d'être suffoqué, lutte, monte, descend, remonte, sauve tant de gens qu'on s'étonne qu'il y ait encore eu des victimes, et le raconte ensuite en disant : « On ne peut pas s'en faire une idée si l'on n'y était pas! »

P. DUBRAY.

©BIU Santé

niques, sputations, vomissement au moindre essai de déglutition et tentatives pour mordre, succombe une heure après son entrée à l'hôpital, et sa moelle inoculée à un chien trépané donne la rage à cet animal. Peu de temps avant sa mort, le malade avait mordu au doigt deux femmes, dont une seule fut cautérisée, et qui au bout de six mois sont encore en parfaite santé.

Durée d'incubation de la rage. (*Münch. med. Woch.*, nos 36-39, 1886.) — Sur 510 cas de rage avérés, le docteur Bauer établit que l'incubation a duré : de 1 à 19 jours chez 8,24 p. 100 des malades; de 20 à 39, chez 28,43; de 40 à 59, chez 21,17; de 60 à 79, chez 15,30; de 80 à 99, chez 9,22; de 100 à 149, chez 7,65; de 150 à 199, chez 5,69; de 200 à 249, chez 0,98; de 250 à 330, chez 2,35; de 370 à 460, de 1,18.

La durée moyenne de l'incubation a été : Pour l'homme, 80 jours; pour la femme, 65 jours; pour l'enfant, 37 jours.

Pour les morsures céphaliques ou multiples, 55 jours; pour les extrémités inférieures, 74 jours; pour les extrémités supérieures, 81,5.

Pour les morsures du loup, 39 jours; de chien, 73,5; de chat, 80. — Dr G. Schlemmer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Lannelongue donne lecture d'une note *sur les abcès tuberculeux périhépatiques et sur le traitement qui leur convient. Résection de la portion abdominale du thorax.*

« Quelques observations écourtées du siècle dernier, surtout un Mémoire du fils du célèbre chirurgien J.-L. Petit, sur les apostèmes du foie, sont les premiers documents qui ont établi l'existence de collections purulentes autour de la glande hépatique ; mais ce n'était qu'une ébauche devant recevoir de plus amples développements avec Larrey, Boyer, Cruveilhier, Andral, en France ; Frerichs, Murchison, Hilton-Fagge, à l'étranger. Et pourtant, malgré ces travaux, malgré l'appoint de faits assez nombreux récemment publiés, la nature et les origines de ces abcès, leurs rapports avec le foie restent encore enveloppés de nombreuses obscurités.

« Les abcès tuberculeux périhépatiques, sur lesquels je viens appeler l'attention, possèdent une physionomie propre, découlant de leur modalité anatomique, et comportant une intervention chirurgicale qui permet d'obtenir leur guérison dans bon nombre de cas. Ils sont parfois la première et l'unique marque apparente de la tuberculose, la seule reconnaissable pendant plus ou moins longtemps. Surprenant l'économie en pleine possession de ses forces, c'est à eux que convient tout spécialement une thérapeutique active.

« Ailleurs, ils caractérisent une étape plus avancée ; la tuberculose a donné lieu à des manifestations antérieures qui se sont dissipées ou qui demeurent encore persistantes. Un troisième groupe, enfin, comprend les faits d'abcès périhépatiques apparaissant chez un sujet en proie à de multiples atteintes tuberculeuses dans les viscères ou dans certaines sections du corps.

« Quel que soit le siège de ces abcès à la périphérie du foie, leurs rapports avec cet organe ne sont pas toujours immédiats ; paraissant reposer sur lui, ils en sont souvent séparés par une couche néoplasique de périhépatite plus ou moins prononcée. Mais alors même que la paroi de l'abcès est en rapport direct avec le tissu hépatique, on n'est pas autorisé à conclure que le foie a été son point de départ.

« Les foyers tuberculeux originels, d'où émane la membrane tuberculogène limitant l'abcès, peuvent apparaître, en effet, dans les couches profondes de la paroi abdominale sur la face interne des dernières côtes, dans le diaphragme, dans les ganglions lymphatiques du sillon transverse du foie, dans le péritoine environnant. Née de ces foyers, la paroi de l'abcès se développe sur la surface du foie en provoquant d'habitude une périhépatite adhésive qui contribue à limiter les désordres. On comprend aisément que des granulations isolées de la surface du foie puissent être le centre de végétations tuberculeuses amenant ultérieurement la formation de l'abcès.

BIU Santé

« Quatre exemples se sont offerts à mon observation depuis cinq ans. Le premier en date n'avait pas été soupçonné durant la vie du sujet qui était atteint de tuberculose généralisée ; un abcès du volume d'une grosse noix occupait le muscle diaphragme, proéminant à la fois dans les cavités de la plèvre et du péritoine.

« Sur les trois autres malades, il y avait à remplir une indication majeure au point de vue thérapeutique, l'extirpation de la paroi de l'abcès après évacuation de son contenu. Deux fois la laparotomie avec décortication de la poche a eu pour résultat une guérison prompte, qui ne s'est pas démentie depuis trois ans dans un cas et un an dans l'autre.

« Le troisième exemple a nécessité une opération plus importante. Un de mes collègues dans les hôpitaux, M. Prengrueber, avait traité par l'incision simple un vaste abcès sous-phrénique, en octobre 1886. La cicatrisation ne fut que temporaire et bientôt un trajet fistuleux se reforma, fournissant une abondante suppuration ; la température du malade, dont l'état devenait alarmant, oscillait entre 39° et 40°. Dans ces conditions, la résection du bord inférieur du thorax pouvait seule permettre de faire disparaître le vide existant entre la paroi costale rigide et le foie mobile. Cette opération fut faite le 17 mai dernier ; j'enlevai le cartilage de fusion des dernières côtes ainsi que les huitième, septième et sixième arcs costaux dans une étendue de 0m,06 à 0m,08. Par ce moyen, l'affaissement de la cavité se produisit immédiatement ; il n'y avait plus qu'à déterger l'abcès de sa paroi tuberculeuse, ce qui fut soigneusement fait. Depuis l'opération la cavité sous-phrénique est entièrement comblée, le sujet reprend ses forces chaque jour : il ne reste plus aujourd'hui qu'une plaie superficielle des plus simples.

« En résumé, l'incision simple à travers la paroi abdominale et la décortication des parois du foyer tuberculeux constituent la méthode de choix pour les abcès tuberculeux périhépatiques dont la cavité s'affaisse après son ouverture et dont l'abord opératoire est facile.

« La résection du bord inférieur du thorax jusqu'à la septième ou sixième côte, suivant les cas, doit être préconisée pour les abcès sous-phréniques supérieurs, aussi bien que pour la cure des trajets fistuleux consécutifs à l'ouverture de ces abcès. Mais la résection de la portion abdominale du thorax comporte en outre des applications plus étendues : les abcès périhépatiques de la convexité du foie, quelles que soient leur nature et leur origine, même certains abcès hépatiques, enfin les kystes hydatiques proéminant exclusivement sous le diaphragme, seront facilement abordés après l'excision de la paroi osseuse qui les couvre et les dissimule. Pour cette dernière affection, d'ailleurs, on a déjà fait quelquefois la résection costale. »

M. Chibret adresse une note *Sur l'action du régime lacté sur l'excrétion de l'urine.*

« Au cours de longues études entreprises pour étudier les variations physiologiques de l'urée, j'ai contaté nettement les faits suivants :

« Examinant au moyen de l'hypobromite de soude les urines excrétées quotidiennement par deux personnes, avant, pendant et après une diète lactée rigoureuse de deux mois, j'ai été frappé d'une énorme augmentation du chiffre de l'urée sous l'influence du régime lacté.

« Pour évaluer le quantum de cette augmentation, j'ai mis sous forme de courbes les chiffres fournis par les deux sujets ; j'ai comparé leurs courbes à la mienne, établie de même et prise comme étalon.

« En opérant ainsi, j'ai trouvé que, lorsque le régime lacté remplace complètement l'alimentation ordinaire, l'urée excrétée augmente de 60 p. 100 ; que, lorsque le lait n'intervient que pour moitié dans l'alimentation, l'urée excrétée augmente de 35 p. 100.

« Comme l'un de mes sujets, un peu obèse, a diminué de poids, tandis que l'autre, maigre, engraissait sous l'influence du régime lacté, comme tous les deux ont fourni les mêmes résultats, il est impossible d'invoquer une dénutrition pour expliquer l'excès d'urée.

« Au reste, les augmentations ou diminutions de poids répondent surtout à des variations dans les réserves de graisse et de glycogène, et ont, par conséquent, peu d'influence sur l'excrétion de l'urée.

©BIU Santé

« L'augmentation considérable de l'urée par le régime lacté est digne de fixer l'attention du médecin et du physiologiste : malgré les bons effets du lait dans les maladies dyscrasiques dont le type est l'albuminurie, le médecin a jusqu'ici ignoré le mode d'action de cet aliment. Or, le physiologiste peut dès à présent prévoir que le lait modifie profondément la constitution de l'albumine du sang, et qu'il tend à y réduire la proportion des déchets azotés insuffisamment oxydés.

« Cette hypothèse pourra être facilement vérifiée sur les animaux.

« Une expérience tentée sur moi-même, mais insuffisamment prolongée, m'a donné des résultats positifs ; mais la durée de l'expérience a été trop courte pour entraîner la certitude. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mai 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine :

1° Un volume intitulé : *Le Congrès international d'hydrologie et de climatologie*, 1re session, Biarritz, 1886 ;

2° De M. le docteur Laissus, membre correspondant, un volume intitulé : *Les maladies des enfants et les eaux thermales chlorurées sodiques de Salins-Moutiers ;*

3° De M. le docteur Hameau, membre correspondant : *Le climat d'Arcachon et le Sanatorium (ville d'hiver)* ;

4° De M. le docteur Topinard, secrétaire général de la Société d'anthropologie, une circulaire au sujet de la carte à établir par département, de la couleur des yeux et des cheveux, demandant à ses confrères de lui faciliter son travail en lui envoyant les documents qu'ils pourront recueillir.

Correspondance manuscrite : Lettres de MM. les docteurs Trousseau, Le Blond et Bouloumié, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. le docteur Guiraud (de Nice), membre correspondant, présente à la Société les *Leçons de pathologie interne et de thérapeutique des maladies infectieuses*, de Liebermeister, dont il vient de terminer la traduction. Cet ouvrage est un résumé fidèle des théories régnant actuellement en Allemagne sur les affections infectieuses.

Sur la proposition de M. de Beauvais, la Société décide que la discussion sur le *traitement du diabète* sera renvoyée à la seconde séance d'octobre.

M. Richelot lit un rapport favorable sur la candidature de M. le docteur Doléris au titre de membre titulaire. Les conclusions sont adoptées, le vote renvoyé à la prochaine séance.

M. Polaillon : Je crois que l'opération d'Alexander ne doit être faite que dans certains cas bien déterminés : 1° dans les rétroversions douloureuses ne pouvant être maintenues par les pessaires ; 2° chez les femmes jeunes. Chez les femmes âgées il y a souvent des prolapsus complets, mais on risque beaucoup de ne pas trouver le ligament rond, qui, anatomiquement, après cinquante ans, n'existe plus, ou n'existe que peu. Alors on a une peine extrême à trouver ce ligament, et l'opérateur est obligé d'aller jusqu'à ouvrir le péritoine. Dans le cas de M. Bouilly, il a fait remarquer qu'il avait trouvé le ligament rond à droite, mais non à gauche. Je le répète, chez les femmes âgées, l'opération d'Alexander doit être rejetée : il y a alors d'autres opérations excellentes auxquelles on peut recourir, telles que la colpo-périnéorrhaphie, qui réussit très bien avec le procédé d'Emmet.

Je ferai encore une petite objection : M. Richelot semble croire qu'avec l'antisepsie minutieusement pratiquée, on peut toujours opérer, et être sûr d'éviter l'infection. Cela est trop absolu ; il n'y a pas que l'antisepsie à considérer. Il y a certains terrains, chez des individus à nutrition retardante, qui donnent des accidents septiques, quoi qu'on fasse. Tout récemment j'ai opéré deux malades, très gras, atteints de tumeurs cancé-

©BIU Santé

reuses de la parotide. Tous deux ont péri de septicémie, malgré l'antisepsie rigoureusement pratiquée.

M. Richelot : Je suis de l'avis de M. Polaillon sur la réserve à faire; dans certains cas, il est impossible de faire l'antisepsie.

M. Duroziez commence une communication sur la pathologie du cœur (les grands cœurs). (Sera continuée.)

M. Tissier : M. Duroziez nous a parlé surtout des accidents chroniques survenus par le fait du rhumatisme articulaire aigu. Mais il y a bien des enfants qui ont le cœur malade après un rhumatisme et qui guérissent vers l'âge de 15 ans. Je me rappelle trois enfants (deux garçons et une fille) que j'ai soignés pour des rhumatismes extrêmement graves, qui avaient eu le cœur atteint, et qui sont actuellement guéris. Il y en a un qui a passé l'an dernier au conseil de revision, et qui a été déclaré bon pour le service.

M. Duroziez : Je répondrai qu'il y a des lésions cardiaques (insuffisances mitrales) qui disparaissent très bien. Mais il en est d'autres qui ne guérissent pas, et qui même emportent très rapidement le malade.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le sécrétaire annuel, Baraduc.

FORMULAIRE

Traitement des blépharites ciliaires. — Gorecki.

Dans la forme ulcéreuse ou eczémateuse, fréquente chez les enfants, il faut : 1° faire tomber les croûtes avec des cataplasmes de fécule tièdes; 2° nettoyer complètement les cils et leurs bases, avec de l'eau chaude contenant 4 à 5 p. 100 d'acide borique, ou bien 1/2 p. 100 d'acide phénique; ou bien encore avec une infusion de camomille; 3° toucher le fond des ulcères, avec la pointe d'un pinceau trempé dans une solution d'azotate d'argent à 2 ou 3 p. 100; 4° avec la même solution, ou avec une autre ne contenant que 1 p. 100 de nitrate d'argent cristallisé, on badigeonne légèrement la racine des cils, puis, avec le même pinceau plongé dans l'eau pure, on enlève tout excès de caustique. Cette dernière opération est répétée tous les jours ou tous les deux ou trois jours, selon l'effet produit. — Pendant la nuit, compresses trempées dans un demi-verre d'eau tiède, additionnée d'une cuillerée à bouche d'eau végéto-minérale. — Traitement général de la diathèse à laquelle se rattachent habituellement les blépharites persistantes. — Eviter la sécheresse trop grande, la poussière et la fumée de tabac. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le privatdocent Raptschewski, de l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, vient d'être chargé d'étudier la maladie bizarre qui sévit sur les troupes russes cantonnées dans le territoire transcaspien et connue sous le nom de maladie ou tumeur du Peudeh. Le mal aurait frappé plus de la moitié du contingent.

— *The americ. Lancet* nous apprend que les autorités de New-York ont refusé l'autorisation de brûler les cadavres parce que tout corps humain, d'après les lois de l'Etat, doit être enfoui sous terre.

— Un cabinet de lecture vient d'être ouvert à l'hôpital civil de Venise. Y sont admis tous les médecins civils, les médecins de l'armée de terre et de mer et les étudiants en médecine.

— Comme à Bordeaux, la préfecture de police de Berlin a interdit récemment les expériences publiques d'hypnotisme organisées par une personne étrangère à la méde-

cine. Cette mesure est justifiée par ce fait que ces expériences n'offrent aucun intérêt scientifique et peuvent être dangereuses pour le moral et la santé des personnes qui s'y soumettent.

— Le rapport annuel publié par le ministère de l'intérieur en Angleterre donne le chiffre officiel des vivisections faites en 1886. Le total s'élève à 1,035 opérations sur les animaux, pratiquées par 54 opérateurs. Mais ces expérimentations sont loin d'être douloureuses : 458 fois elles n'ont consisté qu'en de simples piqûres, 213 fois l'animal anesthésié a été tué aussitôt après l'expérience et 40 fois seulement il a pu ressentir de notables souffrances.

— La mortalité de Christiania a été en 1885, d'après les *Veroeffentlichungen des K. Gesundheitams*, de 20,57 pour mille habitants. Sur les 2,690 décès enregistrés, on compte 419 morts par diphthérie, 403 par phthisie, 2 varioles, pas de rougeole et seulement 13 fièvres typhoïdes.

— Le typhus pétéchial fait actuellement de grands ravages dans plusieurs parties de la Prusse et notamment à Dantzig.

— Une mission médicale est envoyée au Brésil par le Congrès des États-Unis, afin d'étudier le traitement préventif de la fièvre jaune préconisé par Freire et Carmona. La *Deutsche med. Wochenschrift* cite le docteur Sternberg comme devant faire partie de cette mission.

— Le professeur Billroth frappé d'une pneumonie grave est aujourd'hui hors de danger.

Dr Ch. S.

COURRIER

M. le professeur Ball, qui, empêché par un deuil de famille, n'a pas fait son cours dimanche dernier, reprendra ses leçons dimanche prochain, 12 juin. — Il traitera de l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

Société médico-pratique. — Séance du 13 juin 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. Paul Chéron : Observation d'orchite syphilitique à marche aiguë. — 2. M. Routier : Cure radicale des hernies épigastriques. — 3. M. Schwartz : Abcès par congestion de la région ilio-crurale, consécutif à un mal de Pott, guéri par une injection d'éther iodoformé. — 4. M. Huchard : Communication sur un projet de fusion de la Société médico-pratique avec la Société de médecine pratique.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 13 juin 1887, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. M. le professeur Brouardel : Suite de sa communication sur un rapport médico-légal. — 2. M. Pouchet : Etudes sur les perturbations apportées par les ptomaïnes dans les graphiques du tracé musculaire, obtenu à l'aide de grenouilles vératrinisées. — 3. M. Descoust : Discussion de la communication de M. le docteur Budin, ruptures du cordon. — 4. M. le professeur Brouardel : Responsabilité médicale.

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*.

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; tramways-Louvre.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Duroziez : Rétrécissement mitral pur. — Etiologie. — II. Bibliothèque : Traité de l'art des accouchements. — III. Revue des Journaux : Etat du larynx dans la coqueluche. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médico-pratique. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

Rétrécissement mitral pur. — Etiologie (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887.

Par P. Duroziez.

Les observations que nous rapportons présentent toutes les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral très étroit, sans autre lésion valvulaire. Les unes s'appliquent à des individus n'ayant jamais pu courir et ne présentant pas, dans les antécédents, de maladie pouvant expliquer le développement de la lésion; on peut alors admettre le rétrécissement mitral pur datant de la première enfance ou même de la période intra-utérine.

Les autres ont, dans leurs antécédents, une maladie qui peut, plus ou moins bien, rendre compte de la lésion.

Nous mettons à part les cas où un rhumatisme articulaire aigu a apparu; mais alors nous exigeons la gêne de la course pendant la première enfance; le rhumatisme articulaire aigu pouvant produire le rétrécissement mitral étroit, isolé, mais exceptionnellement; la complication est la règle. Bien que nous admettions que les individus à rhumatisme articulaire aigu aient une constitution spéciale, une grande finesse de la peau, des muqueuses et des séreuses, nous ne pouvons pas ne pas être frappé de la réponse très nette d'individus ayant eu des rhumatismes articulaires aigus et ayant une maladie de cœur : Couriez-vous bien étant enfant, étant jeune? — Oh! oui, je courais bien. Il y a donc des enfants qui courent bien, sans gêne, et d'autres qui sont de suite essoufflés, qui ne peuvent pas jouer. Qu'on examine avec soin tous ceux-ci; on parviendra à établir l'étiologie du rétrécissement mitral pur.

I. — Le malade n'a jamais pu courir et n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, ni aucune autre maladie à laquelle on puisse attribuer le rétrécissement mitral. La cause et le début nous sont inconnus. Nous admettons que la lésion remonte à la première enfance, peut être même à la vie intra-utérine.

Droulin, 15 ans, 9 juillet 1878. Elle est considérée comme ayant des cavernes au sommet gauche. Nous montrons qu'elle a un rétrécissement mitral pur qui, paraît-il, n'est pas si facile à reconnaître, puisque le chef de service ne se décide à l'accepter que quelques jours plus tard. Personne ne peut se douter, à voir cette enfant, qu'elle ait au cœur une lésion grave. Elle est pâle, chétive, rachitique, couverte de taches de rousseur, lymphatique au suprême degré, à cheveux rouges. Elle n'est pas réglée, a eu des épistaxis abondantes, puis des hémoptysies, *n'a jamais pu courir*, n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. *Coqueluche* à 9 ans. Le cœur est petit. Le premier claquement est éclatant. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement diastolique et présystolique.

Etienne, 18 ans, batteuse d'or. Rétrécissement mitral pur. Elle n'est pas réglée. Les palpitations datent de deux ans, à la suite d'une syncope. Hémoptysies. Il y a un an,

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier et 1er février 1887.

elle passe quinze jours à Necker pour des palpitations sans fièvre. On lui donne du fer et du quinquina.

Baraffe, 22 ans, 8 novembre 1883. C'est un type de rétrécissement mitral pur. Sa mère et son oncle ont eu des maladies de cœur. Sa sœur a eu un rhumatisme articulaire aigu. Sa mère est morte à 39 ans.

Réglée à 14 ans, très peu depuis l'âge de 16 ans à la suite d'une émotion. Ni fausse couche, ni grossesse. Pas d'épistaxis. Quelques hémoptysies. Elle n'a *jamais pu courir*. Gêne pour monter depuis l'âge de 16 ans.

A 19 ans, fièvre intermittente. Laboulbène a constaté à cette époque la lésion du cœur.

Etouffements depuis l'âge de 20 ans. A cet âge, *fièvre typhoïde*. Coliques hépatiques ces jours derniers. Foie gros.

26 juin 1885. — Pâle, sans aucun signe extérieur de maladie de cœur. Depuis deux ans, elle n'a pas eu de crise hépatique, pas d'ictère. Elle rentre pour des accidents péritonéaux. Elle est levée, marche et est peu souffrante.

En janvier 1887. — Le ventre est toujours dur. L'état reste le même pour le cœur. On ne peut pas supposer en la voyant qu'elle ait une maladie grave du cœur. La peau est rosée, un peu pâle, nullement cyanosée. Aucune gêne dans l'exercice calme; elle peut s'occuper du linge. Elle quitte l'hôpital le 27 février pour être femme de chambre.

C'est à partir de l'âge de 16 ans que les accidents se développent, sans maladie aiguë. Elle a toujours mal couru. Le rétrécissement date de la première enfance. Comme pureté et délicatesse des bruits et des claquements, c'est un type.

Curtiley, 25 ans, 1871. Dès son enfance, *elle ne pouvait pas courir*. Réglée à 12 ans. Pas de rhumatisme articulaire aigu. Accouchement à sept mois. Les signes du rétrécissement mitral pur se montrent à l'entrée et à la sortie. Dans l'intervalle, nous trouvons les signes de toutes les lésions possibles du cœur. Tout disparaît, excepté le rétrécissement mitral; la malade reprend ses occupations.

Rion, 31 ans, bijoutière, a un rétrécissement mitral avec hémiplégie droite et aphasie. Le médecin qui la voit depuis quatorze ans, et qui n'a jamais constaté de bruit anormal à son cœur, l'a accouchée il y a trois ans, à terme, d'un bel enfant, par le siège; il ne l'a jamais soignée pour une maladie aiguë. Elle était seulement chétive et a eu plusieurs syncopes.

L'étiologie ici est bien pauvre, et nous permet de remonter à l'enfance. Avant nous, on n'avait jamais ausculté son cœur.

Ingrand, 48 ans, lingère, 1er juillet 1885. *N'a jamais pu courir*, a toujours été essoufflée. Réglée à 12 ans, bien.

Peu d'épistaxis. Jamais de rhumatisme. Hémoptysies assez fréquentes depuis deux ans. Deux grossesses : première à 32 ans; garçon mort à 9 mois. Hémorrhagie. Deuxième à 36 ans; fille qui vit.

Hémiplégie gauche et aphasie; l'aphasie a duré un jour et demi. La paralysie brachiale est encore complète et la jambe traîne encore.

Le cœur est petit. Pouls veineux présystolique. Premier claquement très fort. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement diastolique.

Femme pâle, sans apparence cardiaque. Faiblesse grande, sensations de syncope. Elle ne se couchait pas depuis un an, avant sa paralysie. Son asthme date de cinq ans. Un peu de goître. Pouls 68, régulier, faible.

Vanier, 32 ans, 4 septembre 1883. C'est un rétrécissement mitral pur trouvé par notre distingué ami Landouzy; cette femme était entrée pour une tout autre maladie. Elle a été *réglée à 20 ans*.

De tout temps, elle a eu de la *peine pour courir*. Elle n'a jamais eu de rhumatisme

BIU Santé

articulaire aigu. Un peu de bruit présystolique; premier claquement parcheminé; deuxième claquement dédoublé; un peu de roulement diastolique. Quelques irrégularités. Pas de paralysies emboliques. Pas d'œdème.

Si la lésion date de l'enfance, le rétrécissement mitral peut parcourir une assez longue carrière; nous sommes à 52 ans, et la malade ne se plaint nullement de son cœur.

Nous voyons le 13 août 1885, dans le service de Féréol, une femme de 54 ans, atteinte de rétrécissement mitral, frappée, le 4 août, d'une hémiplégie droite sans aphasie; la parole est empâtée. *Elle courait bien étant enfant.* Aucune maladie antécédente. Sept enfants. Hémoptysie il y a trois mois. Souffle présystolique et roulement diastolique; pas de dédoublement du deuxième claquement.

Le rétrécissement, ici, est tardif; nous ne pouvons pas en fixer le début.

II. — Cas dans lesquels est intervenue une maladie pouvant expliquer la formation du rétrécissement mitral, plus ou moins bien; nous excluons le rhumatisme articulaire aigu.

Grossesse. — Nous ne pouvons pas imposer au rétrécissement mitral pur de s'être développé pendant la première enfance, sinon pendant la période intra-utérine; en clinique, il faut un peu plus de largeur et nous devons admettre que le rétrécissement pur se forme plus tardivement. Toutefois, il faudrait citer des cas où le cœur ayant été examiné avant la grossesse par une oreille suffisamment exercée n'aurait manifesté aucun des signes importants du rétrécissement mitral qu'on rencontrerait plus ou moins loin après l'accouchement, sans qu'il soit intervenu de maladie capable de produire la lésion. Il ne suffit pas que la malade ne se soit pas plainte; le rétrécissement peut exister sans gêne considérable et sans appeler l'attention. Nous ne disons pas que ces cas n'existent pas, mais nous ne les connaissons pas.

Que le rétrécissement puisse ou non être produit par la grossesse, il y a lieu d'examiner l'influence du rétrécissement mitral sur la grossesse. Les uns affirment que l'influence est très mauvaise, les autres qu'elle est à peu près nulle.

Cette divergence est due à la divergence des diagnostics. Les uns admettent le rétrécissement mitral sans signes suffisants, chez de simples chlorotiques; les autres le confondent avec les autres lésions du cœur, et ce qu'ils mettent sur le compte du rétrécissement devrait être attribué aux lésions de la mitrale en général. Ainsi, la plupart des cas donnés par Macdonald comme appartenant au rétrécissement ne lui appartiennent pas; les autopsies mêmes sont mal interprétées, et il accepte comme signe de rétrécissement un souffle au premier temps qui n'indique jamais qu'une insuffisance, ou un rétrécissement avec insuffisance, c'est-à-dire un rétrécissement faible et sans valeur.

Bouquet Labrange a fait sa thèse sur l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur, sous l'inspiration de son maître Porak. Nous avons été appelé pour plusieurs des cas qui y sont rapportés; nous y prenons donc un double intérêt.

La première malade meurt à la troisième grossesse; — la deuxième à la troisième; — la troisième à la cinquième; — la quatrième à la deuxième; — la cinquième accouche à sept mois et se rétablit; — la sixième est dans un état assez satisfaisant à la suite de quatre grossesses; — la septième

SBIU Santé

accouche pour la troisième fois; — la huitième accouche pour la cinquième fois.

4 femmes meurent, 4 femmes sortent indemnes. Si nous comptons le nombre des accouchements, nous trouvons 22 accouchements n'entraînant pas la mort et 4 seulement suivis de mort. Nous ne parlons pas de la léthalité des enfants qui est considérable, comme nous l'avons montré le premier; l'accouchement se fait presque toujours à sept mois et demi. Nous avons été le premier à le dire.

Dans aucun de ces cas de mort, à diagnostic indiscutable puisqu'il y a eu autopsie, nous ne pouvons faire remonter à une grossesse le début de l'organisation du rétrécissement mitral.

Après avoir relu les observations insérées par Porak dans sa thèse de concours, nous persistons dans l'opinion que le rétrécissement mitral pur n'est presque jamais du à une grossesse; aucun auteur ne peut s'inscrire contre cette opinion.

Jacquiot, 42 ans, blanchisseuse, présente le type du rétrécissement mitral avec hémiplégie droite et aphasie. Jamais il n'y a doute sur le rétrécissement. *Elle courait comme les autres enfants*. Ni rhumatisme, ni chorée, ni fluxion de poitrine, ni rougeole, ni scarlatine. Elle n'a jamais été couchée deux jours. Ni épistaxis, ni hémoptysie.

Réglée à 15 ans, bien, elle l'est encore. Elle a à 20 ans un enfant à terme qui vit dix mois. Elle est malade *pendant sa grossesse* et reste alitée cinq mois. Elle a des palpitations depuis cette époque.

Nous ne trouvons pas d'autre étiologie que la grossesse. Elle a plus tard une paralysie labioglosso-laryngée.

Nous ne la voyons pas mourir.

On voit tout ce qui manque à cette observation pour démontrer que le rétrécissement mitral pur, dont cette femme était réellement atteinte, avait son origine dans une grossesse.

Soulé, 32 ans, brunisseuse; 16 septembre 1873. Réglée à 12 ans, bien; ne l'est plus depuis dix-huit mois. Epistaxis abondantes étant enfant jusqu'à 16 ans. Une grossesse très bonne à 22 ans. Péritonite quinze jours après sa couche. Pas de fausse couche.

Fièvre typhoïde à 30 ans. Palpitations depuis sa couche. La lésion paraît remonter à l'accouchement.

Scarlatine. Rougeole. Variole. Fièvre typhoïde. — Ces maladies ont des droits différents aux lésions valvulaires; la scarlatine est évidemment à la tête; la fièvre typhoïde agit plus sur le muscle que sur l'élément valvulaire. Nous attendons une observation où le rétrécissement mitral pur, n'existant pas avant une de ces maladies, aurait son point de départ dans une scarlatine, une rougeole, une variole, une fièvre typhoïde.

Coche, 28 ans; 4 septembre 1883. *Jamais elle n'a pu courir* facilement.

Réglée à 12 ans, une fois, puis à 20 ans.

A 9 ans, *fièvre avec délire*; alitée quinze jours. Pas d'autre maladie. Pas de rhumatisme articulaire. Trois enfants à terme qui vivent. Pas d'oppression pendant ses grossesses. Son cœur n'a jamais été examiné.

Elle entre pour une lésion de l'utérus. Pouls régulier, égal, assez développé. Pouls veineux présystolique. Aucune apparence de lésion du cœur. Bruits rudes aux premier et deuxième temps au niveau du sternum. Deuxième claquement parcheminé. A gauche, bruit roulant au deuxième temps. Pas de double souffle crural.

6 septembre. — Rhythme du rétrécissement mitral.

On voit d'après cette observation la difficulté de fixer le début de la

BIU Santé

lésion. Jamais, avant notre examen, le cœur n'a été ausculté, ou du moins jamais cette femme n'a été avertie de la grave lésion qu'elle porte. Faut-il incriminer la fièvre typhoïde à 9 ans? Nous en doutons.

Lagronais, 28 ans, tapissière; entre le 11 juin 1886. Elle a été réglée à 16 ans, bien jusqu'à 21 ans.

Première couche à huit mois, à 21 ans; elle n'a qu'une fois ses règles, bien qu'elle ne nourrisse pas. Deuxième couche à terme, seize mois après la première. Mal réglée ensuite. Accouchement de jumeaux à sept mois, il y a deux ans, à 26 ans. Pas d'hémorrhagies aux couches.

Toujours essoufflée étant enfant; elle ne pouvait sauter à la corde comme les autres enfants. Epistaxis fréquentes étant jeune. Scarlatine à 9 ans.

A 17 ans, *fièvre typhoïde*. Jamais de rhumatisme articulaire aigu. A la suite de ses jumeaux, elle a eu une pleurésie et de l'anasarque; elle a été cinq mois malade.

On n'a jamais ausculté son cœur. Pas d'apparence cardiaque. Palpitations. Ongles un peu mauves. Les jambes n'ont jamais été enflées qu'après son accouchement de jumeaux.

Cœur petit, rhythme du rétrécissement mitral pur. Bruit de râpe présystolique. Premier claquement peu fort. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement diastolique.

Valancourt, 29 ans, mécanicienne. Rétrécissement mitral pur. Paralysie du bras gauche, sans aphasie.

Réglée à 12 ans, bien. *Variole* très forte à 7 ans.

A 23 ans, *pleurésie* et palpitations à la suite.

Morgen, 28 ans, couturière, née à Londres; entre le 3 octobre 1881. Elle a été réglée à 16 ans. Elle a des palpitations depuis longtemps, très longtemps, et *courait moins bien* que les autres enfants. Elle a eu *quelques douleurs* dans les jambes, mais pas de rhumatisme articulaire aigu. Elle a gardé le lit pour la *rougeole* et la *petite vérole*. Elle est accouchée une seule fois à 17 ans, à terme.

Le pouls est très fréquent, régulier; premier claquement très fort; rhythme du rétrécissement mitral, sans dédoublement du deuxième claquement qui n'a pas le temps de se produire.

Pecquineau, 38 ans, salle Sainte-Madeleine, 10; entrée le 1er octobre 1886. Pas de rhumatisme articulaire aigu. *Courait bien enfant.*

Scarlatine à 8 ans. Pas d'épistaxis.

Réglée à 14 ans; interruption de 15 à 16 ans; bien ensuite. Fausse couche à cinq mois, à 27 ans. Accouchement à terme à 33 ans; pas d'accidents. L'enfant vit. Palpitations depuis sept à huit ans (frayeur), plus fortes l'an dernier.

La première gêne pour monter date de l'âge de 27 ans. (Fausse couche). Un peu d'œdème à la même époque. L'eau sortait par les pieds il y a cinq ans.

Cinq semaines avant d'entrer, ne pouvait plus marcher. Une hémoptysie il y a cinq semaines. Pas de syncope. Pâleur. Ne sait pas comment elle est devenue malade.

8 octobre. — Cœur non gros. Pouls régulier. Rhythme complet du rétrécissement mitral. Bruit diastolique soufflant.

31 octobre. — Bruit diastolique soufflant. Dédoublement du deuxième claquement. Le souffle ne passe pas en arrière.

2 novembre. — Quinquina. Sirop d'orange. Pouls régulier normal. Rhythme mitral, très net. Bruits un peu enroués. Bruit présystolique. Bruit diastolique un peu soufflant. Deuxième claquement dédoublé un peu enroué. Cœur non gros. Pas de double souffle crural. Claquements un peu étouffés. Foie normal.

Le 27 novembre, nous trouvons les signes du rétrécissement mitral pur.

Le 3 décembre, elle a des palpitations, même étant couchée. Pâleur. Rhythme mitral. Premier claquement un peu enroué. Pas de gros râpement présystolique. Dédoublement net. Bruit diastolique un peu soufflant ou du moins peu grondant. Pouls régulier, petit.

©BIU Santé

Remarques. — L'influence de la scarlatine ne peut pas être imposée. La première gêne pour monter date de l'âge de 27 ans, à la suite d'une fausse couche qui n'est que la suite probable de la lésion du cœur.

Martin, 49 ans, entre le 8 octobre 1884. Pâle. Réglée à 17 ans. Suppression des règles pendant six mois après la première époque. *N'a jamais pu courir.* Elle a eu la *rougeole* étant enfant. Epistaxis abondantes dans son enfance. Elle est malade surtout depuis six ans; elle est restée six mois à l'Hôtel-Dieu; douleur du côté gauche; articulation sterno-claviculaire gauche; articulation atloïdo-axoïdienne, épaule et coude. Cinq enfants à terme; tous morts. Jamais d'œdème des jambes. Quelques filets de sang dans les crachats. Rien à la base des poumons.

Jamais de syncope. Elle ne peut pas monter. Pâle. Le cœur n'est pas gros. Les jugulaires ne sont pas grosses. Le pouls est un peu inégal, faible, petit. Premier claquement fort; dédoublement du deuxième claquement; bruit râpeux au deuxième temps. Pas de bruit présystolique.

14 octobre 1885. — Pouls petit. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement au deuxième temps.

5 novembre. — Pas de coup de râpe présystolique. Dédoublement du deuxième claquement. Un peu de bruit au deuxième temps.

22 novembre. — Pas d'appareil cardiaque. Pas d'œdème. Le claquement n'est pas éclatant; le roulement n'est pas considérable.

25 novembre. — Roulement au deuxième temps.

Remarque. — Nous ne pouvons pas imposer ce cas comme non rhumatismal. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par S. TARNIER et P. BUDIN. — Paris, Steinheil.

Le tome deuxième du traité d'accouchement commencé par MM. Tarnier et Chantreuil, continué par MM. Tarnier et Budin, vient de paraître. Il contient la pathologie de la grossesse; les traumatismes, les maladies générales fébriles, les maladies générales non fébriles, les troubles des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire, nerveux et cutané, les affections et malformations des organes génitaux, dans leurs rapports avec la grossesse, les maladies de l'œuf humain, le traumatisme et la mort du fœtus, un aperçu de tératologie, l'avortement, l'accouchement prématuré, spontané, la grossesse extra-utérine et la mort de la femme enceinte. Telle est la division du livre.

On y remarquera une grande précision de renseignements bibliographiques. Le volume, la page, le paragraphe des mémoires et ouvrages cités sont indiqués en tête des chapitres.

Nous nous bornons à indiquer les matières contenues dans ce deuxième tome. Les lecteurs de l'*Union* ne nous en voudront certes pas de substituer à une simple analyse, des extraits du livre. Nous choisirons *la conduite à tenir lorsque, le fœtus ayant été expulsé, le placenta est resté dans la cavité utérine.* De récentes discussions donnent à cette question de pratique un caractère d'actualité, et la façon dont elle est traitée, est, selon nous, un modèle de critique sensée.

« La conduite à tenir dans ces cas est, à notre époque, très discutée. Un certain nombre d'accoucheurs, croyant que des hémorrhagies et des phénomènes de septicémie surviennent fréquemment comme conséquence de la rétention du placenta dans la cavité utérine, donnent le conseil d'intervenir toujours, lorsqu'au bout de quelques heures l'arrière-faix n'a pas suivi le produit de conception.

« Les procédés qui ont été recommandés sont nombreux et variés. Certains médecins introduisent le doigt dans l'utérus et cherchent à décoller, à fragmenter, à enlever le placenta; d'autres font pénétrer des pinces mousses, des pinces à faux germes, avec

©BIU Santé

lesquelles ils s'efforcent d'extraire de leur mieux l'arrière-faix ; il en est qui emploient la curette, soit une curette mousse, soit une curette coupante. P. Mundé, par exemple, ne fait usage que de la curette mousse et recommande « d'éviter l'emploi d'une force qui pourrait blesser la femme. » Mais la curette à bords tranchants a ses partisans : on gratte, on racle les parois de la cavité utérine et on entraîne au dehors les débris de l'œuf ; on doit toujours, bien entendu, prendre les précautions antiseptiques les plus sévères. Dans les derniers temps, Doléris a conseillé d'ajouter au raclage des parois utérines l'emploi de l'écouvillon.

« L'écouvillon ressemble à l'instrument dont on se sert pour nettoyer les bouteilles encrassées. Les écouvillons sont de force, de volume et de longueur variables ; la souplesse ou la résistance de leurs crins varie également. On le fait pénétrer par un mouvement de vrille et par un mouvement identique en divers sens ; on détache, on entraîne tous les débris, grands et petits, tous les lambeaux adhérents, toutes les parcelles décomposées qui tapissent la paroi musculaire. » Dans certains cas, l'écouvillon suffirait sans raclage préalable.

« Mais il n'est pas toujours facile d'opérer dans l'utérus, dont les dimensions sont peu considérables au début de la grossesse et dont le canal cervical n'est guère perméable ; on peut être obligé de pratiquer la dilatation, soit avec le doigt, soit avec des dilatateurs métalliques, soit avec l'éponge préparée, la laminaire, le tupelo. Pour mieux agir quelques accoucheurs saisissent le col avec des pinces et l'abaissent jusqu'à la vulve. En un mot, il faudrait, par tous les moyens, et ces moyens varient suivant les cas et avec le tempérament des opérateurs, arriver à entraîner l'arrière-faix hors de la cavité utérine.

« Une telle conduite est-elle vraiment rationnelle et nécessaire ? Il nous semble que, pour la faire accepter, il faudrait démontrer deux choses :

« 1° Que la rétention du placenta dans l'avortement est réellement une source d'accidents fréquents ; 2° que toute les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

« 1° Les statistiques nous manquent pour savoir ce qui se passait autrefois et ce qui se passe encore aujourd'hui quand on ne prend aucun soin de propreté, quand on n'a pas recours aux précautions antiseptiques ; mais nous avons vu que, sur 21 cas observés à la Charité, dans lesquels il y avait eu rétention du placenta après l'expulsion du fœtus, pas une seule fois il n'est survenu d'hémorrhagie au moment de l'expulsion de l'arrière-faix et, chez trois femmes apportées à l'hôpital avec de la fièvre, les symptômes de septicémie ont disparu rapidement grâce aux injections antiseptiques.

« A la Maternité, il y eut 24 cas de rétention ; deux femmes (dont une apportée malade du dehors) ont eu des phénomènes d'infection : elles ont guéri sans difficulté ; une troisième, qui avait de la fièvre et qui toussait lors de son entrée, mourut de pneumonie quatorze jours après son avortement.

« 2° Toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on se livre sont-elles complètement inoffensives ? Nous ne saurions trop engager ceux que cette question intéresse à lire avec soin les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Ils y verront que le doigt est en général insuffisant, qu'il ne réussit pas toujours à détacher le placenta et à l'entraîner au dehors. Les pinces sont difficiles à manier dans l'intérieur de l'utérus et elles y laissent des débris de l'arrière-faix..... Grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, les résultats n'ont pas été aussi mauvais qu'on pourrait le croire ; cependant, on voit qu'avec ces interventions préventives faites pour mettre les femmes à l'abri de la septicémie et d'une hémorragie possibles, les pertes de sang abondantes ne sont pas rares... et qu'elles n'ont pas toujours échappé à la septicémie ; il y a eu des endométrites, des phlegmons pelviens graves, des décès.

« Ainsi donc, contrairement à l'opinion admise par certains auteurs, la rétention des annexes du fœtus dans l'avortement cause rarement des complications, si on a recours aux antiseptiques. D'autre part, les diverses méthodes d'intervention qui ont été conseillées et mises en pratique sont les unes insuffisantes, les autres dangereuses. En conséquence, nous ne voyons nullement la nécessité d'intervenir lorsque, l'embryon étant expulsé, le placenta reste dans la cavité utérine. On se bornera à faire deux ou

©BIU Santé

trois fois par jour des toilettes et des injections vaginales antiseptiques, et l'arrière-faix sera éliminé spontanément. S'il survenait quelque complication, il serait toujours temps d'intervenir. C'est cette méthode qui a été suivie à la Maternité et à la Charité, et qui nous a donné les résultats que nous avons signalés.

« Est-ce à dire que nous proscrivions absolument, de parti pris, toute intervention active? Ce serait aller au delà de notre pensée, car, en clinique, il est bien rare qu'on puisse raisonnablement poser des lois absolues. Ce que nous avons voulu établir, c'est que l'expectation, l'antisepsie aidant, est presque toujours suivie de succès et qu'elle est préférable à une intervention, quelle qu'elle soit. »

Les préceptes ainsi clairement exposés par MM. Tarnier et Budin sont depuis longues années, du moins pour ce qui concerne l'expectation, les préceptes de l'Ecole de Paris et même, si je ne me trompe, de l'Ecole française par opposition à l'Ecole allemande. Nous sommes convaincu, tant par les statistiques d'autrui que par l'expérience personnelle, que les femmes dont le placenta est retenu après l'avortement guérissent par l'expectation et une antisepsie rigoureuse. Donc, tant qu'on n'aura pas démontré le contraire, il n'y a pas lieu de modifier le traitement. Nous reproduisons, en terminant, l'argument qui a servi de point de départ à la discussion du sujet par MM. Tarnier et Budin. Il nous paraît irréfutable. — Dr H. Stapfer.

REVUE DES JOURNAUX

Etat du larynx dans la coqueluche, par Von Herff. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, juillet 1886). — Les observations suivantes ont été faites par l'auteur sur l'auteur lui-même, qui a mis à profit l'attaque de coqueluche dont il était atteint pour examiner un larynx dans une série d'observations, dont plusieurs ont pu même être faites pendant les accès quand leur intensité le permettait. La chose n'est pas commune et le sujet est resté jusqu'ici peu étudié. Voici les propositions auxquelles est arrivé l'auteur :

Pendant tout le cours de la malade, il est donné d'observer un état léger d'inflammation de la muqueuse des voies respiratoires s'étendant, à la vue, du pharynx nasal à la bifurcation de la trachée. Ce catarrhe, léger au début, augmente d'intensité à mesure que le stade spasmodique progresse, et il finit par devenir extrêmement intense au moment où les quintes s'aggravent et se multiplient. Il ne disparaît que lentement pendant la convalence. Il n'est pas également marqué sur toutes les régions. Il est plus prononcé sur la muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes et les cartilages de Santorini ou de Wrisberg, mais surtout sur la paroi postérieure du larynx dans l'espace sus-glottique et derrière l'épiglotte. Les autres parties du larynx restent indemnes et les cordes vocales elles-mêmes sont presque intactes. Cependant l'hyperémie s'étendait tout le long de la trachée et pouvait être suivie jusqu'au niveau de la bifurcation.

L'auteur, pendant toute la durée de l'accès paroxystique, a pu observer la présence, sur la paroi postérieure du larynx au niveau de la fente glottique d'une petite masse globuleuse de mucus, dont le détachement amenait immédiatement la cessation de l'accès. De plus, en irritant cette région du larynx à l'aide d'une sonde, il pouvait provoquer sur lui-même un accès de toux spasmodique simulant sous tous les rapports la quinte de coqueluche. L'irritation de la région rétro-épiglottique avait un effet analogue, mais bien moins prononcé. D'autre part, l'excitation des autres parties du larynx était absolument incapable de produire la toux paroxystique caractéristique de l'accès de coqueluche.

L'auteur conclut donc de ces observations que l'inflammation de la muqueuse de la région inter-aryténoïdienne est dans un rapport étroit et spécial avec les accès spasmodiques particuliers à la coqueluche. — L. Dn.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1887. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE. — Suite de la discussion sur l'occlusion intestinale. — Suite de la discussion sur la suture des nerfs. — Rapports sur une observation de calcul vésical; sur une observation de luxation externe de la rotule avec rotation de l'os suivant son axe vertical. — Fistule vésico-vaginale comme moyen de traitement de la cystite douloureuse. — Présentation de malades.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. TRÉLAT croit devoir présenter quelques remarques au sujet du malade dont M. Terrier a communiqué l'observation.

On se rappelle qu'il s'agissait d'un individu atteint de cancer de l'estomac et d'un cancer secondaire du côlon, lequel avait déterminé l'obstruction intestinale. En l'absence de diagnostic précis, M. Terrier a fait ce que M. Trélat conseille de faire en cas semblable : il a pratiqué la laparotomie et, reconnaissant alors qu'il ne pouvait détruire l'obstacle au cours des matières, il a eu recours à l'opération de l'anus contre-nature.

Si M. Terrier avait pu faire le diagnostic, il eût été préférable de pratiquer d'emblée l'anus artificiel, car son malade n'est pas mort de la dernière opération, mais bien de la laparotomie qui a provoqué la péritonite.

M. VERNEUIL voit dans l'observation de M. Terrier la confirmation de ce qu'il a dit, au cours de la discussion, touchant la nocuité des ponctions faites avec le trocart sur un intestin malade. A l'autopsie de son opéré, en effet, M. Terrier a constaté l'existence d'une perforation au niveau de l'une des piqûres.

M. TERRIER pense avec M. Léon Le Fort que, dans les cas d'incertitude du diagnostic, la laparotomie constitue l'opération de choix. Son malade se trouvait précisément dans ce cas, et c'est pourquoi M. Terrier a pratiqué la laparotomie, ne pouvant pas prévoir qu'il serait amené ensuite à faire l'anus contre-nature; s'il avait pu le prévoir, il aurait eu d'emblée recours à cette dernière opération.

Répondant à M. Verneuil, M. Terrier ne pense pas que la petite ouverture trouvée sur l'intestin à l'autopsie de son opéré doive être attribuée aux ponctions faites avec le trocart, attendu qu'il n'existait pas d'épanchement à ce niveau; il croit que la péritonite à laquelle le malade a succombé a été causée par une antisepsie incomplète. Il aurait fallu traiter par l'ébullition les compresses qui ont servi à envelopper l'intestin, les agents antiseptiques ordinaires n'ayant d'influence que sur les microbes et non sur leurs germes qui se développent plus tard et amènent l'inflammation du péritoine.

M. Marc SÉE rappelle qu'il a eu souvent l'occasion de pratiquer des ponctions avec le trocart fin sur des anses intestinales distendues, sans éprouver d'accidents.

— Reprenant la discussion sur la question de la réunion immédiate des nerfs après la suture, M. QUÉNU déclare qu'il ne croit pas, pour sa part, à la théorie de la restauration autogène des tubes nerveux sectionnés, théorie par laquelle on a cherché à expliquer le retour fonctionnel du nerf après la suture. Il ne croit pas non plus avec M. Polaillon que ce retard soit dû aux fibres nerveuses récurrentes provenant des nerfs voisins et existant non dégénérées dans le bout périphérique, ni avec MM. Léon Le Fort et Paul Segond au simple contact des tubes nerveux fraîchement coupés.

M. Quénu aurait plus de tendance à accepter l'interprétation de M. Brown-Séquard. D'après les expériences de ce physiologiste, toute irritation suffisante d'une partie quelconque du système nerveux à action centripète provoque une modification dans les centres nerveux, ainsi que dans les nerfs sensitifs et moteurs. Il s'y produit une action tantôt de dynamogénèse, tantôt d'inhibition.

Dans l'espèce dont il s'agit, lorsqu'après la section d'un nerf qui a produit la paralysie des parties auxquelles se distribuent les filets de ce nerf, on vient, par la suture ou par l'irritation du bout central, stimuler la puissance d'action des filets nerveux intacts qui proviennent des nerfs voisins non lésés et qui se distribuent à la partie paralysée,

on peut voir reparaître dans cette partie la sensibilité et la motilité perdues. C'est ce qui est arrivé dans l'observation de M. Polaillon. Chez son opérée, qui avait eu les nerfs médian et cubital sectionnés, et dont le nerf cubital, malgré la soudure et sa régénération spontanée, n'avait pas repris ses fonctions, le retour de la sensibilité dans la zone de distribution du cubital s'est manifesté cinq heures après la suture des deux bouts du nerf médian. C'est l'irritation du médian qui a réveillé l'action physiologique simplement endormie du nerf cubital.

M. Quénu a observé un cas analogue sur une jeune fille qui avait eu les nerfs médian et radial coupés par un éclat de porcelaine brisée.

De ces faits, M. Quénu croit pouvoir conclure qu'il y a lieu de distinguer, dans le rétablissement de la sensibilité à la suite des sutures nerveuses, deux phénomènes :

1° Un phénomène de suppléance latente préexistant à l'opération et dépendant de la distribution anatomique des fibrilles nerveuses;

2° Un phénomène de réveil physiologique ou de dynamogénie, sous l'influence de l'intervention opératoire.

M. Richelot admet parfaitement comme réels et bien observés les faits dont il vient d'être question; mais ces faits ne peuvent supprimer ceux dans lesquels, à la suite de la section du nerf médian par exemple, on a constaté, avant toute opération, que la sensibilité était conservée dans la zone innervée par le médian; d'où l'on a conclu en toute légitimité que cette sensibilité était due à la suppléance par des fibres collatérales. M. Richelot a observé lui-même des faits semblables dans les sutures nerveuses qu'il a pratiquées. A son avis, les faits dans lesquels on constate le retour de la sensibilité après la suture nerveuse ne prouvent rien au point de vue de la régénération nerveuse, car il est très difficile de distinguer la sensibilité de retour de la sensibilité collatérale ou conservée. Il ne faut tenir compte que des faits dans lesquels, en outre de la sensibilité, on a vu reparaître les fonctions musculaires.

Il y a également lieu de tenir compte de la possibilité d'anomalies nerveuses. Ainsi des anastomoses anormales ont été constatées par M. Verchère entre le médian et le cubital. Chez un individu qui aurait cette anomalie, la section du médian ne serait pas suivie sans doute des phénomènes que l'on observe dans les cas ordinaires.

En résumé, les faits de rétablissement immédiat de la sensibilité en même temps que de la motricité, à la suite des sutures nerveuses, sont extrêmement rares et méritent d'être examinés de près si l'on ne veut pas se faire d'illusion. Il est des cas où, comme dans celui de M. Segond, malgré le rétablissement de la sensibilité, l'atrophie des muscles continue de se faire.

M. Polaillon pense qu'il y a lieu de faire les plus grandes réserves au sujet de la théorie exposée par M. Quénu. En somme, il ne s'agit là que d'une théorie, tandis que le rétablissement des fonctions d'un nerf, après sa suture, est un fait.

M. Polaillon n'a jamais nié le fait de la récurrence; il l'a même invoqué pour expliquer le rétablissement des fonctions du cubital après la suture du médian, chez son opéré.

M. Polaillon ne voit pas, d'ailleurs, pourquoi l'on n'admettrait pas la réunion immédiate des tubes nerveux divisés. Cette réunion a été, du reste, observée dans des cas où les deux bouts du nerf n'ont présenté aucune trace de dégénérescence.

M. Reclus pense, comme M. Richelot, qu'il y a lieu de faire une distinction capitale entre les faits de retour immédiat de la sensibilité seule et ceux où la motricité a reparu en même temps que la sensibilité. Ce sont ces derniers seuls qui peuvent avoir une valeur décisive.

M. Trélat estime qu'à l'heure actuelle il n'est pas possible d'expliquer le rétablissement des fonctions nerveuses après la suture des deux bouts d'un nerf coupé. Il faut de nouvelles observations pour élucider cette question délicate et difficile.

— M. Kirmisson fait deux rapports sur deux observations adressées par M. le docteur Faucon (de Lille). L'une est relative à un individu âgé de 19 ans opéré d'un calcul vésical qu'il portait depuis l'âge de 5 ans. Le malade a guéri sans accident. L'autre concerne un

©BIU Santé

cas de *luxation externe de la rotule avec rotation de l'os suivant son axe vertical*, cas unique, jusqu'à présent, dans la science.

— M. Le Dentu complète l'observation des deux malades auxquelles il a pratiqué une fistule vésico-vaginale dans le but de combattre les envies fréquentes d'uriner qu'elles éprouvaient par suite d'une cystite douloureuse.

Chez ces deux malades, il a fermé, au bout d'un temps variable, l'ouverture fistuleuse qu'il avait pratiquée dans un but thérapeutique. Chez l'une, l'opération suivie de guérison a eu lieu six mois, chez l'autre quinze mois après l'établissement de la fistule.

L'amélioration obtenue par la fistule s'est continuée après la fermeture de cette dernière; elle a été plus complète chez la seconde dont la vessie avait été le plus longtemps ouverte.

M. Charles Monod fait deux présentations de malades sous les titres suivants :

1° Section du long fléchisseur du pouce; réparation par greffe d'un fragment de tendon de lapin; retour des fonctions du doigt; âge : 18 ans.

2° Panaris analgésique des extrémités; névrite périphérique; homme de 56 ans (docteur Morvan). — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Persistance du canal de Muller. Hydronéphrose du rein et de l'uretère droits. Pyélonéphrite calculeuse du rein gauche, par M. Reliquet. — Se trouvant appelé auprès d'un homme de 40 ans qui présentait des accidents urémiques ultimes, l'auteur jugea toute intervention chirurgicale inopportune. La mort étant survenue rapidement, l'autopsie montra que les deux reins étaient atteints, et que, par conséquent, l'ablation de l'un d'eux n'aurait pu qu'accélérer la terminaison fatale.

M. Reliquet insiste sur ce fait que la cause de l'hydronéphrose du rein droit était la persistance du canal de Muller, qui comprimait l'uretère du même côté.

Contribution à l'étude du danger de l'antipyrine. — M. P. Chéron, ayant essayé diverses médications sans pouvoir abaisser la température, crut devoir, chez une jeune femme enceinte de sept mois et demi et atteinte de fièvre typhoïde, donner de l'antipyrine. La température étant montée à 42,5 et les bains froids étant impossibles par suite de circonstances accessoires, il administra 1 gramme de cette substance en deux doses de 0,50 centig. à cinq heures d'intervalle.

Immédiatement le thermomètre se mit à baisser, et malgré le réchauffement artificiel, le soir, à sept heures, la température était de 35,5 et de 34,5 à minuit. Crampes, difficulté de la parole, dureté de l'ouïe et obnubilation intellectuelle. Les accidents cédèrent à l'emploi persévérant des stimulants diffusibles et à la chaleur.

Les hautes températures continuant, M. Chéron essaya de donner des doses très petites d'antipyrine sans obtenir aucun effet; il augmenta alors peu à peu, mais à la dose de 0,40 fractionnée en 8 prises à trois heures d'intervalle, les phénomènes de collapsus se montrèrent de nouveau.

L'antipyrine, dans ce cas particulier, était donc absolument impossible à employer. Ou bien elle était inefficace, ou bien le collapsus apparaissait. Peut-être faut-il chercher, dans l'état de grossesse, la raison des accidents.

Nécessité de l'isolement prolongé dans la diphthérie, par M. Dauchez. — Une fillette atteinte du croup et à qui l'on dut faire la trachéotomie, rentra chez ces parents dix-huit jours après l'opération portant au cou une petite plaie suppurante; elle n'avait plus la moindre manifestation diphthéritique. Deux jours après, le père, la mère et un petit garçon étaient atteints de diphthérie, et M. Dauchez regarde la jeune fille comme la cause de la petite épidémie.

M. Cadet de Gassicourt partage l'opinion de M. Dauchez. Pour lui, on ne doit rendre les opérés de croup à la vie commune que lorsque la plaie trachéale est cicatrisée; il a vu un cas de diphthérie dans lequel il n'y a eu que vingt-quatre heures d'incubation.

De la cure radicale des hernies, par M. Barette. — Cette opération autrefois très négligée tend à devenir d'un usage fréquent; les pansements antiseptiques, en permettant d'éviter les complications des plaies péritonéales, ont contribué à sa diffusion. Les procédés opératoires actuellement en usage permettent la production d'un tissu cicatriciel qui s'oppose à la réapparition de la hernie. Une observation que rapporte M. Barette permet, du reste, de se rendre compte du développement du processus réparateur.

Le 29 janvier 1887 entre à la Charité une femme de 44 ans, phthisique et atteinte d'une hernie crurale du volume d'un gros œuf de poule, étranglée depuis la veille. Après avoir échoué par l'emploi du bain et du taxis sous le chloroforme, M. Barette pratique aussitôt la kélotomie. Dans le sac, on trouve l'épiploon et une anse d'intestin comprimée contre le ligament de Gimbernat; le débridement est fait sur le ligament, l'intestin réduit et l'épiploon réséqué. Le sac est ensuite disséqué aussi haut que possible, des sutures placées sur les lambeaux du fascia cribriformis et la plaie fermée.

Guérie au bout de six jours, la malade succombait au bout de quarante deux jours par suite de sa lésion pulmonaire. A l'autopsie, il n'existait pas d'infundibulum du côté du péritoine, tout le canal crural était oblitéré par une cloison fibreuse et le fascia cribriformis libre d'adhérences avec la peau. Dans ces conditions, il est fort probable que a hernie ne se serait pas reproduite.

Résection de l'astragale pour une luxation irréductible. — M. Schwartz présente à la Société le moule du pied d'un homme sur lequel il a fait l'opération ci-dessus, la luxation datant de trois mois. La marche était rendue impossible par le déplacement de l'astragale qui bombait en dehors sur le dos du pied. Actuellement, le malade peut marcher sans béquilles, et des mouvements de flexion et d'extension se sont établis dans la mortaise formée par le calcanéum et les os de la jambe. Les résultats de l'opération sont donc excellents. — P. C.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La deuxième réunion de la Société internationale de statistique se tiendra à Paris en 1889. La première réunion tenue récemment à Rome a montré, par des chiffres irréfutables, la grande influence que pouvait avoir l'hygiène publique sur la diminution de la mortalité.

— Dans sa séance du 18 mai, la Société de médecine de Berlin a agité la question de savoir si, comme elle y avait été invitée, elle se ferait officiellement représenter au Congrès de Washington. Cette proposition a été repoussée. La Société de Berlin n'a envoyé, depuis sa fondation, qu'une seule délégation officielle; c'est au Congrès de Copenhague. Cette délégation était chargée d'inviter le Congrès à tenir sa première réunion à Berlin. Cette motion n'a pas été prise en considération, grâce à la coalition des médecins français et américains. Ce souvenir a été d'un grand poids dans la résolution que vient de prendre la Société de médecine berlinoise. — Dr Ch. S.

COURRIER

La décoration du Mérite agricole a été conférée à M. Crussart, docteur en médecine à Neufchâteau (Vosges).

Surtout pendant les grandes chaleurs, nous estimons que dans les affections de l'estomac, particulièrement dans les maladies consomptives, on retirera des avantages sérieux de l'emploi de reconstituants qui, comme le *vin de Bayard* à la peptone phosphatée, semblent bien faits pour augmenter la résistance organique de chaque individu.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Duroziez : Rétrécissement mitral pur. — Etiologie. — II. Bibliothèque : Leçons de thératique. — III. Revue des Journaux : Essence de térébenthine dans certaines affections intestinales douloureuses chez les enfants. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Rétrécissement mitral pur. — Etiologie (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887,

Par P. Duroziez.

Chorée.

Michel, 39 ans, lingère, a un rétrécissement mitral avec hémiplégie droite et aphasie. *Elle a toujours bien couru*, bien monté jusqu'il y a quatre mois. Jamais elle n'a gardé le lit pour une maladie. Ni rougeole, ni scarlatine, ni douleurs, ni fluxion de poitrine, ni épistaxis, ni hémoptysie.

Chorée gauche (deux mois de durée) à 13 ans.

Réglée à 13 ans, bien; l'est encore. Dix enfants, le premier à 16 ans, le dernier à 30 ans; il en reste deux, de 10 et de 12 ans. Le plus âgé a vécu six ans. Les accouchements ont été à terme, sans pertes. Les palpitations ne datent que de quatre ou cinq mois.

On peut accuser la chorée. L'obscurité est grande. La malade a pu traverser dix grossesses à terme : elle a un rétrécissement mitral dont on ne trouve pas dans les antécédents de trace, autre que la chorée.

Guerbe, 45 ans, salle d'accouchements de la Charité.

10 janvier 1887. — Elle a un rétrécissement mitral pur et est enceinte de sept ou huit mois. *Elle n'a jamais pu courir.* Elle a eu une *chorée* prolongée de 7 à 14 ans. Pas de rhumatisme articulaire aigu (une de ses filles a eu de la chorée et des douleurs). Elle a eu quatre accouchements à terme sans accidents. Elle est à sa cinquième grossesse, à sept ou huit mois. Le pouls est inégal, irrégulier. Les cavités droites sont dilatées. Bruits parcheminés le long du sternum, surtout en bas. Roulement au deuxième temps. Rhythme mitral. Respiration gênée. Etouffement.

Saturnisme et syphilis. — Nous avons rencontré le rétrécissement mitral pur chez un certain nombre d'individus travaillant le plomb et atteints d'accidents saturnins. Faut-il admettre cette nouvelle origine? Nous la proposons plus que nous ne l'imposons. Cependant, nous produisons ici 14 cas de rétrécissement mitral, plus ou moins pur, observés par nous. On comprend la réserve que nous apportons quand on sait à combien de causes de maladies s'exposent les gens qui manient le plomb, peintres en bâtiments, cérusiers et autres. Nous devons tenir compte du saturnisme dans l'étiologie du rétrécissement mitral, et peut-être de la syphilis.

Taillard, 28 ans, peintre en bâtiments. 22 août 1885. *Impaludisme. Colique saturnine* en septembre 1884. Gêne pour monter depuis cette époque.

Il a toujours bien couru. Pas d'épistaxis. Pas d'hémoptysie. On sent le frémissement et le roulement du deuxième temps. Type de rétrécissement mitral pur. Pouls régulier, normal. On ne pouvait pas soupçonner une lésion du cœur.

Lurette, 27 ans, fondeuse en caractères depuis l'âge de 12 ans. Elle jouait comme les autres enfants et n'a jamais été malade. Pas d'épistaxis. Réglée à 11 ans, jamais bien;

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 janvier, 1er février et 14 juin 1887.

quatre et cinq mois sans règles. Hémoptysie il y a trois ans. Deux fausses couches de quatre mois et de six semaines, il y a deux ans et un an. *Coliques de plomb* il y a trois ans, deux ans et un an. Chorée droite depuis un an. Elle ne peut pas monter, depuis un an, sans palpiter. Dans le service, on ne se doutait pas qu'elle eût un rétrécissement mitral pur.

Vacher, 31 ans, plombier, 25 décembre 1886. *Fièvre typhoïde* à huit ans. En 1878, étant soldat, il a eu une *fièvre intermittente* longue, puis un *rhumatisme articulaire aigu*. Une lésion valvulaire a été constatée à cette époque. Il était gêné pour courir. Il a eu des *coliques saturnines* et un érysipèle. Pouls régulier. Pas d'impulsion du cœur. Rhythme type de rétrécissement mitral pur.

Remarques. — Nous trouvons ici, comme cause possible du rétrécissement mitral pur, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre intermittente et l'intoxication saturnine.

Degasne, 44 ans, fondeur de balles de plomb pendant sept ans. 4 décembre 1884. Il courait comme les autres enfants.

A 9 ans, *chorée* pendant six mois, puis pendant trois ans. Il y a des moments où il ne peut pas parler depuis sa chorée. Pas d'épistaxis.

Coliques de plomb à 39 ans. Quatre mois à la Pitié. Anasarque et albumine.

Le cœur est un peu gros. Pointe cinquième espace. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement au deuxième temps. Pâleur. Pas de bruits chlorotiques. Peau et ongles mauves. Pouls inégal, irrégulier, lent par moments.

Je le fais marcher; les bruits prennent une grande intensité. Le rétrécissement mitral n'est pas douteux.

Buisson, 44 ans, polisseuse de caractères depuis l'âge de 13 ans; 1885. Petite, chétive, mal faite, elle a été réglée à 13 ans, mal et l'est encore. Rougeole à 5 ans. Dès son enfance, à partir de 6 ans, *elle ne pouvait ni courir ni monter*. Migraines de tout temps.

A 22 ans, on lui a dit qu'elle avait le cœur malade. *Coliques de plomb* en 1880 et 1883. *Rhumatisme articulaire aigu de trois mois en 1884.*

10 octobre 1885. — Rétrécissement mitral pur.

Nous la voyons souvent jusqu'en janvier 1887; elle est toujours dans le même état.

Nous avons trouvé, outre les signes du rétrécissement mitral, ceux de l'insuffisance aortique; souffle au deuxième temps en bas du sternum et double souffle crural.

Devons-nous abandonner le rétrécissement mitral pur? Seul nous admettons l'insuffisance aortique qui n'est probablement pas considérable; nous pourrions la passer sous silence. Il est admissible que le rétrécissement mitral date de l'enfance, et que le souffle d'insuffisance aortique appartienne à l'intoxication saturnine ou au rhumatisme articulaire aigu. Quoi qu'il en soit, la lésion cardiaque suit la marche tranquille du rétrécissement mitral pur. Elle est encore dans la salle Sainte-Anne à la fin de février 1887, dans le même état.

Devarenne, 25 ans, compositeur d'imprimerie; 1876. Rétrécissement mitral pur. Coliques de plomb à 14 ans.

Collet, 40 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans; 1868. Rétrécissement et insuffisance mitrale.

Faure, 38 ans, peintre en bâtiments; 1862. Rétrécissement mitral.

Nuidebled, 39 ans, fondeur en caractères depuis l'âge de 14 ans; 1867. Rétrécissement mitral. Dédoublement du deuxième claquement et roulement diastolique. Coliques de plomb répétées.

Gérault, 32 ans, plombier; 17 novembre 1885. Il a eu, à l'âge de 20 ans, un *rhumatisme articulaire aigu* intense, et plus tard, *quatre ou cinq nouvelles attaques*. A 28 ans,

©BIU Santé

une pneumonie double. Jamais d'accidents saturnins. L'oppression date du premier rhumatisme. Palpitations depuis un an. Alcoolisme.

Pouls régulier. Cœur de volume normal. Peu d'impulsion. Pas de frémissement. Souffle considérable à la pointe, ne passant pas en arrière. En arrière, on n'entend que des claquements. Dédoublement du deuxième claquement, constant. Pâleur. Double souffle jugulaire. Pas d'œdème.

20 novembre. — Dédoublement du deuxième claquement. Souffle ronflant ne passant pas en arrière. En arrière, on entend le premier claquement fort. Le dédoublement ne s'entend que vers le sternum, très peu à gauche. Rien au deuxième temps. Le cœur n'est pas gros. Pas d'impulsion; pas de frémissement.

12 novembre 1886. — Il portait encore de lourdes charges il y a quinze jours. Il est pâle, non œdématié. Pouls régulier, développé, vibrant. Pouls veineux présystolique. Cœur de volume normal, sans dilatation de l'oreillette et du ventricule droits. Premier claquement fort. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement diastolique un peu étouffé. Pas de souffle au deuxième temps. Deuxième claquement fort.

Dans notre mémoire intitulé : *Des maladies organiques du cœur, de l'aorte et du double souffle crural d'origine saturnine*, inséré dans le Bulletin de la Société de médecine de Paris, 1867, nous trouvons les cas suivants de rétrécissement mitral ;

G..., 51 ans, peintre en bâtiments; 1864. Autopsie. La bicuspide, très épaissie, s'ouvre par une fente qui n'admet qu'un doigt.

L..., 52 ans, peintre en bâtiments depuis sa jeunesse; 1865. Le frémissement le plus intense alterne avec le pouls. Double souffle à la pointe. Le long du sternum, le second bruit est rauque et dédoublé et suivi d'un souffle, surtout au niveau du creux épigastrique. Coliques de plomb répétées.

F..., 22 ans, polisseur de caractères; 1865. A gauche, roulement diastolique. Au niveau de l'orifice aortique, souffle au deuxième temps.

D..., 41 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans; 1857. Au niveau de l'orifice aortique, dédoublement du deuxième claquement. A la pointe, souffle au premier temps avec roulement diastolique.

Ce ne sont pas là des rétrécissements mitraux purs. Nous voulons seulement fixer l'attention sur la mitrale dans le saturnisme.

Schouteeten, 26 ans, menuisier; 25 novembre 1886. Il a toujours couru et monté sans difficulté. Ni épistaxis, ni hémoptysie. *Scarlatine* à 9 ans.

En 1879, *syphilis*. Il est traité pendant quatre mois.

En 1881, il est réformé pour maladie de cœur.

En 1882, bronchite grave; il a toujours toussé depuis.

En 1883, Vulpian constate de l'asphyxie locale des extrémités. Tous les matins, le malade perçoit une sorte de choc aux pieds et aux mains; les accidents disparaissent quand il va au jardin.

En 1886, il entre le 10 juin chez Jaccoud et en sort le 4 août. Nous voyons son billet de sortie sur lequel est inscrit : rétrécissement mitral; Jaccoud fait sur lui une leçon. Le malade nous parle de souffle présystolique et de souffle (probablement au deuxième temps) difficile à percevoir.

Nous notons : Pouls régulier, développé. Pas de double souffle crural. Bruits musicaux au cou. Pâleur.

Au doigt, contre le sternum, dans le troisième espace gauche, on sent le deuxième claquement très fort, parcheminé. On voit un mouvement très accentué. A ce niveau, souffle au premier temps; plus haut, à gauche, souffle au deuxième temps. Les deux claquements sont forts, un peu dédoublés, décomposés.

Pas de coup de râpe présystolique. Pas de dédoublement du deuxième claquement. Pas de roulement diastolique. Un peu de souffle au deuxième temps. Le souffle n'est

pas douteux. Les artères sont épaissies. Artério-sclérose. Râles cavernuleux au sommet gauche. Il crache très peu. Laryngite.

26 novembre. — Le deuxième claquement est éclatant. Je n'entends que des claquements forts, sans bruit anormal au deuxième temps. Des bruits fibrillaires simulent du roulement au deuxième temps. Le malade est couché.

27. — Je n'entends aucun bruit anormal au deuxième temps, le malade debout.

Remarques. — La syphilis peut ici être accusée; nous n'acceptons pas le diagnostic ferme de Jaccoud, rétrécissement mitral. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de thérapeutique, par G. Hayem. — Paris, G. Masson, 1887.

Dans l'avenir, la thérapeutique, pour un grand nombre de maladies, consistera simplement dans l'emploi opportun de leur médicament spécifique. Actuellement, il est encore loin d'en être ainsi, et comme, de plus, on peut prévoir que beaucoup d'affections ne présenteront jamais le caractère de la spécificité, il faut chercher une autre source aux indications thérapeutiques. Cette source, M. Hayem la trouve dans la méthode des médications, qui sont pour lui « les actions thérapeutiques suscitées dans le but de remplir les indications tirées des éléments constitutifs des maladies, c'est-à-dire des éléments morbides proprement dits ou communs ».

Les procédés thérapeutiques employés dans les médications sont au nombre de sept: l'action psychique que le médecin exerce par l'autorité de son caractère; l'emploi des moyens locaux qui agissent directement sur la partie malade ou à modifier; l'action révulsive obtenue à distance par l'intermédiaire du système nerveux; l'action médicamenteuse, qui est naturellement la plus importante; l'action germicide qui atteint les microbes, germes des maladies; l'action trophique, c'est-à-dire les modifications de la nutrition résultant du régime, des aliments, etc.; enfin, l'action chirurgicale ou opératoire, telle que la transfusion du sang ou la saignée.

Toutes les infections ont un caractère commun : la pénétration des germes morbides dans l'organisme. La lutte contre ces germes, tel est le but de la médication désinfectante que l'on appelle aussi antiseptique, et qui peut être locale ou générale.

La médication locale, qui a pour but d'atteindre les germes non seulement à la surface des téguments ou des muqueuses, mais encore dans la profondeur des organes, se résume dans l'emploi de certains agents mis en contact avec les surfaces malades. Ces agents très nombreux ont été étudiés et leur valeur respective fixée par l'emploi de deux méthodes : les cultures et l'expérimentation; mais les résultats de ces études ne sont directement applicables qu'à l'hygiène.

Un désinfectant quelconque agit : 1° sur les tissus; 2° sur les germes morbides; 3° sur les produits secondaires de l'infection.

Sur les tissus, l'action est souvent très intense; un grand nombre d'agents coagulent l'albumine ou se combinent avec elle pour former ainsi une sorte d'eschare superficielle; d'autres arrêtent les mouvements des globules blancs vecteurs des germes; d'autres, enfin, agissant sur les vaisseaux et sur le sang, modèrent ou arrêtent l'absorption.

L'action sur les germes est difficile à mesurer; l'antiseptique ne pénètre pas partout, est dilué par les liquides organiques, etc. Enfin, les agents désinfectants peuvent modifier les produits volatils ou fixes plus ou moins toxiques qui se forment dans les tissus où siège un processus infectieux; mais ce sont là des faits encore mal connus.

Il ne faut pas se guider sur les classifications de laboratoire pour le choix d'un antiseptique, et l'expérience clinique peut seule offrir une base solide. On doit, en effet, faire entrer en ligne de compte non seulement la valeur intrinsèque comme germicide, mais encore le mode d'emploi, la nature des surfaces et des tissus sur lesquels on doit agir, la puissance des effets toxiques qui peuvent résulter de l'absorption, etc.

Après avoir passé en revue les principaux désinfectants, M. Hayem entre dans de

BIU Santé

nombreux détails pratiques sur leur emploi dans diverses maladies. A propos de l'érysipèle, il insiste sur les bons résultats de son traitement abortif, qui consiste à encadrer la première plaque avec un pinceau imbibé d'une solution d'acide phénique dans partie égale d'alcool; dès que la bordure, qui doit être à cheval sur le bord, blanchit, on essuie rapidement. Le savant professeur a pu arrêter ainsi des érysipèles de la face et même des érysipèles chirurgicaux.

Existe-t-il des médicaments qui, absorbés, puissent devenir des antizymotiques généraux? Existe-t-il des désinfectants internes? Quelques-uns le prétendent, et on a essayé le plus d'agents que l'on a pu, mais sans résultats bien nets. Ces travaux, qui pourront, en somme, aboutir à la découverte de nouveaux spécifiques, sont très rationnels, mais ils ne doivent pas faire négliger l'étude des moyens propres à augmenter la résistance de l'organisme.

La onzième leçon et les suivantes sont consacrées par le professeur à l'étude de la médication sthénique dirigée contre l'adynamie. L'adynamie, élément commun que l'on retrouve dans toutes les pyrexies et un grand nombre de phlegmasies, peut être générale quand toutes les grandes fonctions sont frappées en même temps, ou partielle lorsqu'elle se manifeste en affectant surtout quelques grands appareils. Telles sont l'adynamie cardiaque et l'ataxie.

Pour Liebermeister, c'était l'hyperpyrexie qui était la cause de ces graves manifestations des maladies infectieuses, mais cette opinion est contredite par les faits cliniques, et on doit considérer l'adynamie comme résultant de l'infection, et probablement de l'empoisonnement par les ptomaïnes. Les agents médicamenteux en usage contre l'adynamie générale sont l'opium, les essences, les ammoniacaux, l'éther, les toniques, la révulsion hydrothérapique. Contre l'adynamie cardiaque, on emploiera ce dernier procédé, la digitale, la caféine et l'opium; l'hydrothérapie, le musc, l'opium, le bromure de potassium, l'alcool seront dirigés contre l'ataxie. L'éther, sur lequel M. Hayem a fait de nombreuses recherches, est surtout employé en injections hypodermiques. Ces injections augmentent le nombre de pulsations et rendent plus net le choc précordial; il n'y a pas d'élévation de la tension artérielle et pas d'influence sur la température.

L'étude de la médication antipyrétique suit naturellement celle de la médication sthénique. Si on laisse de côté l'acte de la régulation, l'augmentation de la température peut s'expliquer par trois mécanismes : 1° diminution des pertes; 2° augmentation de la production; 3° augmentation de la production telle que l'accroissement des pertes ne la compense pas.

La production de calorique ne peut être évaluée que par le dosage des produits d'oxydation. Il y a exagération de l'élimination de l'acide carbonique et augmentation de l'oxygène utilisé sans variation sensible dans le quotient respiratoire, c'est-à-dire dans le rapport CO^2/O. L'étude de l'élimination de l'azote a conduit à des résultats contradictoires; mais, d'une façon générale, on peut admettre que la fièvre augmente l'élimination de l'urée. On peut tirer de ces travaux cette conclusion qu'il y a augmentation des oxydations pendant la fièvre.

Est-il vrai que, pendant la fièvre, la déperdition de chaleur soit amoindrie? Les recherches les plus précises ont été faites par Liebermeister, Leyden et Botkin, et elles ont conduit à admettre une diminution ou une suppression complète de la perte du calorique. Mais elles ont été combattues par d'autres savants, et, en fait, M. Hayem admet qu'il y a à la fin augmentation des oxydations et accroissement dans la perte de calorique par rayonnement.

La fonction de régulation est naturellement troublée dans la fièvre, et le système nerveux se trouve dans un état morbide particulier qui consiste principalement dans un affaiblissement.

D'après les recherches récentes de P. Albert, qui s'est servi des aiguilles thermo-électriques de Cl. Bernard, la production de chaleur est surtout augmentée dans le foie et dans les reins.

L'origine dyscrasique de la fièvre est aujourd'hui un fait parfaitement démontré; il y a certainement des matières pyrétogènes, mais la plus grande part d'influence appartient au système nerveux qui réglerait à la fois la thermogenèse et les déperditions calori-

©BIU Santé

fiques. Quant aux matières pyrétogènes, « elles seraient des substances fixes, produites pendant le développement des proto-organismes, soit par les microbes eux-mêmes, soit par l'individu malade. »

Après avoir étudié, avec un soin tout spécial, la réfrigération et ses procédés, M. Hayem, avec la grande majorité des médecins français, conclut qu'elle présente des indications certaines et qu'on peut l'employer avec profit dans beaucoup de cas, mais qu'il faut se garder d'en faire un procédé systématique.

Nous ne saurions trop recommander la lecture des leçons consacrées à l'étude des nouveaux antipyrétiques si usités dans ces derniers temps; « l'histoire de ces médicaments est curieuse..., mais donne une idée de la fragilité des travaux qu'on s'empresse de publier. »

Le professeur, en commençant l'étude de la médication antiphlogistique, rattache nettement la suppuration à l'existence des microbes; cependant il admet que les corps étrangers plus ou moins irritants ne sont pas tout à fait indifférents pour nos tissus et entrainent autour d'eux la production de troubles nutritifs qui se rattachent également à l'inflammation.

Nous ne pouvons malheureusement que signaler les dernières leçons consacrées aux révulsifs, à la saignée, aux contro-stimulants et aux altérants. Elles complètent dignement un livre où le médecin soucieux de ses malades trouvera autre chose que le récit circonstancié d'expériences faites sur des grenouilles, ou que l'exposé détaillé des caractères propres aux différentes drogues. Le volume justifie son titre : « Leçons de thérapeutique », et c'est là un fait assez rare pour que nous y insistions.

Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Essence de térébenthine dans certaines affections intestinales douloureuses chez les enfants. (*Journal of Amer. med. Association*, 25 septembre 1886.) — Le docteur Bedford Brown attribue à l'essence de térébenthine une action éminemment *adoucissante* sur la muqueuse de l'intestin, quand celle-ci est irritée et enflammée, et elle serait susceptible de s'opposer promptement à l'exfoliation rapide de la couche épithéliale qui, pendant le cours d'un processus inflammatoire, se produit avec une rapidité anormale. Cet agent aurait, en outre de cette propriété pour ainsi dire cicatrisante, des propriétés antifermentescibles, déodorisantes et antiseptiques qui en feraient un agent précieux dans le traitement des affections intestinales de l'enfance. Son action sur la circulation serait prouvée par le pouvoir dont elle jouit d'arrêter l'hémorrhagie cutanée ou intestinale dans le purpura; en même temps, la térébenthine agirait encore comme un excitant des sécrétions salivaires, stomacales, pancréatiques et intestinales. Mais parmi les maladies diverses où la térébenthine serait capable de rendre de grands services, le docteur Brown mentionne la nombreuse classe des cas où les symptômes prédominants sont la douleur abdominale avec diarrhée ou constipation, et quelquefois avec vomissements et amaigrissement. Cette entérite est naturellement très commune chez les enfants élevés au biberon. Dans le choléra infantile des grandes chaleurs, les symptômes paraissent en grande partie, sinon complètement, dus à la formation des acides lactique, butyrique et acétique dans l'intestin, lesquels irritent l'épithélium de la muqueuse. L'état de la langue rouge et sèche, la fétidité des selles, quelquefois sanglantes, sont la preuve de cette altération. Dans ces cas, la térébenthine est indiquée comme aussi dans l'entérite vraie et la dysenterie. La dose pour un enfant de 1 an est de deux gouttes qu'on peut répéter toutes les trois ou quatre heures. La térébenthine peut être combinée à la belladone, ou à un alcalin, ou simplement à un peu de menthe. — L. Dn.

© BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Albert Robin comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales en remplacement de M. Bouis décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Albert Robin prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Barnsby (de Tours), Engel (de Montpellier), Gimbert (de Cannes), Moitessier (de Montpellier), Pitres (de Bordeaux) et Vaslin (d'Angers) pour la place de correspondant national;

2° Une lettre de M. le professeur Leloir (de Lille), dans laquelle l'auteur résume un travail qu'il a entrepris depuis trois ans sur les causes de la multiplication de la syphilis dans la région du Nord, travail appuyé sur un nombre considérable de faits, documents, statistiques, etc.

M. Charcot présente, de la part de M. le docteur François-Franck, directeur-adjoint du laboratoire de physiologie de l'Ecole des hautes études, un volume intitulé : *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale*, précédées d'une préface du professeur Charcot.

M. Armand Gautier offre en hommage la deuxième partie du tome II de son *Cours de chimie*.

M. Tarnier présente un nouveau forceps qui a pour auteur M. le docteur Lengrand (de Lille).

— M. le docteur Huguet (de Vars) lit une note sur de nouveaux appareils, de son invention, pour les *inhalations* et les *pulvérisations* aromatiques, gazeuses et antiseptiques *ozonées*.

M. le docteur Huguet rappelle qu'à la séance de l'Académie de médecine du 8 août 1882, sous la présidence de M. le baron Larrey, M. le professeur Vulpian émettait, à la tribune de l'Académie, le vœu de voir les médicaments antizymotiques introduits dans l'économie et mis en contact direct avec le sang, par l'intermédiaire des poumons, sans que cette opération présentât, pour le malade, le moindre inconvénient.

M. le docteur Huguet croit avoir répondu au désir du savant et illustre académicien par la création et la mise en jeu des appareils dont il soumet la disposition et le fonctionnement à l'appréciation de l'Académie.

M. le docteur Huguet fait un résumé très court et très précis des travaux faits sur l'ozone depuis sa découverte par le physicien Van Marum, en 1783.

Il rappelle qu'il a été étudié en France par les chimistes les plus distingués, MM. le baron Arnould Thénard, Houzeau, Hautefeuille, David, Chapuis, Troost, Berthelot, Würtz et Maiche, et fait voir que tous ces savants sont arrivés à la même conclusion, c'est-à-dire que les *germes en suspension dans l'air sont tués par l'ozone*.

M. Schœnbein a démontré que l'air contenant 1/16,000 de son volume d'ozone est capable de désinfecter 340 fois son volume d'air chargé d'émanations de chairs putréfiées.

M. Huguet, en s'appuyant sur ces déclarations, fait voir le rôle important que doivent jouer ses appareils, tant au point de vue hygiénique qu'aux points de vue antiseptique et curatif, puisqu'ils permettent :

1° D'introduire directement, dans les voies respiratoires du malade, un air constamment purifié et ozoné, chargé, suivant les cas, des principes salutaires, soit de l'iode, de l'iodoforme, du goudron, du pin, de l'acide phénique, de l'eucalyptus, du thymol, etc.

©BIU Santé

(L'air respiré peut être mis en équilibre de température avec celle du malade, au moyen d'un appareil de chauffage spécial.)

2° De chasser, constamment, les produits de l'expiration pulmonaire, ainsi que tous les miasmes qui peuvent se trouver dans la salle d'inhalations.

Le but des appareils du docteur Huguet est donc d'activer la révivification du sang dans les poumons, en même temps que de détruire les germes auxquels sont attribuées les diverses maladies des organes respiratoires.

— M. Alfred Fournier termine la lecture de son rapport sur la prophylaxie de la syphilis. (Voir l'analyse de la première partie du rapport dans le numéro de jeudi dernier.)

La commission s'est mise promptement d'accord sur les principes suivants, qui constituent la base d'une prophylaxie contre la syphilis :

1° La prostitution crée un *danger public* par les contages vénériens qu'elle dissémine dans la population;

2° Il est indispensable, au double point de vue de l'hygiène et de la morale, que la prostitution soit *surveillée* et, s'il y a lieu, *réprimée* par les pouvoirs publics;

3° Le système de la *prostitution libre*, c'est-à-dire non surveillée, est désastreux pour la santé publique;

4° La *provocation publique*, qui constitue le seul mode de manifestation extérieure par lequel la prostitution puisse être atteinte légalement, doit être combattue et réprimée sous ses diverses formes.

Sur ce dernier point, le seul qui ait donné lieu, au sein de la commission, à des dissidences d'opinion, M. le rapporteur fait remarquer que la *provocation publique*, qui constitue à la fois un scandale public, un exemple de démoralisation et un danger par la quantité incalculable de contaminations dont elle est l'origine, a pris de nos jours un développement inusité, se manifestant sous des formes diverses ou se dissimulant parfois sous des masques trompeurs.

Il y a la *provocation de la rue*, qui fourmille sur les grands boulevards ou dans les rues avoisinantes, de huit heures du soir à une heure du matin; — la *provocation matinale*, qui se manifeste sous la forme de prétendues *petites ouvrières* allant à leur ouvrage, un carton ou un paquet à la main; — la *provocation des boutiques*, qui s'exerce des boutiques vers la rue, notamment dans certains magasins ou faux magasins de parfumerie, de ganterie pour hommes, de photographies, de librairies, de curiosités, etc.; — la *provocation* qui rayonne autour des collèges, des lycées, des externats, etc., exploitée par de véritables agences de femmes qui guettent les jeunes lycéens aux heures d'entrée ou de sortie, qui les attirent chez elles, qui se procurent leurs adresses et les relancent, même par lettres, jusqu'au domicile paternel; — la provocation des *brasseries à femmes*, des *brasseries à inviteuses*, *etc.*, établissements qui, inconnus encore il y a quelques années, se sont multipliés avec une rapidité néfaste, et sont devenus les centres les plus actifs de propagation de la syphilis, car un grand nombre, sinon tous, ne sont que des *maisons de prostitution déguisées*, et des maisons à prostituées *libres*, c'est-à-dire non surveillées, ce qui les rend infiniment plus dangereuses que les maisons publiques et en fait des sentines de perdition physique et morale pour les jeunes gens surtout qui y trouvent les trois fléaux de la société actuelle : la flânerie, l'alcoolisme et la vérole; — la *provocation des débits de vins*, plus dangereuse encore que la précédente, parce qu'elle s'adresse à un public plus nombreux : à la classe ouvrière et à l'armée.

De ces diverses formes de provocation publique résultent de tels dangers pour la santé publique que la commission, en les signalant à l'autorité, n'a pas hésité à demander que cette provocation, source de tant de contagions, fût désormais considérée comme un *délit*.

La commission propose à l'approbation de l'Académie les résolutions suivantes : 1° Appeler l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique dans ces dernières années notamment, et en réclamer une répression énergique; — 2° nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle des boutiques, celle des brasseries dites à femmes; — et, plus

© BIU Santé

particulièrement encore, celle des débits de vin; — 3° signaler à l'autorité d'une façon non moins spéciale la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche; — 4° déclarer qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale, ces divers ordres de propagation constituent un délit qui doit être réprimé légalement.

Il y aurait, en outre, lieu de spécifier que la sauvegarde de la santé publique exige comme sanction, en l'espèce, la surveillance médicale des filles reconnues coupables du délit de provocation. D'où : 1° l'obligation de la visite périodique de ces filles; 2° l'internement, dans un asile sanitaire spécial, de celles d'entre elles qui seraient reconnues affectées de maladies vénériennes, de syphilis tout particulièrement.

M. le rapporteur s'attache à faire ressortir la différence qui existe entre le système nouveau proposé par la commission et l'ancien système, c'est-à-dire le système encore actuellement en usage qui repose entièrement sur l'*arbitraire administratif*, et dans lequel la police a la haute main sur la prostitution.

Le système de la commission, s'il était adopté, aurait pour base, non plus l'arbitraire administratif, mais la *loi*. La commission réclame en effet, et avant tout, une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit.

Elle demande en second lieu que les principes du droit commun président à toutes les mesures de répression ou de coercition qui seront jugées nécessaires en l'espèce.

Ainsi, l'inscription d'une fille coupable du délit de provocation sur la voie publique ne pourrait jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire.

D'autre part, la commission a été d'avis à l'unanimité que, toutes choses une fois rentrées de la sorte dans la stricte légalité, il y avait intérêt pour la santé publique à ce que la pénalité de l'inscription continuât, comme devant, à entraîner de fait la *surveillance médicale de la fille inscrite*.

Mais, jugeant insuffisantes les mesures actuellement en vigueur, la commission propose : 1° de soumettre uniformément les filles inscrites, libres ou en maison, à une visite hebdomadaire, de date fixe; et en outre à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur, à une date inconnue.

Chacune de ces visites sera *complète* et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

Enfin, en ce qui concerne la province, la commission demande que les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionnent, ou fonctionneront, dans la capitale, soient rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

Il est un point cependant sur lequel la commission n'a pu se mettre d'accord. Ce point est relatif à la question de savoir si la provocation sur la voie publique peut être ou non tolérée de la part des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale.

La majorité de la commission a été d'avis de proscrire absolument et de poursuivre toute provocation sur la voie publique, d'où qu'elle vienne, quelles que soient les femmes qui se livrent à la provocation.

La minorité pense qu'il faut *subir* ce qu'il est impossible d'empêcher, c'est-à-dire la provocation sur la voie publique, telle qu'elle est actuellement tolérée par les règlements, mais elle s'efforce de la réglementer en ne la tolérant que des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale.

Relativement à l'*hospitalisation* et au *traitement* des syphilitiques, la commission propose les dispositions suivantes :

I. Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes étant actuellement d'une insuffisance notoire, il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

II. Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de nouveaux services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

©BIU Santé

III. Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

IV. Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite des médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

V. Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation sera faite :

1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission par un médecin ou un chirurgien du Bureau central;

2° Pour les malades réclamant leur admission, par des médecins ou chirurgiens titulaires;

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq ans d'exercice.

VI. Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes, et les locaux affectés à ce service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

M. le rapporteur aborde ensuite la question si importante des *réformes* à apporter *dans l'enseignement*. Un des meilleurs moyens, dit-il, de lutter contre la syphilis et d'en diminuer la dissémination, c'est d'apprendre aux jeunes générations médicales, mieux qu'on ne le fait aujourd'hui, à la connaître, à la dépister sous ses formes diverses, à la traiter, à la guérir.

Dans ce but, la commission propose les mesures suivantes :

1° Ouvrir librement *tous* les services de vénériens ou de vénériennes à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions;

2° Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes;

3° Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare; et de tout le personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes;

4° Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité;

5° Composition du service de Saint-Lazare (ou du service hospitalier qui lui sera substitué), suivant le plan des services de l'Assistance publique; et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux;

6° Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés de la façon suivante :

1° Pour la nomination des médecins en chef : un membre de l'Académie de médecine, un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé), trois médecins des hôpitaux spécaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare);

2° Pour la nomination des médecins du dispensaires et des élèves internes ou externes : quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

La commission pense que cet ensemble de mesures aurait pour résultat de créer un véritable *mouvement scientifique* autour de la syphilis, mouvement salutaire et fécond qui aurait pour conséquence forcée de disséminer et de vulgariser l'étude de la maladie.

Relativement à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine, la commission propose les mesures suivantes :

I. Instituer dans l'armée une série de *conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes en général et sur les dangers de la syphilis en particulier (dangers personnels, dangers héréditaires, dangers de contagion), sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc.

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles

© Santé

seraient annuelles; elles auraient lieu de préférence quelque temps après l'enrôlement des jeunes recrues; une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

II. Provoquer de la part d'un soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

III. Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

IV. Ecarter toutes punitions du programme prophylactique de la syphilis.

V. Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

VI. Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

VII. Enfin, accorder à tout militaire sorti momentanément de l'hôpital, où il était entré pour des accidents syphilitiques, la faculté de suivre un traitement *externe* dirigé par le médecin du corps auquel il appartient, et cela pendant toute la durée du temps nécessaire à la guérison complète de sa maladie.

Un dernier point concernant la prophylaxie de la syphilis, est celui qui se rapporte à la protection à accorder aux *nourrices* contre les risques de la contamination dérivant du nourrisson.

M. le rapporteur est d'avis que, dans un esprit d'équité, il conviendrait d'accorder, dans la mesure du possible, aux nourrices contre leurs nourrissons, la garantie que les familles réclament contre les nourrices. A cet effet, la commission demande qu'un arrêté préfectoral complète sous la forme suivante les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement :

« Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson. »

Tel est le résumé des travaux de la commission.

« Comme conclusion, dit M. le rapporteur en terminant, permettez-nous d'ajouter un dernier mot.

« Ou votre commission s'illusionne absolument, ou du débat qui ne peut manquer de surgir ici relativement aux grandes questions que nous venons d'agiter devant vous, résultera quelque chose d'utile à la cause publique.

« Jamais occasion plus solennelle n'a été offerte à la prophylaxie de la syphilis d'affirmer à la fois son urgence, sa nécessité sociale, ses imperfections et ses lacunes actuelles.

« Si nous pouvons quelque chose contre la syphilis, c'est le moment de le faire ou jamais. C'est le moment ou jamais de secouer la poussière du passé, d'abandonner les vieilles routines et d'en finir avec les systèmes usés, vermoulus, impuissants et de tenter un effort nouveau, conforme à l'esprit moderne, digne de l'hygiène et de la science modernes, effort pouvant être fécond en heureux résultats. » (Applaudissements.)

— A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Prunier sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : En première ligne, M. Moissan; en deuxième ligne, M. Marty; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Beauregard et Petit; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Quesneville et Vigier.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE L'URTICAIRE. — N. Gueneau de Mussy.

Jaborandi pulv.	ãã	0 gr. 10 centigr.
Extrait de gaiac.		
Benzoate de lithine		0 gr. 20 centigr.

Pour une pilule. — Deux dans les vingt-quatre heures, aux arthritiques atteints d'urticaire chronique. — On peut élever le nombre de ces pilules jusqu'à quatre dans la journée. — On prescrit, en outre, une cure aux eaux sulfo-arsénicales. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le 12e Congrès de la Société médicale italienne ainsi que l'exposition de médecine auront lieu à Pavie l'automne prochain. Si la date exacte n'est pas encore fixée, présidents, vice-présideéts et secrétaires sont nommés ; ce sont : pour la présidence : Cogli Camillo, membre du Conseil supérieur de l'intruction publique, professeur de pathologie générale ; Guelmi Antonio, directeur de l'hôpital S. Matteo, et Guzzi Alexandre, professeur d'obstétrique et de gynécologie, vice-présidents. Enfin, Guzzoni et Vincenzo, secrétaires.

— Un nouvel établissement d'inoculations préventives de la rage par la méthode Pasteur vient d'être fondé à Charkoff. Les directeurs du nouvel Institut sont MM. Molte et Protopopoff.

— Un journal anglais annonce que Pasteur a l'intention d'étudier une maladie du coq de bruyère qui décime ces animaux en Angleterre.

— Une Société d'anatomie vient d'être fondée à Londres. Le président choisi est e professeur Humpry (de Cambridge).

— C'est le professeur Donders (d'Utrecht) qui a été nommé président de la section des sciences médicales au premier Congrès néerlandais des sciences qui doit se tenir à Amsterdam, comme nous l'avons déjà annoncé, les 30 septembre et 1er octobre prochains.

— Un deuxième Congrès international contre l'abus de l'alcool se tiendra à Zurich les 9 et 10 septembre 1887. Il sera présidé par le professeur Porel. — Dr Ch. S.

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.

— MM. les professeurs Guyon, Lannelongue, Trélat et Verneuil ont prié l'Académie des sciences de les comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Gosselin.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 juin 1887, M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été appelé à faire partie du Conseil de perfectionnement des Ecoles vétérinaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coutinho (de Rio-Janeiro), Galy (de Périgueux) et Lestocquoy (d'Arras).

Bulletin bibliographique.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale (9 novembre 1886) de M. le professeur JACCOUD. In-8°. — Prix : 50 centimes.

Cet ouvrage se trouve chez Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

CHU Santé

Sommaire

I. Duroziez : Rétrécissement mitral pur. — Etiologie. — II. Revue des Journaux : Myélite diffuse compliquant la rougeole. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

Rétrécissement mitral pur. — Etiologie (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 février 1887.

Par P. Duroziez.

III. — *Individus n'ayant jamais pu courir et ayant ensuite un rhumatisme articulaire.* L'embarras devient plus grand, lorsqu'à une époque quelconque on signale le rhumatisme articulaire aigu. A-t-il été le point de départ de la maladie, ou indique-t-il que la lésion du cœur est sous une influence rhumatismale? Nous tâchons d'établir que le rétrécissement mitral pur n'est pas d'origine rhumatismale; ne l'est-il jamais? Nous n'oserions l'affirmer.

Desurmont, 23 ans; 22 décembre 1886. Charité. *Elle n'a jamais pu courir.* Epistaxis abondantes à 7 ans. Réglée à 16 ans, mal. Une fausse couche à trois mois et demi. Fièvre typhoïde et *rhumatisme articulaire aigu* à 18 ans. Accouchée à terme le 9 décembre 1886. Grossesse normale. Enfant vivant de 2,600 grammes. Anémie. Pouls régulier, développé. Cœur de volume à peu près normal. Râpement présystolique. Premier claquement éclatant. Dédoublement du deuxième claquement. Roulement diastolique. Pas de double souffle crural. Pâleur modérée. Bruits chlorotiques du cou. Va bien.

Je la retrouve dans les mêmes conditions, à l'Hôtel-Dieu, le 13 janvier 1887. Elle a eu une métrorrhagie.

Cette femme remplit les conditions que nous exigeons. Nous sommes en droit d'admettre le rétrécissement mitral avant le rhumatisme articulaire aigu. Nous eussions préféré entendre les bruits du rétrécissement avant le rhumatisme. A la fausse couche succède un accouchement à terme, terminé par une métrorrhagie.

Mandret, 25 ans, lingère. *Réglée à 18 ans.* Quatre enfants. Une couche à 21 ans, à sept mois. Couche double à 22 ans, à sept mois et demi. Le dernier accouchement en décembre 1884, à neuf mois. Aphasie et hémiplégie droite le 27 décembre 1884 dans la salle d'accouchements.

Première gêne de la respiration à 15 ans. Pas d'épistaxis, ni d'hémoptysie auparavant. *Rhumatisme articulaire aigu à 15 ans;* alitée quinze jours; *quatre nouveaux rhumatismes* de 15 à 18 ans. Rougeole, *scarlatine*, croup.

22 juillet 1885. Le bras droit est en bandoulière; elle se tient bien sur les jambes; encore un peu de gêne de la parole. Rétrécissement mitral pur. On entend au cou le dédoublement du deuxième claquement. Rien à l'orifice aortique.

25 novembre. — Même état.

Remarques. — Ici, la première gêne date du rhumatisme articulaire aigu. N'est-il pas remarquable de voir cinq rhumatismes articulaires aigus ne pas compliquer davantage l'état du cœur, aidés par trois grossesses?

Jacquemet, 27 ans, couturière, a un *rhumatisme articulaire aigu* à 25 ans, *étant déjà essoufflée* et ayant les pâles couleurs.

Ovrard, 28 ans, couturière, 25 septembre 1877. Réglée à 15 ans, irrégulièrement de

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 27 janvier, 1er février, 14 et 16 juin 1887.

SBIU Santé

tout temps. Une fausse couche à sept mois, à 21 ans. Toujours malade étant enfant; *n'a jamais pu ni courir*, ni même marcher. Elle avait des *fièvres irrégulières;* son père était obligé de la rapporter des champs; elle ne pouvait pas aller aux fêtes.

A 17 ans, variole grave. A 25 ans, palpitations, hémoptysies. Rhumatisme articulaire aigu à 26 ans. Rétrécissement mitral; insuffisance de la tricuspide. Pouls 76, régulier, peu développé. A gauche, on entend les deux claquements; le bruit râpeux se termine par le premier claquement, tandis qu'à droite, le bruit râpeux et le souffle mêlés se terminent par le deuxième claquement, qui n'est pas dédoublé. Bruit rude, prolongé, non roulant au deuxième temps à gauche. Pas de frémissement. On ne sent pas la pointe. Le cœur n'est pas gros. Teinte légèrement jaune et cyanosée, violâtre. Coloration des maladies du cœur. Jambes non œdématiées. Ventre dur.

Le rétrécissement mitral a précédé le rhumatisme articulaire.

Plessard, 30 ans, domestique; 2 décembre 1886. *Rétrécissement mitral. Elle jouait comme les autres enfants.* Epistaxis depuis l'âge de 5 ans jusqu'à 18.

Réglée à 18 ans, bien. Pas de règles depuis le 2 juillet. Pas de fausse couche. Premier enfant le 23 janvier 1884, à terme; il meurt à 6 mois. Pas de perte. Deuxième enfant le 27 juin 1885, à terme; mort à 1 an. Pas de perte. Troisième enfant le 2 juillet 1886, à huit mois et demi. Perte.

A 7 ans, *fièvre typhoïde.* Alitement de trois mois. Pas de chorée. *Premier rhumatisme articulaire aigu* à 15 ans; trois mois à l'Enfant-Jésus. Palpitations. On écoute son cœur. Deuxième rhumatisme articulaire à 18 ans. Six mois à Saint-Louis. Elle a des palpitations. Elle est essoufflée. Troisième rhumatisme à 22 ans. Deux mois à Tenon. Quatrième rhumatisme il y a quinze jours. Pas d'hémoptysie.

Son père est mort du tétanos; sa mère d'une pleurésie.

Les bruits sont gros. Coup de râpe présystolique. Roulement. Pouls irrégulier. Foie normal. Appétit. Pâleur. Pas d'œdème.

Le rétrécissement mitral est étroit; on n'entend pas de souffle d'insuffisance. La lésion ne date pas de l'enfance, et paraît dater du rhumatisme articulaire aigu. Les règles ne s'établissent qu'à 18 ans. La lésion du cœur ne s'est pas aggravée malgré les grossesses et les rhumatismes articulaires. Les grossesses ont pu aller à terme sans encombre; c'est un point capital.

Fourmoy, 32 ans. Janvier 1886. Rétrécissement mitral et insuffisance mitrale. *N'a jamais pu courir.* Grande et forte femme.

Réglée à 13 ans. Interruption de 16 à 18 ans. Mal réglée ensuite. Stérilité. Peu d'épistaxis. Une hémoptysie. L'étouffement date de quatre ou 5 ans. Quelques syncopes.

Une attaque de rhumatisme articulaire il y a six mois. A pissé au lit jusqu'à son mariage. Pas d'apparence cardiaque. Cœur petit.

Janvier 1886. — Rétrécissement mitral.

12 octobre. — Rhythme mitral pur. Pouls régulier. Un peu d'œdème le soir. Rien aux poumons.

21 octobre. — Souffle à la pointe aigu, d'apparence mitrale, s'entendant un peu en arrière. Pas de beau dédoublement fin du deuxième claquement. Insuffisance et rétrécissement mitral.

1er novembre. — Souffle d'insuffisance mitrale. Souffle ronflant au deuxième temps. Parfois un peu de dédoublement du deuxième claquement. Pas de beau rhythme mitral.

Un externe du service me dit qu'on a entendu naître les bruits pendant l'attaque de rhumatisme. Bruits crépitants, craquants, sur le bord gauche du cœur, probablement pleuraux.

2 novembre. — Elle est levée. Souffle au premier temps. Pas de rhythme mitral. Quelques irrégularités. Le souffle ne passe pas en arrière. Deuxième claquement fort.

16 novembre. — Singulière variation des bruits suivant la respiration. A la pointe, souffle au premier temps par moments. Rhythme mitral. Râles ronflants. Pouls régulier.

20 novembre. — Quitte l'hôpital. La pointe bat assez bas. Souffle à la pointe en jet de vapeur. Coup de râpe présystolique. Roulement diastolique. Pas de dédoublement du deuxième claquement.

Remarques. — On ne doute pas, dans le service, que le rétrécissement mitral se soit formé pendant l'attaque. L'insuffisance apparaît de temps en temps comme si le rétrécissement n'était pas encore très étroit. Il y a quelques signes de lésion mitrale antérieurs au rhumatisme articulaire. Nous acceptons difficilement qu'un rétrécissement mitral se forme en quelques jours.

Demay, 36 ans, domestique, entre le 20 décembre 1876. Nous la voyons le 16 août 1877. *Elle n'a jamais pu courir.* Elle est *réglée à 20 ans, jamais bien.* A 22 ans, elle a son premier enfant; elle est nourrice sur lieu pendant trois ans de suite et nourrit deux enfants; elle est très fatiguée à la fin. Elle a beaucoup de lait; elle n'est pas réglée.

A 25 ans, elle a un deuxième enfant; elle n'est pas bien portante; elle a les jambes enflées pendant toute sa grossesse. Elle accouche à terme et perd beaucoup de sang; elle n'a pas pu nourrir; elle n'avait pas de lait. L'œdème des jambes a disparu après l'accouchement.

Jamais son estomac n'a été bon. Ictère (?) à 13 ans, pendant deux ans. *Rhumatisme articulaire aigu et hémoptysies à 30 ans.* Elle avait déjà de la gêne pour monter. L'oppression a augmenté. Œdème des jambes le soir il y a quatre ou cinq ans. Ascite il y a un an. On va lui faire demain la troisième ponction. Elle a beaucoup de varices. Pouls 52, à peu près régulier. Un peu de ronflement présystolique et diastolique. Dédoublement du deuxième claquement.

Cette femme a un rétrécissement mitral. A quelle époque remonte-t-il? Elle n'a jamais pu courir; elle n'est réglée qu'à 20 ans, jamais bien. La lésion du cœur date de l'enfance. Elle peut nourrir pendant trois ans. Le rhumatisme articulaire aigu vient augmenter les accidents, mais n'en marque pas le début.

Cette femme a-t-elle nourri pendant trois ans d'une façon sérieuse? Elle avait à cette époque sa lésion du cœur. Les accidents n'ont apparu que pour la deuxième grossesse, décidément accrus par l'attaque de rhumatisme articulaire; la lésion valvulaire est restée la même.

Jacob, 36 ans, infirmière; 28 novembre 1880. Elle a toujours manqué de respiration; *elle n'a jamais pu bien courir.* Epistaxis très fortes, à 12 ans surtout.

Réglée à 13 ans (une époque), puis à 19 ans. Hémoptysies à 15 ans, moins fortes plus tard. Palpitations depuis l'âge de 15 ans.

Premier rhumatisme articulaire aigu à 20 ans. jusqu'à 21. Deuxième rhumatisme à 25 ans.

Couche triple à 21 ans; bien portante. Couche double à 23 ans; mal portante. P. 60, régulier.

Fout-ta-rou. Rhythme du rétrécisssement mitral.

La lésion du cœur a précédé le rhumatisme articulaire. Ici encore nous voyons une première couche se bien passer, quoique triple. Les accidents n'apparaissent que pour la seconde. Ne peut-on pas admettre ici le rétrécissement mitral dès l'enfance?

Ligois, 49 ans; 20 novembre 1886. Rétrécissement mitral. *Ne pouvait pas courir* étant enfant. Rougeole.

Réglée à 14 ans, bien. Pas d'épistaxis, pas d'hémoptysie. Mariée à 29 ans. Premier enfant à terme à 30 ans; deuxième enfant à terme à 32 ans. Fièvre typhoïde à 28 ans.

©BIU Santé

Rhumatisme articulaire aigu à 37 ans. Œdème des jambes pour la première fois il y a un an. Attaque de paralysie pendant la nuit avec aphasie il y a six mois. Aujourd'hui, paralysie du bras gauche; jambe libre. Elle parle et répond bien, pleure et rit sans motif.

23 novembre. — Pouls très irrégulier. Roulement diastolique. Auscultation difficile.

3 décembre. — Pouls petit, inégal. Bruit un peu irrégulier. Rhythme mitral.

10 janvier 1887. — Elle est rétablie aussi bien que possible.

Remarques. — De quand date le rétrécissement? Dès son enfance, elle ne pouvait pas courir. Le rhumatisme articulaire aigu n'apparaît qu'à 37 ans.

Diot, 56 ans; 5 juillet 1885. *Réglée à 19 ans*, jusqu'à 37. Stérile. Hémoptysies, épistaxis.

Elle a eu les doigts des pieds et des mains atteints par le *rhumatisme* depuis 1868, âgée de 39 ans. Rétrécissement mitral pur.

La note que nous avons prise est un peu brève. Il nous est impossible de fixer le début. L'établissement de la menstruation à 19 ans indique une altération assez profonde de la constitution; la stérilité, les épistaxis, les hémoptysies nous permettent de faire remonter assez loin l'établissement du rétrécissement mitral, avant les manifestations articulaires. Nous tenons à rapporter ce cas à cause de l'âge de la malade et des espérances qu'on peut concevoir.

La tolérance du rétrécissement mitral est vraiment singulière et inattendue.

Nous voyons à l'Hôtel-Dieu, le 13 janvier 1887, un homme jeune encore, porteur aux Halles, atteint de rétrécissement mitral; nous l'interrogeons, avec le désir de trouver une maladie antécédente, il nous affirme n'avoir eu que quelques maux de gorge insignifiants et n'avoir jamais eu la moindre gêne pour monter et pour porter des fardeaux jusqu'il y a un mois. Il faut admettre qu'on peut être porteur aux Halles avec un rétrécissement mitral, ou qu'un rétrécissement mitral peut s'organiser en quelques jours. Nous ne savons lequel choisir.

Nous voyons, à la Charité, la femme Tetard atteinte de rhumatisme articulaire aigu; avant cette maladie, elle n'avait aucune gêne pour monter, et cependant on constate un rétrécissement mitral et une insuffisance aortique qui paraissent être nés sous nos yeux dans l'espace de quelques jours.

Est-ce possible? Faut-il admettre que des filaments fibrineux s'intriquent à travers les cordons fibreux et les soudent? Pour être sûr que la lésion est tout à fait récente, nous voudrions avoir ausculté la malade avant l'attaque de rhumatisme articulaire.

Conclusions. — Le rétrécissement mitral pur, infantile ou congénial doit être séparé du rétrécissement mitral d'origine banale : rhumatisme, scarlatine, plomb, syphilis, fièvre typhoïde, impaludisme, grossesse, etc., Il est caractérisé par la pureté des bruits et du rhythme et appartient surtout à la femme.

Le dédoublement du deuxième claquement ne suffit pas au diagnostic du rétrécissement mitral.

Le rétrécissement mitral pur n'est pas connu chez l'enfant; il se présente probablement sous une autre forme, celle d'insuffisance. Il n'apparaît qu'à 14 ou 15 ans. La recherche du début s'impose aux médecins d'enfants et aux accoucheurs.

CDIU Santé

Le rétrécissement mitral pur reste pur en traversant plusieurs rhumatismes articulaires aigus. Il n'est pas rhumatismal.

L'étiologie du rétrécissement mitral pur est un beau sujet d'étude que nous ne faisons qu'effleurer ici.

REVUE DES JOURNAUX

Myélite diffuse compliquant la rougeole. (*British med. Journal*, 20 novembre 1886.) — Le 9 novembre 1886, le docteur Barlow a rapporté, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, un cas de myélite diffuse aiguë survenue pendant le cours d'une rougeole à laquelle naturellement le malade succomba. Le sujet était un policeman âgé de 23 ans, qui fut admis le 11 juillet 1885 au *London Fever Hospital* (Hôpital des affections fébriles), le second jour de l'éruption. Le cas ne présentait alors rien d'anormal dans sa symptomatologie, si ce n'est une sensation douloureuse ressentie derrière le sternum et jusque dans le creux épigastrique. Au cinquième jour de l'éruption, le quatrième depuis l'entrée à l'hôpital, il y eut rétention de l'urine. Le lendemain (14 juillet), le malade était somnolent, mais on pouvait le réveiller en le secouant. Les membres inférieurs étaient frappés de paralysie avec perte des réflexes tendineux et patellaires; mais le patient pouvait distinguer sur quel membre on le pinçait. Les mains n'étaient que légèrement paralysées dans la flexion. La rétention d'urine persistait. Le 15, l'état empira, sauf sous le rapport de la connaissance. Le sujet ne pouvait guère plus que chuchoter quelques paroles, les secousses de toux étaient impuissantes à amener l'expectoration. La douleur derrière le sternum et à l'épigastre était permanente. La paralysie des membres supérieurs s'accentuait, ainsi que celle des parois du thorax. La langue était légèrement déviée à gauche. Peu à peu, l'asphyxie progressa et le malade succomba dans la soirée du 15 novembre, onzième jour depuis le début de la maladie.

L'autopsie révéla les lésions de la myélite diffuse aiguë, sans participation des racines nerveuses ou des méninges. Ces lésions s'étendaient jusqu'au bulbe; la congestion et le ramollissement avec infiltration de leucocytes avaient spécialement désorganisé les noyaux d'origine de l'hypoglosse et du pneumogastrique.

On ne saurait voir dans cette complication exceptionnelle une simple coïncidence, et tout porte à croire, vu sa fréquence relative dans les autres exanthèmes fébriles, qu'on doit la rattacher à une *localisation anormale* du poison rubéolique. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Trélat lit une note *sur la nature et la valeur des progrès récents dans les amputations des membres.*

« La mesure des progrès réalisés dans la cure des opérations chirurgicales prend un caractère de réelle précision lorsqu'elle porte sur un ensemble d'opérations comparables, faites par le même chirurgien, dans une période de temps suffisamment longue ou dans des périodes successives et équivalentes.

« J'ai fait cette étude pour les grandes amputations des membres que j'ai pratiquées depuis le mois de novembre 1880 jusqu'à ce jour, c'est-à-dire pendant six ans et demi, tant à l'hôpital Necker qu'à l'hôpital de la Charité. Par grandes amputations, j'entends celles du bras, de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe. Elles sont au nombre de 52, chiffre bien suffisant, et, parmi elles, les amputations de cuisse et de jambe, les plus graves de toutes, comptent pour 42 : cuisses 22, jambes 20.

« On connaît les anciens chiffres de mortalité de nos hôpitaux de 1836 à 1870. Suivant les périodes, ils étaient pour la cuisse de 62, 53, 67 p. 100; pour la jambe, de 55, 44, 61 p. 100; pour le bras, de 45, 42, 54 p. 100; pour l'avant-bras, de 28, 36, 33 p. 100.

©BIU Santé

« Mais, en 1880, les méthodes antiseptiques, qui sont toujours en progrès et en évolution, ont déjà porté leurs fruits. Pour ma période entière, nous avons :

	Opérés.	Morts.	Proportion p. 100.
Cuisse	22	4	18,1
Jambe	20	3	15
Bras	6	0	0
Avant-bras	4	1	25
	52	8	15,3

« Ces chiffres se passent de commentaires.

« L'antisepsie chirurgicale n'est pas un dogme qui s'exprime en une formule étroite et immuable : c'est l'application sans cesse perfectionnée d'une large et simple doctrine scientifique, la doctrine microbienne, dont l'Académie des sciences a été le berceau et le foyer toujours entretenu par son illustre auteur. La doctrine est une; ses applications varient suivant les moyens nouveaux que nous fournissent les sciences et l'industrie. Opéré, opérateur et aides, salles d'opération, substances des pansements, liquides de lavage, éponges et succédanés, propreté des instruments, tubes à drainage, fils à ligatures et à suture, tout a été soumis à revision et à purification. C'est ainsi que le progrès s'est accompli en marquant ses étapes successives.

« Mes 52 amputations se partagent en deux périodes un peu inégales de durée, mais à peu près semblables quant aux nombres. A l'hôpital Necker, j'ai fait en quatre ans 27 grandes amputations; à la Charité, j'en ai fait 25 en deux ans et demi. A Necker, la mortalité est encore trop forte : je perds un amputé sur quatre. A la Charité, avec une antisepsie patiemment améliorée dans tous ses détails, je n'en perds plus qu'un sur vingt-cinq!

« L'unique opéré que j'aie perdu était une malheureuse femme tombée d'un quatrième étage avec fractures multiples et compliquées des deux jambes, du coude gauche, contusions de la poitrine et du ventre.

« Il n'y a nulle part, à ma connaissance, de résultats supérieurs à ceux que j'ai obtenu à la Charité.

« Ces guérisons fréquentes sont en même temps plus simples et beaucoup plus rapides qu'autrefois. Elles se présentent comme un processus physiologique normal réduit à ses actes élémentaires. La suppuration n'est plus une conséquence de la plaie; elle résulte d'une contagion septique primitive ou secondaire. Les faits positifs ou négatifs renforcent chaque jour cette démonstration. Dès lors nous savons où et comment il faut combattre cette fâcheuse complication, quand elle se présente.

« Dans ces conditions, on voit les plaies larges et complexes des amputations, qui autrefois n'atteignaient la guérison qu'en deux et trois mois à travers de dangereuses péripéties, on voit ces plaies guérir fréquemment en douze ou quatorze jours et quelquefois moins. L'un de mes derniers opérés, atteint de tuberculose pulmonaire au début et amputé de la cuisse en février dernier pour une tumeur blanche du genou, était guéri le huitième jour.

« Cette rapidité de la guérison comporte une succession d'actes physiologiques qui s'accomplit sans souffrance ni trouble et produit ce que les chirurgiens nomment depuis longtemps *réunion immédiate* ou *primitive*.

« C'est une véritable fusion organique entre les parties affrontées. Grâce à elle, les moignons d'amputation sont soustraits à une série d'accidents qui, pour ne pas être mortels, n'en étaient pas moins fort graves. Conicité, adhérences vicieuses, déformations, névrites à conséquences prochaines ou lointaines, tout cela est évité par la réunion primitive.

« Il y a plus : les procédés opératoires qui, pour les amputations, varient surtout par la forme des sections ou des chairs conservées, formes circulaire, ovalaire, à lambeaux variés, ces procédés avaient perdu toute importance à l'époque des lentes guérisons avec suppuration. Les plus habiles exécutions chirurgicales étaient déjouées par les déformations cicatricielles. Il n'en est plus de même aujourd'hui, et, sous l'empire de la réunion immédiate, les chirurgiens se préoccupent à bon droit de constituer, par

© U Santé

leurs procédés opératoires, des moignons souples, indolents, solides, bien pourvus de chairs et propres, en somme, aux fonctions diverses de la portion de membre conservée.

« La guérison sous un seul pansement est le rêve de la chirurgie opératoire. Elle est très fréquemment obtenue pour un grand nombre de petites opérations, pour certaines opérations abdominales importantes, pour des ostéotomies d'os volumineux comme le fémur ou le tibia. Elle paraissait naguère impossible à atteindre pour les amputations ; mais, malgré les dissidences et la variation des pratiques individuelles, nous en approchons chaque jour davantage. Il n'est pas rare de voir la guérison accomplie sous deux pansements : l'un de suite après l'opération, l'autre cinq ou six jours plus tard, ce dernier restant en place huit jours, époque où la guérison est achevée. C'est ainsi que se sont comportés trois de mes amputés de cuisse de cette année. J'ai le ferme espoir que nous arriverons au pansement unique; mais il faut encore pour cela quelques perfectionnements techniques pour les moyens d'union et de drainage de la plaie. L'évolution progressive est si rapide qu'elle ne peut manquer de nous donner cette solution.

« Les chirurgiens qui ont été nos maîtres observaient des séries heureuses et des séries malheureuses à la suite de leurs opérations. Malgaigne en avait vainement cherché la cause. Nous savons aujourd'hui qu'elles s'expliquent par des épidémies de contagion. Nous nous sommes rendus maîtres de ces épidémies, qui reparaîtraient au moindre défaut de vigilance. L'an passé, sous l'influence d'un encombrement excessif de mon service, trois de mes malades ont été atteints de pourriture d'hôpital, de pyohémie et de phlegmon diffus. Tous trois ont guéri, mais le premier a dû être amputé de la cuisse, le second a été malade six mois, le troisième a mis trois mois à guérir des nombreuses incisions faites à son membre inférieur.

« En dehors de ces graves complications, certaines conditions que nous ne pouvons éluder chez nos opérés entravent la marche de la guérison physiologique. Nous apprenons même par des observations précises comme des expériences de laboratoire quelles sont au juste ces conditions. Nous savons que les septicémies, les affections septiques localisées : phlegmons, lymphangites, le voisinage d'abcès ou de fistules mal guéris font échouer en totalité ou en partie les réunions primitives et les rendent plus ou moins dangereuses. Il faut alors s'abstenir et faire appel à un autre mode de cure des plaies opératoires. De ces observations réitérées résultent des règles où le caractère scientifique, c'est-à-dire la fixité, se substitue à l'art qui repose sur les aptitudes individuelles toujours variables.

« J'arrête ici cet exposé succinct de ma pratique personnelle et des déductions qu'elle m'a suggérées sur les amputations des membres. Nos progrès peuvent être évalués en nombre : nous avons doublé le chiffre de nos guérisons, nous en avons accru la valeur individuelle, en les rendant cinq fois plus rapides. Je tenais à énoncer ces faits majeurs devant l'Académie des sciences. »

MM. Verneuil, Trélat, F. Guyon et Cornil sont candidats à la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Gosselin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Influence de l'athérome des coronaires sur la nutrition du myocarde. — Abcès tuberculeux sous-cutanés. — Chute des cheveux et des ongles sous l'influence du rhumatisme. — Traitement de la syphilis.*

M. Letulle rappelle un malade dont M. R. Moutard-Martin a rapporté l'observation dans une précédente séance; le malade, bien qu'ayant un rétrécissement des coronaires par athérome, avait succombé sans avoir éprouvé d'angine de poitrine. L'examen du cœur de ce malade, qui lui avait été confié, lui a permis d'étudier avec précision les lésions du myocarde dues à l'athérome des coronaires, point mal établi encore. Des

©BIU Santé

auteurs ont admis qu'en pareil cas il se produit de la myocardite scléreuse hypertrophique, de la dégénérescence graisseuse et granulo-graisseuse, lésions qui auraient pour conséquence la formation d'anévrysmes partiels du cœur, et par suite, chez certains vieillards, la rupture du cœur. M. Letulle pense, au contraire, que dans les cas d'artérite des coronaires, le cœur réagit d'une façon dégénérative progressive qui n'est ni la myocardite scléreuse hypertrophique, ni la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans les cas où l'autopsie a montré en pareil cas un cœur volumineux, cette augmentation de volume provient d'un dépôt de graisse, non pas dans l'épaisseur du myocarde, mais dans la couche sous-épicardique. En réalité, ce que produit la mauvaise irrigation des cellules musculaires du myocarde par suite de rétrécissement athéromateux des coronaires, c'est l'atrophie du myocarde; les cellules musculaires disparaissent progressivement par atrophie granulo-pigmentaire et ne laissent en certains points que la gangue conjonctive. La dégénérescence graisseuse des cellules musculaires du cœur est excessivement rare en dehors des maladies infectieuses.

Il est facile de comprendre comment, par suite de la disparition progressive des fibres musculaires, des excès de pression peuvent se produire en certains points du cœur. La conséquence en est une dilatation partielle des capillaires de la paroi cardiaque, que l'athérome favorise d'ailleurs. Si de petites fissures se produisent au niveau des ectasies artérielles, le sang se trouve directement en contact avec l'épicarde dont une volumineuse couche de graisse n'augmente pas la résistance, et la rupture du cœur peut s'accomplir.

M. Letulle résume ainsi sa communication : c'est la désintégration granuleuse et pigmentaire qui est la conséquence de l'oblitération des coronaires, c'est par elle qu'il faut expliquer l'atrophie progressive des cellules musculaires du cœur ayant pour résultat l'ectasie de la paroi cardiaque et la rupture du cœur, il n'y a pas de myocardite scléreuse hypertrophique.

M. Barié présente un Italien de 31 ans, maçon, qui s'aperçut, au mois de décembre dernier, d'une petite tumeur sous-cutanée au niveau de la commissure labiale droite. La tumeur grossit, puis s'abcéda; depuis lors, il en est survenu un grand nombre d'autres, une trentaine environ dans les différents points du corps, toutes sous-cutanées. Elles varient comme volume d'une bille à une mandarine. La peau reste d'abord libre; puis elle devient adhérente et violacée, s'ulcère et, après l'évacuation du contenu de la tumeur, persiste une fistule. En même temps, le malade a présenté une hypertrophie notable du corps thyroïde. M. Barié discute les hypothèses qu'on eût pu faire sur la nature de ces tumeurs : gommes syphilitiques, farcin chronique, mycosis fongoïde, sarcome cutané. Aucune d'entre elles n'est acceptable. Si on songe, au contraire, que le malade tousse depuis assez longtemps, qu'il a présenté quelques crachats sanglants, qu'on entend quelques râles sous-crépitants sous les clavicules, on est amené à conclure que ces tumeurs sont des abcès tuberculeux. Toutefois, l'examen micrographique fait à plusieurs reprises n'a jamais permis de constater des bacilles dans le pus de ces abcès.

M. Gaucher dit qu'il a observé récemment, à l'hôpital des Enfants, des tumeurs semblables chez un enfant qui ne présentait pas de lésion pulmonaire appréciable; il n'a cependant pas douté qu'elles ne fussent de nature tuberculeuse; leur guérison paraît avoir été favorisée par des applications de glycérolé boriqué quand le contenu était évacué.

— M. Renaut relate une observation de troubles trophiques exceptionnels d'origine rhumatismale. Après avoir fait un historique rapide et très complet des troubles trophiques imputables au rhumatisme, depuis J. Hunter, qui en 1876 signala le premier les rapports de certaines atrophies musculaires avec les arthrites rhumatismales, M. Renaut raconte que son malade a présenté une chute des cheveux et des ongles; celle-ci lui paraît pouvoir être attribuée à l'influence d'une attaque rhumatismale que le malade venait de subir; ce serait un argument en faveur de la théorie nerveuse du rhumatisme.

— M. Hallopeau continue la discussion sur le traitement de la syphilis. Il admet avec

CIU Santé

la majorité des contemporains que la syphilis est constituée par la pénétration et l'évolution dans l'organisme d'un parasite et que le mercure et l'iodure de potassium agissent comme anti-microbiens. Il critique la définition précédemment donnée par M. Martineau « maladie générale, dyscrasique, à évolution toujours continue et progressive ». En effet, il y a des cas où la syphilis guérit spontanément soit après les accidents secondaires, soit même après le chancre. D'autre part, la dyscrasie n'est démontrée que pendant la période assez courte où le sang des syphilitiques est inoculable.

« Primitivement *localisée* au point d'inoculation, continue M. Hallopeau, la maladie se généralise par les voies lymphatiques pendant les premiers temps de la période dite secondaire pour se *localiser* ensuite de nouveau en un certain nombre de foyers, qui peuvent *rester latents* ou s'éteindre ; il est contestable qu'il s'agisse là d'une maladie *totius substantiæ*, car les manifestations localisées ne s'accompagnent alors, dans la majorité des cas, d'aucun trouble de la santé générale : non seulement le sang n'est plus inoculable, mais les sujets réagissent sous l'influence des causes morbifiques comme le feraient des individus sains.

Nous avons vu un bec de lièvre provoqué par une plaie contuse, guérir par première intention chez un homme atteint de syphilis très intense remontant à dix mois, et qui présentait encore en différents points des éruptions en corymbe.

Ont-ils une maladie générale ces sujets chez lesquels la syphilis demeure vingt ou trente ans silencieuse ? Les agents infectieux sont restés silencieux durant cette période et s'ils se développent, les accidents qui résultent sont localisés. Il n'y a plus d'autre signe d'infection que l'impossibilité d'inoculer au sujet malade une nouvelle syphilis. Mais un varioleux ou un vacciné ont-ils une maladie générale parce qu'ils sont réfractaires à l'action du virus varioleux ou du vaccin ?

Chez un syphilitique à la troisième période, tout se passe comme si des parasites se localisaient en différents points de l'organisme, s'y multipliaient et donnaient lieu à des réactions locales d'un caractère spécifique ; la maladie peut être comparée alors à la ladrerie.

Donc, comme conséquence de ces considérations, le traitement de la syphilis, selon moi, doit être le plus souvent local en même temps que général.

Le traitement local semble devoir être héroïque quand le mal est encore limité au point d'inoculation ; c'est sous l'influence de cette idée théorique qu'on a tenté, dans ces derniers temps, l'extirpation du chancre induré, son apparition une fois établie. Chez nous ces tentatives n'ont guère donné jusqu'à présent que des résultats nuls, sauf pour un cas de M. Leloir.

On semble avoir eu plus de bonheur à l'étranger et M. Diday, dans une conférence faite à la Charité, il y a deux ans, énumérait 23 cas où l'extirpation du chancre induré paraissait avoir empêché l'évolution de la maladie. Plus récemment Rochin donne une statistique de 101 guérisons sur 692 cas, ces chiffres nous paraissent difficiles à accepter en présence des résultats obtenus en France.

Cependant les détails des observations montrent que, dans certains cas, l'extirpation a pu réussir, et cela suffit à la légitimer chaque fois qu'on peut la faire dans des circonstances favorables : siège du chancre dans une région propice à l'opération, date récente, absence d'engorgement ganglionnaire. Peut-être même la présence d'adénopathie n'est-elle pas une contre-indication : notre collègue M. Humbert a constaté que la plaie consécutive à l'ablation du chancre guérit vite ; même dans ces conditions, et qu'il y a tout intérêt à débarrasser les malades d'une affection qui peut les importuner pendant plusieurs mois. D'ailleurs on peut espérer, par l'extirpation du foyer initial, une action favorable sur l'évolution, car il semble que la puissance de multiplication, de l'agent infectieux est plus grande dans ce premier foyer que dans le dépôt secondaire ; en l'éliminant, on détruit une source d'infection.

On a vainement tenté d'enrayer le mal en enlevant les ganglions tuméfiés ou en pratiquant des injections mercurielles sur le trajet des lymphatiques. Nous avons tenté de faire avorter des chancres indurés récents avec du sublimé en poudre, espérant qu'absorbé il agirait à distance sur les microbes en voie de pénétration dans les tissus voisins ; nous avons échoué, mais nous comptons revenir à cette tentative.

©BIU Santé

Les règles à suivre, pour le traitement de la maladie confirmée, ont été magistralement tracées par M. le professeur Fournier; la seule modification que nous y ayons faite est de donner l'iodure de potassium pendant la période où la cure mercurielle est interrompue, et cela tant que la maladie est en pleine activité et qu'il faut poursuivre l'agent infectieux. Il est évident que le mercure ne peut être donné indéfiniment, ses effets sur les manifestations s'atténuent, et son action nocive sur l'organisme s'accentue; si on en suspend l'administration, pourquoi s'abstenir de tout traitement et laisser évoluer la maladie, alors qu'on a sous la main un spécifique puissant?

On voit que le mercure agit mieux sur les accidents primitifs et secondaires; l'iode sur les accidents tertiaires; ces différences d'action peuvent être rattachées avec vraisemblance aux modifications subies dans l'organisme par l'agent infectieux. Le microbe qui produit la gomme dérive nécessairement de celui qui produit le chancre et les manifestations secondaires, mais il en diffère par certains points; il n'est plus inoculable et ses réactions dans les tissus n'ont plus le même caractère. Il n'est donc pas étonnant que telle ou telle manifestation soit justiciable de préférence de l'un ou l'autre des deux spécifiques.

L'action des frictions mercurielles sur les encéphalopathies, si bien étudiées par M. Fournier, n'est plus contestée aujourd'hui.

De même, l'iodure de potassium est très utile pour la phase des accidents secondaires, aussi l'employons-nous pendant toute la période active de la maladie et pendant le repos de la période mercurielle.

Mais la discussion porte, aujourd'hui, surtout sur le mode d'administration et sur la période de la maladie où il convient de donner le mercure.

L'usage à l'intérieur des préparations mercurielles produit des troubles digestifs, des douleurs gastriques et de la diarrhée, et son absorption est moins rapide et moins abondante par cette voie. Les injections quotidiennes des peptones de mercure donnent lieu à des douleurs tolérables, sans doute, mais continues et persistantes; c'est un élément dont il faut tenir compte quand le traitement doit durer des années.

Les objections que soulève la pratique des injections de calomel ont été exposées ici par notre collègue M. E. Besnier, nous n'y reviendrons pas.

Restent les frictions : on s'accorde à dire que c'est un excellent moyen d'administration et cependant on s'en sert peu : le grand reproche qu'on lui fait est la salivation; il nous semble exagéré. Si cet accident se produit, c'est en général quand les frictions sont faites dans les creux axillaires et inguinaux; car on sait que les parties velues absorbent plus facilement le mercure que les autres.

D'ailleurs, je considère que la production d'une légère irritation gingivale permet de voir si l'on est arrivé à la dose maxima. Donc les frictions constituent un mode d'administration à la fois puissant, sûr et en général inoffensif, auquel nous nous adressons le plus souvent.

Elles permettent de frapper fort et évitent souvent des accidents. Nous avons l'habitude de commencer ce traitement dès que le diagnostic syphilis est posé avec certitude, et nous croyons utile d'intervenir au début par cette médication énergique, surtout chez les individus vierges de tout traitement et chez lesquels les pilules de proto-iodure pourraient provoquer des accidents.

Plus tard, à la période d'état, on pourra recourir aux deux modes d'introduction.

Le traitement local, trop négligé, doit être associé au traitement général. Nous traitons localement toutes les ulcérations syphilitiques par les préparations hydrargyriques comme la pommade au calomel, ou plutôt le sublimé en solution; sous l'influence de ces topiques, le chancre induré perd vite ses caractères spécifiques. A la période secondaire, nous associons de même au traitement général le traitement local avec l'emplâtre de Vigo ou le nitrate acide de mercure employé avec prudence. Nous avons noté, dans des cas de roséole ou d'éruptions papuleuses généralisées, que les parties sur lesquelles portaient les frictions guérissaient plus vite que les autres.

C'est surtout à la période tardive de la maladie que le traitement local est important. L'usage des injections, préconisé par Scarenzio, paraît alors indiqué, si toutefois on peut y recourir sans inconvénient; il faut dire cependant que, dans certains cas, l'in-

U Santé

jection au milieu d'une syphilide tertiaire serpigineuse a donné lieu à une vive inflammation et n'a pas amélioré la situation. Quand il s'agit de syphilides, on se rend bien compte que le médicament introduit profondément dans le tissu cellulaire ou les muscles n'exerce pas localement d'action sur l'affection cutanée.

Le bi-iodure ioduré, tel que l'a formulé Gibert, produit des effets excellents contre des manifestations qui ont résisté au traitement mixte, il semble qu'il a une action plus puissante que les autres agents. Quand la syphilis paraît avoir élu définitivement domicile chez un sujet, donnant lieu à des poussées plus ou moins fréquentes du côté de l'encéphale ou des téguments, il faut que l'iodure fasse pour ainsi dire partie de l'alimentation du malade, ce qui lui permet d'éviter la syphilis cérébrale ou médullaire; la dose du médicament doit être modérée, 1 ou 2 grammes suffiront : en aucun cas, il ne faudra le prescrire à 12,20 et même 30 grammes, comme on a fait récemment en Allemagne; il devient toxique à cette dose.

Il faut également que le malade soit dans des conditions de milieu favorable : c'est ainsi, suivant nous, et non par une action physiologique, qu'agissent les eaux de Néris, d'Uriage et des Pyrénées.

Il nous resterait à parler de la prophylaxie de la syphilis, mais il serait téméraire de le tenter après l'éloquent rapport que M. le professeur Fournier vient de lire à l'Académie de médecine. Il est pourtant un point qui mérite l'attention : c'est la possibilité de trouver un vaccin à la syphilis. Des faits récents indiquent cette voie nouvelle : Klebs en particulier, en étudiant la syphilis expérimentale chez le singe, a trouvé qu'elle était véritablement abortive chez cet animal et, sans doute, en l'inoculant à l'homme, on pourrait avoir une vérole très atténuée.

Permettez-moi de conclure rapidement :

1° Le chancre induré peut être excisé ou détruit quand le malade se présente avant l'apparition de l'adénopathie de voisinage.

2° Il faut poursuivre l'agent syphilitique pendant la première année sans interruption, et, plus tard, tant que la maladie se traduit par de nouvelles manifestations.

3° Le mercure doit être introduit par des frictions sur les parties glabres; plus tard, on peut utiliser le bi-iodure.

4° Il faut recourir aux injections de calomel, quand l'intervention doit être rapide.

5° Pendant la période tertiaire, il faut employer d'une façon presque continue l'iodure de potassium.

6° Ces spécifiques, en particulier les mercuriaux, seront employés localement dans les manifestations ultérieures.

7° Il faut chercher, par la syphilisation des animaux supérieurs, à obtenir un virus atténué capable d'être le vaccin de la syphilis. »

FORMULAIRE

LOTION CONTRE LE PRURIT VULVAIRE. — Martineau.

Teinture d'opium.....	8 grammes.
Bi-carbonate de soude.....	8 —
Bi-carbonate de potasse.....	4 —
Glycérine neutre.....	6 —
Eau.....	250 —

F. s. a. une solution pour lotions. — Applications d'amidon dans l'intervalle des lavages.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — C'est le lundi 6 juin qu'a été ouverte, avec éclat, la nouvelle clinique des maladies des premières voies respiratoires (fosses nasales et larynx), dont la direction a été confiée, comme nous l'avons annoncé, au professeur Frænkel.

©BIU Santé

— Dans le projet du budget de 1888-1889 figurent les frais d'une importante création instituée par le ministre des cultes et de l'instruction publique V. Gessler. Il s'agit de l'établissement d'un *Annuaire clinique* devant comprendre deux parties : Dans la première partie seraient traités les choses générales et le fonctionnement des Cliniques et Universités allemandes et étrangères. Dans la seconde partie, affectée spécialement aux Cliniques prussiennes; ces établissements seront envisagés au triple point de vue : 1° de leur utilité thérapeutique et clinique ; 2° de l'enseignement de la médecine (partie pédagogique); 3° des progrès scientifiques.

En conséquence, comme base de cet utile travail, les directeurs de Cliniques devront, en vertu d'une ordonnance du 21 mai 1887, envoyer à l'administration centrale un rapport annuel portant sur les points suivants : 1° administration et fonctionnement de l'établissement ; 2° fréquentation des cours par les étudiants ; 3° statistique des maladies observées et des opérations exécutées; 4° observations et remarques sur l'enseignement technique.

— Le dimanche 5 juin a été inauguré, à Milan, le Panthéon, monument destiné à perpétuer les noms des citoyens qui ont illustré la patrie. Au milieu des célébrités de tous genres, on compte le chiffre respectable de *10 médecins*. — Dr Ch. S.

COURRIER

Traitement préventif de la rage a l'Institut Pasteur. — Au moment où l'Institut Pasteur vient d'être reconnu comme établissement d'utilité publique, il n'est pas sans intérêt de montrer par le relevé statistique du traitement préventif de la rage qui y est pratiqué, quels bienfaits il a déjà rendus. Nous répondrons en même temps ainsi au grand nombre de demandes qui nous sont adressées de divers côtés à ce sujet. Les renseignements qui vont suivre sont établis d'après les tableaux publiés mensuellement dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Depuis le mois de novembre 1885 jusqu'au 30 avril 1887, il a été traité à l'Institut Pasteur :

336 personnes, mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par le résultat de l'inoculation du bulbe ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps ;
2.392 personnes, mordues par des animaux dont la rage a été reconnue à l'autopsie faite par un vétérinaire ou par les symptômes présentés par l'animal ;
611 personnes, mordues par des animaux suspects de rage.

Total ... 3.339

Le nombre des personnes ayant succombé à la rage après le traitement a été de 38, parmi lesquelles 23 Français et Algériens et 15 étrangers.

Sur ces 38 morts, il y en a eu 14 chez lesquels la rage a éclaté dans les quinze jours qui ont suivi le traitement, et qui pourraient très légitimement ne pas être comptés pour l'évaluation de la mortalité.

La mortalité ne s'élève ainsi qu'à 0,71 pour 100 et à 1,13 pour 100 en tenant compte de tous les décès. Les chiffres parlent ici d'eux-mêmes ! (*Gaz. hebd.*)

— M. le docteur J.-P. Bonnafont, médecin principal en retraite de l'Ecole d'état-major, correspondant de l'Académie de médecine, vient de recevoir la traduction en langue espagnole de son *Traité des maladies de l'oreille*. L'ouvrage a été publié, à Madrid, sous le titre de *Tratado theorico y practico de los Enfermedades del Vido y de los Organos de la Audicion*. Segunda Edition, traducida al espanol por D. Pedro Espina y Martinez y D. Antonio Espina y Capo.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Cazalis : Note nouvelle sur l'hémi-rhumatisme et observations. — II. De l'Association médicale mutuelle en cas de maladie. — III. Bibliothèque : Un rimeur aux thermes des Pyrénées. — Manuel de pathologie externe. — IV. Revue des Journaux : Les tumeurs des plexus choroïdes. — Sur quelques formes rares d'exanthème iodique aigu. — Recherches expérimentales sur la lèpre. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

Note nouvelle sur l'hémi-rhumatisme et observations

Par le docteur Cazalis (d'Aix-les-Bains).

Dans une note communiquée l'année dernière à l'Académie de médecine, et où j'appelais l'attention sur quelques faits mal étudiés encore de l'histoire du *rhumatisme chronique simple*, j'établissais que chez les deux tiers peut-être des malades affectés de ce rhumatisme, on pouvait observer au début, pendant fort longtemps, une prédominance plus ou moins marquée des manifestations arthritiques sur une moitié du corps, et le plus souvent sur le côté droit.

J'établissais aussi que s'il survenait chez ces malades des congestions pulmonaires ou des bronchites chroniques, c'était le plus souvent de ce même côté où prédominait le rhumatisme. Je rappelais que M. Collin (de Saint-Honoré), en faisant de son froissement pleurétique un des signes de l'arthritisme, l'avait trouvé à droite dans la majorité des cas.

Je notais qu'un signe trop peu connu du rhumatisme chronique simple, la déformation et la déviation du gros orteil en dehors, quand il se montrait chez ces hémi-rhumatisants, prédominait lui-même du côté de l'hémi-rhumatisme.

Je remarquais enfin que l'hémilatéralité ne s'observait pas seulement dans le rhumatisme chronique simple, mais dans des affections encore qui, très souvent, ont une origine arthritique, la migraine, la chorée, l'hystérie, et qu'ainsi l'hémilatéralité semblait en bien des cas la marque des manifestations arthritiques.

Je viens aujourd'hui, Messieurs, vous présenter deux observations qui, je l'espère, sauront appuyer auprès de vous cette notion nouvelle de l'hémi-rhumatisme. La première, que je dois en partie à l'obligeance de mon cher maître, M. le professeur Verneuil, vous la trouverez déjà, mais incomplète, et avec quelques erreurs dues sans doute à leur rédaction, dans les comptes rendus du Congrès de Blois, tenu en 1884. M. le professeur Verneuil ne parlait pas d'hémi-rhumatisme en sa très intéressante communication.

Il venait, par cette observation, démontrer l'existence d'une affection arthritique, mal connue alors, depuis acceptée par tous, et bien étudiée, les périostites éphémères multiples.

Mme X..., 44 ans, de taille moyenne, de bonne constitution, et présentant toutes les apparences de la santé, a pourtant, dès sa jeunesse, été tourmentée par des manifestations d'arthritisme : angines réitérées, pharyngite granuleuse, attaque violente de rhumatisme mono-articulaire aigu au coude gauche, dyspepsie à retours fréquents, zona du côté droit, hyperesthésie cutanée; dermatoses circonscrites rebelles et fibrome utérin.

En 1883, névralgie occipitale rebelle, du côté *droit*, accompagnée d'une fièvre à type intermittent irrégulier qu'on combat avec le sulfate de quinine, mais fort peu de temps, le médicament étant mal supporté. La fièvre disparut; la névralgie persista, puis se dissipa et revint de temps à autre.

©BIU Santé

Au printemps de 1884, encore du côté *droit*, douleurs intenses, ayant les caractères de la névralgie thoraco-brachiale, avec irradiation dans le sein correspondant et rétraction du mamelon, qui fit même redouter un cancer au début. Ces douleurs cédèrent à des applications narcotiques; mais bientôt, au même membre supérieur *droit*, sur la partie moyenne de sa face externe, apparut une tuméfaction douloureuse, très dure, sans changement de couleur à la peau, adhérente à l'os et mesurant environ sept centimètres dans son grand diamètre vertical sur cinq dans le diamètre transversal. Trois semaines après, apparition subite, à la tempe *droite*, d'une autre tumeur très douloureuse, aplatie, régulièrement arrondie, appliquée sur l'os, immobile, ayant trois centimètres de diamètre et faisant une saillie de cinq à six millimètres au-dessus des parties voisines. Quelques jours plus tard, sous l'influence d'un coup d'air, autre proéminence plus petite à la vérité et fugace sur la face externe de la branche horizontale gauche de la mâchoire inférieure; enfin, gonflement superficiel de la face interne du tibia vers le tiers supérieur de la jambe *droite*.

Toutes ces tumeurs offraient les mêmes caractères ; nulle trace d'inflammation aiguë, ni rougeur, ni œdème, ni sensibilité vive à la pression, apparition rapide, persistance plus ou moins longue, diminution, disparition ou déplacement sans cause. Plusieurs bosses surgirent successivement sur la moitié *droite* de l'os frontal près de l'épine nasale, au-dessus de la partie moyenne du sourcil, au niveau de la bosse frontale, et on en constata également sur l'écaille de l'occipital, au bras et à la jambe. La tuméfaction plus durable, plus tenace au bras, descendit peu à peu; elle arriva jusqu'au voisinage de l'articulation du coude; à la jambe, elle envahit tout le tiers moyen et un peu du tiers inférieur; là, le gonflement osseux ou périostique ne disparut pas complètement et aujourd'hui encore on en trouve quelques traces.

Au front, où l'étude de ces productions singulières était facile, on en suivait aisément la marche : tantôt les saillies restaient dures et d'un volume constant ; tantôt, d'un jour à l'autre, elles augmentaient ou diminuaient de moitié et changeaient de consistance. Plusieurs fois M. Verneuil y perçut la fluctuation de la manière la plus manifeste. Les parties attenantes étaient absolument saines.

Au bras, cependant, il y avait augmentation très notable du volume du membre au niveau du segment où siégeait la poussée de périostite. D'ailleurs, aucune fièvre, mais des douleurs spontanées, assez vives pour troubler le repos, empêcher la marche et paralyser quelque peu l'usage du bras droit. Comme en ce moment même le bras gauche était le siège d'une éruption cutanée rebelle, en relation peut-être avec l'emploi journalier et sans doute excessif pour la malade de l'hydrate de chloral, on aurait pu penser à une affection spécifique. Mais la nature rhumatismale était démontrée par les antécédents, la marche irrégulière du mal et surtout par l'influence considérable des variations de température, j'ajouterai, par l'hémi-latéralité des symptômes; ainsi il suffit un jour d'une course en voiture découverte par un temps un peu froid, pour faire surgir sur le front presque subitement une saillie lenticulaire de trois centimètres de diamètre, qui mit plus d'une semaine à disparaître.

M. Verneuil essaya bien des moyens contre cette affection, mais les applications topiques et en particulier le chloroforme et l'aconit amenèrent seuls un peu de soulagement. Aucun médicament interne ne fut supporté, ni le sulfate de quinine, ni l'iodure de potassium à quelque dose que ce fût. Le salicylate peut-être aurait eu plus de prise, mais à peine était-il essayé deux ou trois jours qu'il déterminait une véritable intoxication, même à la dose de 2 à 3 grammes.

L'hiver de 1884 à 1885 fut mauvais. La jambe surtout fit beaucoup souffrir la malade. Mme X dut quelquefois passer plusieurs semaines dans son lit ou rester levée quelques heures seulement dans la journée. Il en résulta un état nerveux prononcé, que le valérianate d'ammoniaque parvint seul à soulager: mais les fonctions digestives se dérangèrent à leur tour, à ce point que M. Verneuil jugea nécessaire de prescrire en juillet une saison à Vichy. Il n'en résulta pas d'effets favorables ; la marche pourtant sembla plus facile.

L'hiver 1885-1886 et le printemps se passèrent un peu mieux. Les périostoses frontales avaient disparu, les douleurs sous-occipitales, les périostoses du bras et de la jambe

laissaient quelque répit ; mais on sentait bien qu'à la moindre occasion tout pouvait se réveiller ; la marche restait pénible.

C'est dans ces conditions que madame X. se rendit à Aix, à la fin d'août.

Elle présentait encore des périostoses plus au moins sensibles. La marche, les mouvements du bras droit étaient très gênés. La nature de ces périostites hémilatérales était était si bien rhumatismale que le traitement antirhumatismal suivi à Aix pendant trois semaines suffit pour délivrer la malade de la plupart de ses accidents douloureux et pour faire fondre presque entièrement ses tumeurs.

Aujourd'hui (avril 1887), l'état de la malade est toujours très satisfaisant.

Je résume cette observation : ainsi, périostites nettement rhumatismales, apparaissant à la tête, à la face, aux membres supérieurs et inférieurs *du côté droit;* névralgie thoraco-brachiale du même côté, et avant ces manifestations du rhumatisme chronique, un zona qui s'était montré de ce côté encore. Voilà un cas bien net d'hémi-rhumatisme et d'autant plus intéressant, il me semble, que ces manifestations rhumatismales, les périostites multiples éphémères ou chroniques, sont assez rares. Je ne crois pas qu'on puisse accuser ici, comme on le peut faire quelquefois, un refroidissement prolongé, tel par exemple que celui causé par le voisinage d'un mur humide. Une cause interne, qu'on ne peut chercher, en raison de la localisation des lésions, que dans quelque trouble du système nerveux central, peut être seule incriminée ici.

Rien de semblable dans le rhumatisme articulaire aigu, maladie toute différente et maladie peut-être à microbe, et, chez cette malade, on remarquera que le rhumatisme articulaire aigu, tout au contraire, affecta le côté gauche.

La notion de l'hémilatéralité pourrait donc intervenir quelquefois, ce cas le prouve, quand se pose le diagnostic entre le rhumatisme et la syphilis. Dans la syphilis, en effet, maladie microbienne, il est impossible que les manifestations restent longtemps localisées à une seule moitié du corps.

Voici une observation encore qui m'est également fournie par un de mes confrères, l'un de ceux qui certainement aujourd'hui connaissent le mieux l'arthritisme, M. le docteur Huchard; et je suis heureux de voir ces observations nouvelles, appuyées de l'autorité scientifique de ceux qui m'ont bien voulu les fournir.

Mme X. est fille de père diabétique, de mère nerveuse et goutteuse ; il y a 5 ans, elle eut une sciatique à *gauche*; c'était sa première manifestation rhumatismale. Ensuite, elle eut une névralgie lombo-abdominale *gauche*, et une névralgie crurale *gauche* : ces névralgies s'accompagnèrent d'arthrites sèches, marquées surtout à *gauche*. La malade se rendit à Luchon ; mais sa saison thermale lui donna peu de résultats. Il y a deux mois et demi, accès de névralgie faciale, à *gauche* encore, et douleurs vagues musculaires et articulaires du même côté; enfin, depuis quinze jours, accès de goutte à l'orteil *gauche*.

Ici, ce n'est donc plus à droite, c'est à gauche que nous observons l'hémi-rhumatisme.

J'ai dit ailleurs que l'hémi-rhumatisme me semblait plus fréquemment s'observer du côté droit, et que chez la femme, quand je le voyais à gauche, je cherchais et trouvais souvent l'hystérie. Mais ici le diagnostic est certain; les accidents ne sont pas hystériques; ils sont de nature rhumatismale.

Chacun sait que l'hémilatéralité des accidents hystériques à gauche est la règle : ici, hémilatéralité à gauche d'accidents rhumatismaux, qui, chez cette

©BIU Santé

malade, devaient faire quelquefois penser à des accidents hystériques. Cette observation ne semble-t-elle pas témoigner d'une certaine ressemblance et comme d'un lien de famille entre le rhumatisme et l'hystérie?

J'ai vu d'autres faits où l'hystérie et l'hémirhumatisme se confondaient, et qui pourraient mieux sans doute servir à démontrer ces relations de parenté entre les deux maladies, dont la première si souvent m'apparaît chez les descendants comme une des modalités, une des métamorphoses de l'autre.

Ce même lien que je cherche à établir entre les accidents hémi-latéraux de l'hystérie et de l'hémi-rhumatisme, je pourrais le montrer existant aussi entre l'hémi-rhumatisme et la migraine.

Chez M. X..., par exemple, depuis vingt-cinq ans, en même temps que les manifestations d'un rhumatisme chronique léger (arthrites sèches, vagues douleurs sciatiques, myalgies, exostose rhumatismale du fémur) qui n'ont jamais quitté le côté droit, c'est toujours de ce même côté que chaque mois s'est montrée sa migraine.

Tous ces faits confirment donc clairement la notion de l'hémi-rhumatisme que mon ami, M. le docteur Demeaux et moi, avons introduite dans l'histoire des manifestations si multiples du rhumatisme chronique ou de l'arthritisme, notion parfaitement en accord avec la théorie qui établit l'influence du système nerveux central sur la pathogénie de ce rhumatisme.

De l'Association médicale mutuelle en cas de maladie.

Nos lecteurs connaissent déjà l'œuvre d'Association médicale à laquelle M. Lagoguey a donné tous ses soins; sortie des premières difficultés du début, elle voit chaque jour le chiffre de ses adhérents augmenter, et malgré le nombre toujours croissant des Sociétés du même genre semble promise à un bel avenir.

Un examen rapide des statuts de l'Association va nous montrer sa grande utilité et la simplicité de son fonctionnement. A la Société médicale de l'Elysée, M. Billon (séance du 10 janvier 1887) a étudié avec soin le projet de M. Lagoguey, et c'est à son intéressant rapport, résumant l'avis de la grande majorité de nos confrères, que nous allons emprunter la plupart de nos arguments.

La base de l'Association est celle-ci :

Une Société de secours mutuel qui ne s'impose pas d'autre charge peut donner indéfiniment à ses membres, en cas d'incapacité de travail temporaire ou permanente, par suite de maladie, une indemnité quotidienne égale au taux de la cotisation mensuelle payée par chacun d'eux.

Ainsi qu'il résulte des déclarations de M. Lagoguey, les fondateurs de l'Association se sont basés, pour admettre ce principe :

1° Sur les résultats obtenus par une Société ouvrière dont ils étaient à même de suivre le développement, les progrès et les diverses opérations; c'est, dans le cas actuel, la Société ouvrière dite la Corporation du gaz.

2° Sur les moyennes données par le rapport du ministre de l'intérieur sur les opérations des Sociétés de secours mutuels de toute la France; d'après ce rapport, la moyenne des journées de maladie par Sociétaire atteint ou dépasse à peine cinq.

3° Sur l'exemple tiré des comptes rendus de l'Association médicale des médecins anglais.

Nos confrères d'outre-Manche sont arrivés, en effet, aux plus beaux résultats. Leur Association comprend 676 membres qui paient en moyenne 133 fr. par an et 11 fr. 41 c. par jour. Le total des journées de maladies n'étant que 3,102, il s'ensuit qu'il n'y en a que 5,11 par membre participant.

© BIU Santé

Dans le dernier exercice, la Société anglaise a fait un bénéfice de 54,755 fr., et la prime annuelle à payer, qui varie avec l'âge (c'est là un des points particuliers de l'Association), s'élève à 20 ans à 114 fr. et dès 49 ans atteint 234 fr.

D'après ses statuts, la Société française admet le chiffre moyen de cinq journées pour l'incapacité temporaire seulement, et, d'après les calculs les plus exacts, 57 donne exactement le nombre d'associés nécessaires pour que le service de l'indemnité soit assuré.

Les fondateurs de l'Association ont fixé à 10 francs le montant de la cotisation mensuelle. Quoi qu'on en ait dit, ce n'est pas là une somme trop élevée et bien peu des médecins de Paris seraient réellement incapables de faire ce sacrifice. A notre humble avis, même, il est à la portée de tous, et ceux qui ne pourraient s'y résoudre n'auraient d'autre excuse qu'une imprévoyance inexcusable elle-même.

Une des parties les mieux étudiées du rapport de M. Billon est celle où il compare les statuts de l'Association avec ceux des Compagnies d'assurances.

Une seule Compagnie française assure contre les risques de maladie ou d'accident, et elle distingue deux formes d'*incapacité permanente :*

L'incapacité totale, ou l'impossibilité absolue de se livrer à aucun travail;

L'incapacité professionnelle, qui résulte d'une infirmité partielle obligeant l'assuré à changer de profession. Dans ce dernier cas, il n'est payé que la moitié de la rente assurée.

« Moyennant une prime annuelle de 268 fr. 80 c., le médecin s'assurerait une rente de 7,200 francs pour les cas où une maladie ou un accident le réduirait à l'impuissance de travailler, ou de 3,600 francs si une infirmité partielle l'obligeait à chang r de profession.

« S'il veut payer un supplément de prime annuelle s'élevant à 115 fr. 30 c., il recevra 12 francs par jour en cas d'incapacité temporaire. »

Par ce calcul, on trouve facilement que la prime annuelle pour une indemnité de 10 francs doit être de 96 fr. 25 c.

Si donc l'on ajoute ces 96 fr. 25 c. aux 268 fr. 80 c. nécessaires pour assurer une rente de 3,600 francs en cas d'incapacité professionnelle permanente, c'est 365 fr. 05 c. que devra payer le médecin pour s'assurer 10 francs par jour dans tous les cas d'incapacité.

Il est facile de trouver les raisons pour lesquelles l'Association mutuelle demande une prime trois fois moindre. Toute la gestion est gratuite, les administrateurs ne reçoivent aucun émolument; il n'y a pas de courtiers, pas de locaux somptueux, pas de rémunération du capital, et cela suffit pour expliquer la différence.

Il est probable, il est certain que l'Association fondée par M. Lagoguey réalisera des bénéfices : ils serviront d'abord à constituer une réserve et ensuite, s'ils deviennent suffisants, à allouer à la veuve ou aux ascendants ou descendants en ligne directe du sociétaire décédé, une indemnité dont le taux sera fixé chaque année par l'assemblée générale; enfin, la cotisation elle-même pourra être diminuée.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'œuvre à laquelle s'est dévoué notre confrère. Nous ne pouvons, certes, que l'approuver sans réserves et, du reste, le succès qu'elle a déjà obtenu sera sans aucun doute, aux yeux des hésitants, la meilleure des recommandations. — P. C.

BIBLIOTHÈQUE

Un rimeur aux thermes des Pyrénées, *Eaux-Chaudes — Eaux-Bonnes — Cauterets — Bagnères-de-Luchon — Saint-Sauveur — Barèges — Bagnères-de-Bigorre*, par François Nargy. — Librairie des bibliophiles, à Paris.

L'auteur, poète habile, a su rendre poétiquement un sujet qui, au premier abord, paraît bien éloigné de la poésie. Le médecin lit avec plaisir ces descriptions à la fois gracieuses et exactes. Il faut lire, entre autres, celle des bains de Bagnères-de-Luchon :

Des colonnes de marbre en une longue file
Des thermes de Luchon forment le péristyle.....

©BIU Santé

Tout est exposé avec soin, tous les détails sont donnés en un style clair, facile et précis.

Dans les moindres recoins de ce palais coquet,
Du luxe et du confort tout porte le cachet;
Il n'est d'invention, d'instrument efficace,
Qui dans son arsenal ne viennent prendre place;
Et quiconque des bains réclame le secours
Des appareils nouveaux trouve ici le concours.

En choisissant pour sujet de ses études poétiques les thermes des Pyrénées, l'auteur s'était naturellement ménagé les descriptions grandioses que cette région devait lui fournir; et il a réussi d'une manière très distinguée.

A l'occasion des lacs d'Ayous, nous avons remarqué un néologisme que nous trouvons pittoresque, et que nous approuvons :

Vous nous peindrez ces lacs, le soir, au crépuscule,
Quand un tiède zéphyr mollement les *ondule*.....

Mais où l'auteur nous paraît avoir fait un véritable tour de force, c'est lorsqu'il a fait l'énumération des propriétés médicinales des Eaux. En voici un spécimen; il s'agit de Saint-Sauveur. Après avoir vanté l'influence bienfaisante de l'air qu'on y respire :

Des sources, à leur tour, comment en vérité,
Quand les faits sont admis, nier l'activité?
L'eau, tiède à ses griffons, agréable, onctueuse,
Pour la peau qu'elle baigne est comme savonneuse;
Un calme relatif, sans nul effort acquis,
D'un méthodique emploi devient bientôt le prix,
Et le mieux obtenu rapidement progresse.
C'est aux dames surtout que Saint-Sauveur s'adresse :
La névrose, qu'on voit, lamentable fléau,
S'entourer chaque jour d'un cortège nouveau;
La migraine,... etc., etc.

Mais quel est l'auteur? François Narcy est manifestement un pseudonyme. Pourquoi cette réserve? Nous ne sommes pas autorisé à dévoiler le mystère. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'auteur, un de nos savants confrères, a été l'élève, le collaborateur et l'ami de Rayer. — G. R.

MANUEL DE PATHOLOGIE EXTERNE, par MM. RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — Tome IIIe. *Maladies des régions : cou, poitrine, abdomen*, par M. J.-J. PEYROT, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — G. Masson, éditeur.

Nous avons rendu compte des trois premiers volumes de cet ouvrage, nous voulons dire des trois volumes parus les premiers, car celui qui avait été confié à la plume de M. Peyrot et qui est le troisième dans l'ordre de la disposition anatomique : *Cou, poitrine, abdomen*, est venu le quatrième et dernier dans l'ordre de publication. L'œuvre est aujourd'hui terminée, et il n'a pas fallu plus de deux ans à nos quatre auteurs pour atteindre ce but, ce qui, pour le dire en passant, est un résultat d'autant plus beau qu'il est plus rare.

Nous avons maintenant, dans ces quatre volumes, un tableau réellement complet de l'état actuel de la chirurgie et de ses progrès les plus récents.

Le volume émané de la plume de M. Peyrot ne le cède en rien à ses aînés, ni pour la clarté de l'exposition, ni pour la sûreté des renseignements, ni pour l'analyse et la critique judicieuse des travaux français et étrangers. Le cou, la poitrine, l'abdomen surtout ont ouvert, dans ces dernières années, un vaste champ aux recherches des explorateurs.

Aujourd'hui, une opération qui semble de plus en plus conquérir la faveur des chirurgiens, la *laparotomie*, a rendu possible et bienfaisante l'intervention chirurgicale dans un grand nombre de cas où les anciens chirurgiens se seraient déclarés impuissants. Elle ouvre le ventre avec une sécurité relative et permet ainsi d'explorer les diverses

parties de cette cavité, soit en vue d'éclairer un diagnostic douteux (laparotomie *exploratrice*), soit pour pratiquer une opération (laparotomie *opératoire*). De récentes discussions au sein de la Société de chirurgie ont mis à l'ordre du jour ces questions importantes qui se posent toutes les fois qu'un chirurgien a, par exemple, affaire à une plaie pénétrante de l'abdomen, et qu'il s'agit de savoir si l'intestin a été intéressé par le corps vulnérant et quel est le siège exact de la plaie intestinale. Bon nombre de blessés ont dû la vie à une intervention hardie et heureuse dans des cas de ce genre, dont la mortalité, lorsque la blessure est abandonnée à elle-même, s'élève au chiffre formidable de 87 p. 100.

L'opération de la laparotomie se pose encore, comme l'ont récemment montré MM. Verneuil, Trélat, etc., dans les cas d'étranglement interne et d'arrêt du cours des matières, quels que soient la nature et le siège de l'obstacle. Elle intervient, enfin, dans une foule d'autres circonstances, telles que l'arrêt d'une hémorrhagie intra-abdominale, l'ablation d'un kyste hydatique du foie, l'incision d'un abcès de ce viscère, l'extraction d'un kyste de l'ovaire, d'un néoplasme ou d'un corps étranger de l'intestin, d'un fibrome ou d'un cancer de l'utérus, etc.

On entrevoit par cet aperçu de quelle importance est cette chirurgie abdominale à laquelle M. Peyrot a consacré près de la moitié du volume que nous présentons à nos lecteurs.

Sans doute ils n'attendent pas de nous que nous entrions dans les détails des chapitres qu'il contient. Qu'il nous suffise de dire, en terminant, que le volume de M. Peyrot complète dignement le *Manuel de pathologie externe* auquel il n'est plus nécessaire de prédire aujourd'hui le succès que nous annoncions en rendant compte du premier volume. Nous lui souhaitons les nombreuses éditions qu'il mérite et qui le maintiendront au niveau des progrès futurs de la chirurgie. — A. T.

REVUE DES JOURNAUX

Les tumeurs des plexus choroïdes, par J. Audry. (*Revue de médecine*, novembre 1886.) — Les tumeurs des plexus choroïdes sont rares; il en existe cependant un certain nombre d'observations éparses dans la science, et c'est en s'appuyant sur un total de 25 cas que M. Audry a pu présenter un travail d'ensemble sur ce sujet.

Ces tumeurs siègent au niveau des ventricules latéraux, du quatrième ventricule, plus rarement du troisième; le plus souvent on les trouve au niveau du glomus (Wenzel), c'est-à-dire au niveau de l'épaississement naturel que présentent les plexus des ventricules latéraux quand ils contournent la corne postérieure. Elles peuvent être dues au développement exagéré, soit d'un élément anatomique normal des plexus (tumeurs épithéliales, vasculaires, psammomes, fibromes, myxomes, lipomes), soit de l'ensemble de ces éléments (hypertrophie simple), soit encore d'éléments étrangers à ces plexus (ostéomes, enchondromes, tubercules, dégénérescences kystiques, kystes hydatiques, cysticerques), ne se généralisant jamais à d'autres organes, à moins qu'il ne s'agisse de tubercules; elles peuvent être multiples et s'accompagnent fréquemment d'hydrocéphalie ventriculaire.

Dans certains cas, la maladie reste latente pendant toute la durée de la vie, c'est une trouvaille d'autopsie ne présentant aucun rapport avec les phénomènes observés pendant la vie; d'autres fois la tumeur se révèle pendant les dernières heures ou les derniers jours de la vie par quelques phénomènes cérébraux (céphalée, délire, coma, etc.). Le plus habituellement le tableau clinique présente des allures subaiguës ou chroniques. « Dans le premier cas, le malade présente au début des phénomènes d'excitation; puis surviennent, dans les derniers jours de la maladie, une dépression dans les forces intellectuelles et physiques, qui aboutit au coma. Dans la forme chronique, on retrouve ces deux périodes, mais les symptômes sont, en quelque sorte, plus vagues, plus esquissés au début; et ce sont souvent chez des individus présentant des allures d'épileptiques ou de déments, qu'on les observe. » Dans ces cas aussi, on peut noter des symptômes du

©BIU Santé

voisinage (polyurie, diabète, ataxie cérébelleuse, etc.) Mais, ni les troubles de l'idéation, ni les troubles moteurs (paralysies, contracture, ataxie), ni les troubles de la sensibilité (anesthésie progressive, douleurs lancinantes, douleurs de la nuque, etc.), ni les troubles sensoriels (cécité, surdité), ni les troubles des réflexes, ni les troubles trophiques (eschares) ou viscéraux (vomissements, polyurie, diabète, albuminurie, etc.), rien, en un mot, ne caractérise cliniquement ces tumeurs. Aussi le diagnostic est-il presque toujours impossible.

« La mort peut survenir par plusieurs mécanismes. Dans quelques observations, elle paraît due au siège de la tumeur qui comprime le plancher du quatrième ventricule et lèse le nœud vital. Habituellement elle est le fait de l'hydrocéphalie intense, qui augmente sans cesse, et les malades paraissent succomber à une véritable apoplexie séreuse. D'autres fois, c'est une maladie intercurrente qui emporte le malade : une phthisie, une broncho-pneumonie, une scarlatine. » — E. Deschamps.

Sur quelques formes rares d'exanthème iodique aigu, par V. Janovsky. — L'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'exanthème iodique très rare dans la pratique; l'un est presque identique au fait récemment publié par Morrow dans le *Journal of cutaneous and venereal diseases*, *exanthème bulleux* localisé différemment, toutefois, à la face et au cou et non aux extrémités, et développé à la suite de l'absorption de faibles doses d'iodure de potassium, tandis que le malade de Morrow en avait pris une assez grande quantité. Il s'agissait d'un homme vigoureux de 50 ans qui dut interrompre une première fois un traitement antisyphilitique comprenant l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour (après des frictions mercurielles) à cause d'une éruption du visage. Atteint plus tard d'une iritis, il ne veut pas reprendre le traitement mercuriel et reçoit l'iodure de potassium à 1 gramme par jour. Dès le deuxième jour, sa température monte à 39°2, la peau de la face et du cou est le siège d'une vive rubéfaction érysipéloïde sur laquelle apparaissent peu après un certain nombre de bulles du volume d'une tête d'épingle à une lentille. Les paupières sont gonflées, difficiles à soulever, chémosis conjonctival; même éruption sur le voile du palais, coryza, céphalée. Les jours suivants, quelques bulles se dessèchent, le contenu des autres se trouble; puis l'apparence est celle de l'eczéma et ensuite de l'eczéma sycosiforme. L'urine présentait à un haut degré, au début, la réaction de l'iode, qui disparut le sixième jour; le contenu des bulles accusait également dans les premiers jours la présence de l'iode.

Dans le second fait, il s'agit d'un *purpura iodique* analogue à celui qu'ont observé Fox et Thin. C'est une femme de 22 ans qui présentait les premiers accidents secondaires six semaines après l'apparition du chancre. A la suite d'un traitement au bicyanure qui en amena la disparition, elle reçut 2 gram. d'iodure de potassium par jour, et 20 gr. en avaient déjà été consommés sans aucun inconvénient lorsqu'elle se réveilla un matin avec un violent mal de tête frontal, du coryza, de la fièvre (38°6). Elle eut la nuit suivante une épistaxis qui nécessita le tamponnement. Le lendemain, apparaissaient sur les jambes des taches purpuriques qui atteignirent peu à peu l'étendue d'une lentille; une éruption identique, mais plus discrète, se manifesta ensuite à la partie interne des bras et des avant-bras. L'origine de ces accidents restait douteuse; l'éruption disparut au bout de trois semaines; l'iodure était de nouveau administré; dès que 5 grammes étaient atteints, apparaissaient de nouveau des taches purpuriques aux extrémités inférieures; il n'y avait pas de fièvre, mais la malade était courbaturée; pendant six jours, l'examen des urines révélait la présence d'assez fortes quantités d'iode.

Enfin le troisième cas concerne un fait d'*érythème iodique* analogue à l'érythème noueux, observé après que le malade, un vieux syphilitique, eut absorbé 18 grammes d'iodure de potassium. Ces efflorescences restèrent en l'état pendant sept jours et disparurent rapidement. L'administration de 8 grammes d'iodure en détermina le retour. Un fait analogue a été rapporté par Celso Pelizzari dans *Lo Sperimentale*. Cet auteur a donné de l'action nocive de l'iode, qui est évidemment l'effet d'une idiosyncrasie, une explication dans laquelle il fait une part à une sorte de lésion spécifique des vaisseaux. On remarquera que les exemples montrent une fois de plus que ce n'est pas une ques-

©BIU Santé

tion de dose massive, puisqu'on voit les accidents apparaître à la suite de l'administration de quantités relativement faibles. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1886, 10)

R. L.

Recherches expérimentales sur la lèpre, par Beaven Rake. — L'auteur qui observe à la Trinité, où la lèpre est endémique, a institué une série de recherches sur les animaux, chats, poules, cochons d'Inde, dans le but d'établir l'inoculabilité de la lèpre et la spécificité du bacille de Neisser. Il a varié les conditions de l'expérience : scarification de la peau et application de raclures d'ulcères; introduction sous la peau de fragments de tubercules de la lèpre; vaccination avec les produits de sécrétion; alimentation avec les tubercules lépreux, les ganglions hypertrophiés, les viscères. Or, les résultats ont été constamment négatifs.

On sait que les animaux employés sont réfractaires au cow-pox; il n'y a donc rien à induire à la rigueur pour ou contre la thèse que l'auteur cherchait à élucider; ces animaux sont également réfractaires au bacille de la lèpre, peut-on dire, et des expériences négatives ne prouvent rien.

Mais le bacille de la lèpre est-il réellement l'élément pathogène de la lèpre? C'est ce que Beaven Rake a aussi cherché à vérifier. Les observations dans ce sens portent sur 420 examens microscopiques pratiqués sur 183 lépreux dans l'espace de deux ans. Les bacilles étaient très nombreux dans 56 cas, uniformément répandus dans 21, peu nombreux dans 23; on ne les a rencontrés, au total, que 100 fois sur 420 cas, soit dans près de 24 p. 100. Le bacille se rencontre beaucoup plus fréquemment dans la forme tuberculeuse que dans toutes les autres; le sang n'en a jamais montré, même pendant les mouvements fébriles qui accompagnent les poussées tuberculeuses; après les tubercules, ce sont les glandes inguinales et le *larynx* qui présentent le plus souvent l'organite. Les viscères semblent beaucoup moins riches en bacilles que ne le pensent les auteurs; ou du moins la méthode ordinaire de recherche (Magenta) les décèle avec beaucoup moins de facilité. Les rares bacilles trouvés dans le poumon et les crachats pourraient bien appartenir à la tuberculose; la culture est nécessaire pour trancher la question. (*British med. Journ.*, 1887, 1362.) — R. L.

FORMULAIRE

Traitement de la rhinite syphilitique. — Diday.

Dans le cas de rhinite catarrhale, purulente ou ulcéreuse, accompagnée ou non de formation de croûtes, de saignement, l'auteur conseille, outre l'iodure de potassium à l'intérieur, d'aspirer doucement, matin et soir, par les narines, la vapeur d'une pincée de poudre de cinabre, que l'on projette, en plusieurs fois, sur une plaque de fer rougie. De plus, aspirer par les narines, un peu de solution iodurée, versée dans le creux de la main, ou de la liqueur de Labarraque, pure ou étendue d'eau. — Eviter d'arracher les croûtes soit avec les doigts, soit en se mouchant. — Priser, trois fois par jour, une pincée d'une poudre composée de lycopode et calomel, de chaque 8 grammes. — Enfin, pour chasser la mauvaise odeur qui pourrait se développer dans les fosses nasales, pratiquer dans le nez, des injections d'eau phéniquée à grand courant. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le *Congrès international d'hygiène et de démographie* sera tenu à Vienne du 26 septembre au 2 octobre 1887. Voici le programme de ses travaux :

I. Discours tenus à la séance générale publique d'ouverture.

1. M. Brouardel : La propagation de la fièvre typhoïde.

2. M. Max de Pettenkofer (de Munich) : L'enseignement de l'hygiène aux Facultés de médecine et aux Écoles supérieures techniques.

©BIU Santé

II. Discours tenus a la séance générale publique de clôture.

1. M. Alphonse Corradi : La longévité au point de vue de l'histoire, de l'anthropologie et de l'hygiène.

2. M. Charles Théodore d'Inama-Sternegg : Des changements les plus importants survenus dans la population de l'Europe depuis 1,000 ans.

III. Programme des sections d'hygiène.

A. *Questions dont la discussion sera préparée par des rapports qui auront été imprimés et envoyés aux membres du Congrès. Noms des rapporteurs qui, jusqu'à présent, ont consenti à traiter ces diverses questions.*

1. Critères propres à faire juger de la nature hygiénique de l'eau potable et de l'eau de lavage d'après l'état actuel de la science (M. le docteur Gærtner).

2. Rapport de l'eau potable avec l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses et les conséquences à en tirer par rapport à l'hygiène (M. le docteur F. Hueppe).

3. État actuel de l'épuration des eaux d'égout et de l'emploi des déjections humaines, surtout par rapport à la pureté des rivières ; éventuellement : proposition de mesures législatives qui tendraient à ce but (MM. les docteurs Frankland, J. Kœnig, Ach. Müntz).

4. Quelles expériences a-t-on faites jusqu'à présent des systèmes Waring et Shone et dans quel rapport se trouvent-elles, quant à la pratique, à l'égard de l'hygiène, de la partie technique et financière, avec le système des égouts à grande eau ? (MM. Alfred Durand Claye, J.-H. Humphreys).

5. Mesures internationales à prendre contre les falsifications des denrées alimentaires (MM. P. Brouardel, N. Gabriel Pouchet, Angèle Caro, Ferrière, Albert Hilger, Van Hamel Roos).

6. Du lait des nourrissons (M. F. Soxhlet).

7. Moyens de combattre l'alcoolisme (MM. P. O. Flood, Maurice Gauster, H. Gœmon Borgesius, Guillaume, A. Lammers, A. Motet).

8. Mesures contre les remèdes secrets (M. le docteur Floria Kratschmer).

9. Acclimatation : *a*) choix du lieu, *b*) amélioration du terrain, *c*) construction et aménagement, *d*) choix de l'alimentation, *e*) habillement, *f*) réglementation de la manière de vivre.

Hygiène des tropiques (MM. le docteur E. Mæhly, Treille).

10. Moyens de pourvoir les bâtiments de lumière et de chaleur solaires (MM. E. Clément, F. Knauff, Emile Trélat, François de Gruber).

11. Progrès de l'éclairage électrique et au gaz, et emploi du gaz d'éclairage tiré de l'eau par rapport à l'hygiène (M. le docteur François Renk).

12. Surveillance médicale des écoles surtout en vue d'empêcher l'extension des maladies infectieuses et de la myopie (MM. Wasserfuhr, Armand Cohn, Henri Napias).

13. Enseignement de l'hygiène dans les écoles élémentaires, secondaires, des arts et métiers, des filles, des séminaires laïques et ecclésiastiques ; son opportunité et ses limites (MM. Joseph de Fodor, Hyacinthe Kuborn, Layet, Maurice Gauster, Gustave Custer).

14. Législation propre à protéger l'ouvrier et hygiène des fabriques (MM. Fridolin Schuler, Frédéric H. Whymper).

15. Nécessité des hôpitaux isolés et de leur mode de construction (MM. Charles Bœhm, Félix, F. Sœrensen).

16. Moyens de pratiquer la désinfection (MM. Richard, Lœffler, A. Dobroslavine).

17. Par quelles mesures nationales et internationales peut-on remédier à l'influence nuisible des chiffons infectés sur la propagation des maladies infectieuses ? (MM. Ruijsch, W. H. Corfield, Charles Finkelnburg, J. Th. Mouton, Émile Vallin).

18. Expériences étiologiques et prophylactiques sur les épidémies cholériques en Europe pendant les 3 à 4 dernières années (MM. Proust, Ballet, J. Sormani, Pagliani, Philippe Hauser, Babès, Maximilien Gruber).

19. Quelles sont les prédispositions des diverses races humaines par rapport aux dif-

BIU Santé

férentes matières infectieuses et quelles conséquences pratiques peut-on en tirer par rapport au mouvement de transport des diverses races? (MM. Chauveau, Jean Buchner).

20. Hygiène des bateaux, surtout de la marine marchande (MM. A. Proust, Meinhard Schmidt, Bambas, Louis Pagliani, Adolphe Lederer).

21. Quels principes recommander pour la rédaction d'un règlement international des épidémies? (MM. Émile Vallin, Charles Finkelnburg, Semmola, Sanderegger, Aladar Rozsahegyi).

22. Expériences faites dans les divers pays relativement aux vaccinations préventives (charbon [bacillus anthracis], charbon symptomatique, érysipèle des cochons, choléra des poules, fièvre typhoïde des chevaux, rage, etc.) (MM. Ch. Chamberland, Gustave Custer, A. Lydtin, Armand Pützsen, Jean Csokor).

B. Conférences qui seront mises à l'ordre du jour des sections d'hygiène après la clôture des débats relatifs aux questions qui figurent au programme A.

1. Quels éléments météorologiques peut on recommander et de quelle manière doivent-ils être exposés, vu l'état actuel de nos connaissances et celui de la caractéristique des climats, par rapport à l'hygiène, pour arriver dans des buts hygiéniques à une climatologie comparée, basée sur les mêmes principes? (M. le docteur Jules Hann).

2. Critères propres à faire juger de l'état hygiénique de l'air d'après l'état actuel de la science, (M. le docteur Maximilien Gruber).

3. Quels sont les métaux ou les alliages qui, servant à la fabrication d'ustensiles de cuisine ou de ceux avec lesquels on mange et l'on boit, doivent être considérés comme nuisibles à la santé ou comme pouvant l'être? (M. le docteur Erneste Ludwig).

4. De l'emploi des conduites d'eau de plomb (M. le docteur A. Hamon).

5. Des causes qui prédisposent aux maladies infectieuses (M. le docteur Antoine Weichselbaum).

6. Enregistrement international des maladies épidémiques (M. le docteur Isidore Soyka).

7. Résultats des études sur la malaria à Rome (M le docteur Hector Marchiafava).

8. Causes et voies de propagation de la diphthérie (M. le docteur Joseph Teissier).

9. Étiologie du rachitisme (M. le docteur Gaetano Pini).

10. Quelle est la tâche à remplir en vue de l'examen scientifique des causes du crétinisme et quels sont les moyens qui, maintenant déjà, peuvent être proposés pour combattre ce mal? (M. le docteur Jules Kratter).

11. État hygiénique de la ville de Bordeaux et prophylaxie à laquelle on y a recours contre la rage (M. le docteur E. Mauriac).

IV. Programme de la section de démographie.

A. *Discours (sans débats).*

1. De l'importance des études de démographie et des services qu'elles peuvent rendre à l'État (M. le docteur A. Chervin).

2. Du développement actuel de la théorie de la population (M. le docteur V. John).

3. État des travaux de démographie (M. L. Bodio).

4. Mouvement de la population : *a*) Mouvement de la population et économie nationale (M. le docteur A. Beaujon).

b) Mouvement de la population par rapport à la hauteur absolue des lieux habités. (M. Gustave A. Schimmer).

5. Statistique des suicides : *a*) Du suicide en général (M. le docteur et chevalier Fr. X. de Neumann-Spallart).

b) Du suicide dans le canton de Neuchâtel (M. le docteur Guillaume).

6. Circonstances dans lesquelles se trouvent certains pays et villes par rapport à la démographie : *a*) De la mortalité en Autriche (M. le docteur Presl).

b) Démographie des villes de l'Autriche (M le docteur Erneste Mischler).

c) Démographie et hygiène de Bordeaux (M. le docteur Mauriac).

d) La mortalité comparée par fièvre typhoïde et par choléra dans les divers quartiers de Paris (M. A. Durand-Claye).

©BIU Santé

B. *Rapports débattus.*

7. Des Méthodes de dépouillement du recensement, (M. Joseph Kœrœsi).

8. De l'augmentation de la population en Europe au XIXe siècle et de son augmentation future. (En ayant particulièrement en vue la recherche de la formule d'accroissement pour de longues périodes), Joseph Kœrœsi.

9. Statistique des enfants illégitimes (MM. les docteurs Jacques Bertillon et Th. Pilat).

10. Mortalité des enfants par rapport au mode d'alimentation (M. le docteur Bœckh).

11. Bases de la statistique de l'état des ouvriers industriels particulièrement en vue des dispositions fixées par la loi sur les caisses de secours (M. le docteur Guillaume Fr. Exner).

12. Influence des professions sur la morbidité et la mortalité (M. le docteur François de Juraschek).

13. Défauts corporels des recrues (MM. les docteurs A. Chervin et Paul Myrdacz).

La direction générale impériale et royale des chemins de fer autrichiens a accordé aux personnes qui prendront part au VIe Congrès international d'hygiène et de démographie convoqué à Vienne du 26 septembre au 2 octobre une réduction de prix de 50 p. 100 pour toutes les classes de ses lignes, aller et retour, et pour tous ses trains réguliers de voyageurs (stations frontières de l'ouest : St. Margarethen et Buchs, vers la Suisse : Simbach, Passau, Eisenstein et Eger, vers la Bavière). Les membres de famille accompagnant les membres du Congrès ne jouissent pas de la même faveur.

Les membres recevront pour les chemins de fer autrichiens des cartes de légitimation, qui leur seront délivrées par le secrétariat général.

Le chemin de fer français de l'Est et la ligne Paris-Lyon-Méditerranée ont fait espérer une réduction de 50 p. 100 en faveur des membres du Congrès et des membres de leur famille qui voyageraient avec eux. Les noms des membres du Congrès doivent être communiqués au plus tard jusqu'au 5 septembre aux directions de ces lignes avec indication de la station de départ et de la classe que l'on se propose de prendre, sur quoi elles délivreront des bons au porteur.

Les directions des chemins de fer de l'empire d'Allemagne n'ont pas accordé de prix de faveur.

COURRIER

Nos lecteurs savent déjà qu'une épidémie de suette miliaire sévit en ce moment dans la Haute-Vienne, ayant débuté dans les environs de Montmorillon. Plusieurs représentants du corps médical parisien, officiellement délégués, se sont transportés sur le lieu de l'épidémie à la fois pour organiser, sous la direction de MM. Brouardel et Proust, les mesures sanitaires et étudier la marche, les caractères et, s'il se peut, les causes de cette maladie si mal connue. Citons MM. Chantemesse, Descouts, Roux, Daremberg, Thoinot et quatre internes des hôpitaux.

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; tramways-Louvre.)

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. P. Budin : Note sur un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse. — II. Bibliothèque : Manuel d'anatomie humaine. — III. Revue des Journaux : Traitement de l'impétigo. — Rumination chez l'homme. — La pilocarpine contre les convulsions urémiques. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Note sur un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse

Communiquée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 mai 1887.

Par P. Budin.

Les thrombus de la vulve et du vagin sont très rarement observés pendant la grossesse, c'est surtout pendant l'accouchement ou après l'expulsion du fœtus qu'on en constate l'existence.

Le peu de fréquence des thrombus pendant la grossesse suffirait donc pour expliquer la publication du fait qui va suivre, si son siège et son origine probables ne méritaient en outre d'attirer l'attention.

Le 24 mai 1886 se présentait à notre consultation de la Charité une jeune femme Marie Be..., âgée de 24 ans, domestique, qui se plaignait de perdre par les organes génitaux une certaine quantité de liquide sanguinolent.

Cette femme est primipare, habituellement bien réglée ; elle avait eu sa dernière époque menstruelle le 24 septembre 1885, elle se considérait comme étant enceinte de sept mois et demi environ. Sauf quelques vomissements au début, sa grossesse n'avait rien présenté de particulier. Comme antécédents, on ne relève qu'une atttaque de rhumatisme articulaire aigu qui a nécessité un séjour de six semaines à l'hôpital. Des ventouses scarifiées ont été à cette époque appliquées sur la région précordiale ; il y a depuis un peu d'essoufflement et des battements de cœur, quand la malade se fatigue ou fait des efforts, mais à l'auscultation on n'entend aucun souffle, le premier bruit du cœur semble seulement un peu moins net qu'à l'état normal.

Le 23 mai, dans la matinée, la malade éprouve quelques douleurs dans les reins et l'abdomen ; ces douleurs sont intermittentes et assez peu marquées pour qu'elle continue à faire son ménage et à vaquer à ses occupations.

A deux heures de l'après-midi, elle se sent subitement mouillée : elle rentre chez elle et constate qu'elle perd de l'eau roussâtre ; ce liquide est en quantité assez abondante pour imprégner sa chemise et mouiller ses bas. Elle s'aperçoit en même temps qu'il existe une petite tumeur au niveau des organes génitaux externes, tumeur qui est d'apparition toute récente. Craignant d'accoucher prématurément, elle se met sur un lit ; l'écoulement diminue d'une façon notable, mais il devient plus rouge. Bientôt, il n'y a plus qu'un simple suintement qui persiste pendant toute la soirée et toute la nuit, il est à peine apparent quand la malade se présente, le 24 au matin, à la Charité.

A l'examen, nous constatons qu'il existe une grossesse de sept mois et demi environ ; l'enfant se présente par le sommet, en position occipito-iliaque droite, la tête n'est pas engagée. Il n'y a ni œdème, ni varices des membres inférieurs ; au niveau des organes génitaux, on trouve seulement deux veines un peu plus dilatées que normalement dans le sillon qui sépare la petite lèvre de la grande lèvre du côté droit.

A travers la vulve, fait saillie une tumeur arrondie, noirâtre, qui vient de la cavité vaginale ; sa consistance un peu pâteuse est assez résistante ; à sa surface, il y a des plis et des rides. On peut repousser dans la cavité du vagin cette tumeur qui a le volume d'un petit œuf de poule. On constate alors qu'elle va s'insérer sur la paroi postérieure du canal. L'insertion commence en bas, à 2 centimètres en arrière de l'orifice vaginal, et se continue suivant une ligne occupant le *milieu* de la paroi postérieure du vagin et qui s'étend de bas en haut jusqu'à 3 centimètres environ du col de l'utérus.

La tumeur présente donc une extrémité arrondie, hémisphérique en bas, puis elle

©BIU Santé

devient presque cylindrique. Elle est rattachée à la paroi vaginale postérieure par un véritable pédicule longitudinal qui existe sur toute la hauteur. Dans sa portion la plus large, la tumeur paraît avoir de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 environ; au niveau de son insertion, le pédicule n'a guère plus de 1/2 centimètre de largeur. Aussi peut-on imprimer à la tumeur de légers mouvements de latéralité.

Par le toucher rectal, on ne constate rien d'anormal, la paroi antérieure du rectum est lisse et régulière, elle n'est ni refoulée ni soulevée par la tumeur; il faut appuyer fortement avec le doigt pour sentir la tumeur vaginale, celle-ci ne fait saillie dans le rectum que si deux doigts introduits dans le vagin la refoulent d'avant en arrière. En un mot, la tumeur ne siège pas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, mais en avant de cette cloison. Les quelques douleurs sourdes qui existaient sont à peine augmentées par la pression.

Le 25 et le 26 mai, on constate que la tumeur diminue peu à peu de volume, l'écoulement séro-sanguinolent persiste; il devient moins rouge.

Le 27 mai, il sort une substance noirâtre demi-solide, grumeleuse, semblable à celle qui viendrait d'une collection sanguine dont une partie du sérum aurait été résorbée. La tumeur diminue progressivement de volume; de plus, son extrémité antérieure, qui depuis le premier jour n'a plus de tendance à faire saillie au dehors, devient irrégulière, anfractueuse, la surface semble s'être ulcérée.

Le 30 mai, les caractères ont considérablement changé; on dirait qu'il ne reste plus de la tumeur que son pédicule, à ce point qu'un candidat au bureau central ayant pratiqué le toucher se demande s'il n'existe pas une colonne postérieure épaissie, hypertrophiée, irrégulière. L'écoulement sanguinolent a disparu, la grossesse suit son cours sans présenter aucune particularité, et, le 10 juillet, Marie B... acccouchait spontanément d'une fille qui pesait 3,220 grammes. Les suites de couches ont été absolument normales.

Tous les caractères présentés par la tumeur qui vient d'être décrite sont ceux d'un thrombus vaginal survenu pendant la grossesse, sans cause appréciable, car la malade n'avait fait aucun effort, n'avait eu aucun rapport sexuel. Mais en quel point ce thrombus s'était-il développé?

Chez quelques femmes, la colonne postérieure du vagin fait sur toute la hauteur du canal une saillie longitudinale très marquée; il semble que la cloison constituée à une certaine période de la vie embryonnaire par l'adossement des deux canaux de Müller ne s'est pas complètement résorbée.

On eût dit que dans notre cas le thrombus s'était formé dans l'épaisseur même de cette colonne postérieure du vagin, de ce débris de cloison; la saillie arrondie de la tumeur, le pédicule longitudinal qu'elle offrait, sa situation en avant de la cloison recto-vaginale, dont elle est absolument distincte, plaident en faveur de cette hypothèse.

Nous avons fait de longues et minutieuses recherches, dans l'espérance de trouver la relation d'observations analogues à la nôtre. Deux cas publiés, l'un par Fehling (1) sous le nom d'*Hematoma polyposum du vagin*, l'autre par Reich (2) sous le titre d'*Hématome pédiculé du vagin*, semblent pouvoir en être rapprochés, mais les descriptions qui sont données par Fehling et par Reich ne permettent pas de préciser en quel lieu siégeait exactement le thrombus.

Le docteur Johannovsky (3), au contraire, a publié sous le titre d'*Héma-*

(1) Fehling : *Arch. f. Gynæk.*, Bd X, p. 193, 1876.

(2) H. Reich : *Ærztliche Mittheilungen aus Baden*, 1880, n° 24, analysé in *Centralblatt für Gynæk.*, 1881, p. 167.

(3) Johannovsky *Arch. f. Gynæk.*, Bd XI, p. 375, 1877.

tome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois une observation dont nous allons donner la traduction *in extenso* :

Josepha N..., domestique, célibataire, 23 ans, de Bolinovie. Depuis l'âge de 17 ans, règles abondantes, douloureuses, durant trois jours, revenant toutes les quatres semaines. Primipare arrivée au cinquième mois de la grossesse, d'après les renseignements qu'elle fournit, renseignements confirmés par l'examen. A son entrée à l'hôpital, elle raconte ce qui suit :

Il y a trois jours, elle monta jusqu'au troisième étage un panier très lourd, rempli de charbon ; elle éprouva une sensation douloureuse comme si quelque chose avait été poussé hors des organes génitaux et elle commença à perdre beaucoup de sang. Une sage-femme consultée constata qu'une tumeur arrondie, noirâtre, sortait du vagin. Par le repos au lit cette tumeur rentra. L'écoulement sanguin persistant, la malade craignit un avortement et se présenta à la Maternité où le professeur Weber Van Ebenhof l'adressa à la Clinique de gynécologie.

Examen local : les organes génitaux externes sont normaux. L'hymen forme un cercle qui est déchiré en bas et à droite. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit à l'entrée du vagin une partie d'une tumeur qui est livide et brillante à la surface. On peut, avec le doigt, constater qu'elle distend nettement les parois du vagin, qu'elle est du volume d'un œuf de poule et qu'elle repose sur le sommet d'un septum charnu rudimentaire. Ce septum, qui sert de pédicule étroit et allongé à la tumeur occupe les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure du vagin en avant sur une hauteur qui égale environ la la largeur du doigt, il fait une saillie en forme de crampon, il s'aplanit peu à peu en se dirigeant en arrière. La tumeur paraît très friable au niveau de sa convexité et ses parois minces laissent voir par transparence le sang noir qui est coagulé dans sa cavité ; néanmoins, il y a une masse sanguine de résistance élastique.

On fit le diagnostic d'hématome, dans ce cas, en se fondant sur ce qu'avait rapporté la malade, sur l'examen local et sur ce qui survint ultérieurement. Le lieu où se produisit l'hématome est remarquable, c'était le bord supérieur mince d'un septum rudimentaire du vagin.

Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur se rompit spontanément, des caillots sortirent et le reste de la tumeur se résorba.

En dehors du septum du vagin, il n'existait aucune autre anomalie des organes génitaux. Cet hématome n'avait apporté aucun trouble au cours normal de la grossesse.

Le fait du docteur Johannovsky et celui que nous avons rapporté nous semblent pouvoir être comparés l'un à l'autre; seulement, dans le cas observé à Prague, l'hématome n'occupait qu'une petite partie d'un septum vaginal, tandis que dans le nôtre, presque toute la portion des tissus qui faisait saillie dans le vagin se trouvait soulevée par le thrombus. Il nous paraît même que cette observation de Johannovsky confirme pour ainsi dire l'hypothèse que nous avions faite de l'existence d'un thrombus dans une colonne épaissie de la paroi postérieure du vagin.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL D'ANATOMIE HUMAINE, par W. KRAUSE, traduit sur la 3e éd. allemande, par Louis DOLLS. — Paris, Masson, 1887.

Nous ne possédons encore que le premier fascicule de cet ouvrage très goûté en Allemagne. Consacré à l'ostéologie et à l'arthrologie, il étudie à la fois les os et leurs moyens d'action, ce qui certainement facilite beaucoup le travail.

Débutant par des considérations générales intéressantes sur la forme extérieure du corps, l'auteur étudie la symétrie qui repose sur la présence d'antimères et de méta-

mères, parties du corps homologues entre elles, et se livre à ce sujet a de remarquables déductions. Nous pouvons citer aussi parmi les parties les plus originales, les pages consacrées aux trous nourriciers des os et aux lois de leur développement.

Soixante-six figures claires et nettes enrichissent le texte. Si elles sont relativement peu nombreuses dans ce fascicule, c'est que, comme le dit l'auteur, sans squelette, l'étude de l'ostéologie est impossible et que, d'autre part, quand on en possède un les figures de la plupart des os deviennent inutiles. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'impétigo. — Le docteur Saerbs recommande l'essence de térébenthine en application contre l'impétigo du cuir chevelu et des autres régions couvertes de poils. Il faut étendre le médicament par une friction énergique avec les doigts sur la peau à la naissance des cheveux. Cinq minutes environ après cette friction, on nettoie la région frictionnée avec du savon phéniqué, puis on la lave avec de l'eau chaude. Ce traitement doit être accompli deux ou trois fois par jour; il produit un léger prurit, mais il n'est pas douloureux. Il a réussi au docteur Saerbs dans des cas où tous les autres moyens de traitement avaient échoué. (*Brit. med. Journ.*, 2 avril 1887.) — R.

Rumination chez l'homme. — Le docteur Johanessen a publié, dans le *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* de novembre 1886, deux cas de rumination chez l'homme. Le premier a été observé chez un homme de 25 ans, célibataire. A l'âge de 16 ans, il avait été pris d'une douleur subite dans la poitrine et de diplopie, et était resté souffrant pendant trois semaines, accusant de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, et des crampes d'estomac. Après sa guérison, il observa que ses aliments lui revenaient dans la bouche, surtout lorsqu'après le repas il travaillait penché en avant, la régurgitation devint de plus en plus fréquente, et au bout d'un petit nombre d'années elle se produisit après chaque repas. La seconde mastication s'exécute avec la même satisfaction que la première. Toutes substances ingérées reviennent, solides et liquides. La rumination commence de quelques minutes à une demi-heure après le repas, et dure une heure ou deux. La régurgitation est involontaire, et le sujet n'a jamais essayé de l'empêcher. Il n'a vomi que deux fois dans sa vie, après des excès alcooliques. Depuis six mois, à l'époque où écrivait l'auteur, il observe un changement dans son état; les aliments régurgités s'accompagnent d'une matière amère désagréable au goût, et il maigrit. — Le second cas a pour sujet un jeune médecin de belle santé. (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 mars 1887.) — R.

La pilocarpine contre les convulsions urémiques. — M. le docteur Edward R. Stone (*The New-York Med. Journ.*, 26 mars 1887) a rapporté un fait observé par lui chez un enfant de 6 ans, qui fut pris de convulsion pendant une attaque de néphrite à la suite de la fièvre scarlatine. Une injection hypodermique d'un douzième de grain d'*hydrochloride de pilocarpine* a donné d'excellents résultats. Les convulsions, qui avaient duré toute la journée, cessèrent rapidement; la salivation et la diaphorèse s'établirent presque immédiatement. On employa ensuite la mixture de Basham, et l'enfant revint à la santé sans interruption. — (Pilocarpine (docteur DE ROBIN), alcaloïde vénéneux du *jaborandi*. Son absorption détermine des sueurs abondantes et la *myose*. Son action physiologique rappelle celle de la nicotine.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin. — Présidence de M. SAPPEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans plusieurs départements pendant l'année 1886.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Wannebroucq, doyen de la Faculté de médecine de Lille, pour le titre de correspondant national;

2° Une lettre de remerciement de M. le docteur Kosloff, ancien inspecteur général du service de santé de l'armée russe, récemment élu correspondant étranger.

M. Chauveau présente, de la part de M. Ch. Cornevin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, un volume intitulé : *Des plantes vénéneuses et des empoisonnements qu'elles déterminent.*

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur F. Quesnoy un volume intitulé : *Des phases de la vie, du berceau à la tombe;*

2° De la part de M. le docteur Langet, médecin-major de 1re classe, l'article Vaccin-Vaccination (extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

M. Alfred Fournier présente, de la part de M. le docteur J. de Fisson, une brochure intitulée : *Des syphilides pigmentaires en général, et, en particulier, de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme.*

M. Bucquoy offre en hommage une *Etude clinique sur l'ulcère simple du duodénum*, publiée dans les *Archives générales de médecine.*

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° de la part de M. le docteur Filleau et de M. le docteur Léon Petit une brochure intitulée : *Traitement aseptique de la phthisie pulmonaire; curabilité de la phthisie.*

— M. le docteur Auguste Ollivier lit un travail intitulé : *Le chien et les kystes hydatiques chez l'homme.* « Il faut, dit l'auteur, que les propriétaires de chiens veillent à l'alimentation de ceux-ci et maintiennent leur familiarité dans certaines limites; qu'ils surveillent surtout les enfants; ils diminueront ainsi, chez ces derniers, les chances de kystes hydatiques. »

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un titulaire dans la section de pharmacie.

Classement des candidats : Première ligne, M. Moissan; deuxième ligne, M. Marty; troisième ligne, *ex æquo*, MM. Beauregard, Petit; quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Quesneville, Vigier.

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Marty obtient 47 voix (élu), M. Moissan 31.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles.

M. Brouardel estime que l'étiolement physique et intellectuel qui atteint une partie des élèves de l'enseignement secondaire de nos lycées n'a pas seulement pour cause le *surmenage intellectuel* et la *sédentarité;* il faut y joindre le *séjour dans les grandes villes*, que celui-ci résulte de l'immigration des jeunes gens de la campagne dans les internats des grandes villes, ou de ce que les enfants sont nés et ont été élevés dans les grandes agglomérations urbaines.

Sous les noms d'*infantilisme* ou de *féminisme* donnés par son maître Lorrain à l'aspect extérieur de nombre d'enfants élevés dans les grandes villes, l'orateur fait une peinture intéressante et curieuse de ce type assez fréquent à Paris qu'il a eu occasion d'observer soit à l'hôpital, soit dans la clientèle privée.

M. Brouardel termine son intéressant discours en proposant d'ajouter à la conclusion de la commission, la suivante :

« Le séjour des adolescents dans les grandes villes, leur internat dans les grands établissements d'enseignement les exposent à des arrêts de développement physique et intellectuel. Il y a utilité par suite à placer ces établissements loin du centre des grandes villes; à faire aux exercices du corps en plein air une large part, presque égale au temps d'étude; à veiller à ce que, chaque année, ceux des élèves à qui leur famille ne peut assurer pendant les vacances un séjour à la campagne puissent y être conduits, au grand bénéfice de leur développement physique et intellectuel. » (Applaudissements.)

M. Dujardin-Beaumetz appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur l'énorme disproportion qui existe entre le nombre des places annuellement vacantes d'instituteurs et d'institutrices et celui des postulants à ces places. Il résulte de documents officiels consultés par lui qu'il y a annuellement en France de 27,000 à 30,000 individus ayant obtenu le grade d'instituteur ou d'institutrice qui restent forcément sans place.

Quant à l'emploi du temps consacré au travail intellectuel dans les écoles primaires, il serait nécessaire qu'on le réduisit d'une manière notable, on devrait surtout réduire à leur minimum et même supprimer les devoirs à faire à la maison, devoirs qui fatiguent l'enfant outre mesure.

Il serait bon aussi que l'on apportât une réforme radicale dans les matières de l'enseignement beaucoup trop chargées et compliquées. L'orateur pense que, sans compromettre le but que l'on désire atteindre, on pourrait restreindre l'étendue des programmes.

M. Léon Le Fort appelle l'attention sur ce qu'il y a d'illogique et de fâcheux dans l'obligation imposée aux enfants des écoles des villages où il n'y a qu'un seul instituteur, à rester à l'école pendant toute la journée. Comme ces enfants se composent de groupes ayant une instruction plus ou moins avancée, il serait plus rationnel, au lieu de les maintenir à l'école pendant toute la journée, de les retenir seulement groupe par groupe pendant le temps nécessaire à leur leçon, et, hors ce temps, de les renvoyer dans leurs familles.

M. Jules Rochard croit qu'il serait indispensable de développer davantage les conclusions de la commission, et il propose à l'Académie de les formuler de la manière suivante :

« L'Académie de médecine, pénétrée des inconvénients graves que présente l'abus du travail intellectuel dans les établissements consacrés à l'éducation des deux sexes, persuadée qu'il porte une atteinte sérieuse à la santé et au développement des enfants qui y sont soumis, appelle sur ce sujet l'attention des pouvoirs publics. Elle émet le vœu :

« 1° Que la durée des classes et des études, que le temps exigé par les devoirs et les leçons soient diminués de telle manière que le travail intellectuel ne dépasse pas huit heures par jour pour les élèves les plus âgés.

« 2° Que le temps consacré aux récréations et aux exercices du corps soit augmenté; que ces derniers deviennent obligatoires et entrent comme élément dans les examens et les concours, avec des coefficients suffisants pour que les candidats aient intérêt à s'y livrer et à s'y rendre habiles.

« 3° Que les lycées où les élèves sont internés soient transportés hors de l'enceinte des grandes villes et qu'on ne conserve dans celles-ci que des externats. »

La discussion sera continuée.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national.

Voici le classement des candidats par la commission :

En première ligne, M. Gibert (au Havre); en deuxième ligne, M. Riembault (à Saint-Etienne); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Barailler (à Toulon); Mordret (au Mans); Poincaré (à Nancy); Widal (à Alger).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Spasme de l'urèthre. — Greffes tendineuses. — Pathogénie des tumeurs de la queue du sourcil. — Variété rare d'adénite. — Tumeur du corps thyroïde.

M. Verneuil, à l'occasion du procès-verbal et du rapport de M. Kirmisson sur une observation de M. le docteur Faucon (de Lille), relative à une opération de taille hypogastrique, à la suite de laquelle le chirurgien n'avait pu faire pénétrer une sonde dans

la vessie à cause d'un spasme de l'urèthre, déclare qu'il a observé plusieurs faits du même genre.

Chez un malade de 50 ans, atteint de calcul vésical, M. Verneuil, voulant pratiquer la taille médiane dans le but d'extraire ce calcul, ne put, après chloroformisation, passer le cathéter cannelé, bien que, quelques instants auparavant, il eût introduit dans la vessie une bougie de fort calibre. Un spasme de la portion membraneuse était la cause de cette difficulté. Après plusieurs tentatives infructueuses, il fallut remettre l'opération, qui fut pratiquée ensuite en prenant pour conducteur une bougie en gomme introduite dans le canal uréthral. Une boutonnière pratiquée sur le canal fut agrandie sur la sonde cannelée et l'on introduisit une sonde à demeure. Cette sonde fut enlevée du huitième au dixième jour, et M. Verneuil fut surpris de voir que l'urine ne passait pas par le canal, mais bien par la plaie opératoire, quoiqu'il n'y eût pas de rétrécissement. La plaie resta longtemps fistuleuse par suite du spasme des fibres musculaires restées intactes dans la section de l'urèthre, spasme qui empêchait l'urine de sortir par le méat et l'obligeait de passer par la plaie.

Chez un second malade, qui avait une cystalgie des plus douloureuses due à une tuberculisation de la vessie et de la prostate, M. Verneuil pratiqua la taille prérectale dans le double but de faire cesser les douleurs vésicales et d'enlever les produits tuberculeux de la prostate. L'opération eut un plein succès, mais la plaie opératoire resta fistuleuse par suite d'un spasme de la portion membraneuse de l'urèthre, qui empêchait l'urine de s'écouler par le méat.

M. Desprès a observé plusieurs faits de spasme de l'urèthre; cette affection est loin d'être rare.

— M. Monod donne quelques détails sur un malade qu'il a présenté mercredi dernier, et qui avait eu le tendon du fléchisseur du pouce sectionné. Il y avait entre les deux bouts du tendon un intervalle de 5 centimètres que M. Monod combla par l'interposition et la suture d'un fragment de tendon de lapin. A la suite de cette opération, les fonctions du tendon se sont rétablies, résultat d'autant plus remarquable que le fragment, avant d'être suturé, avait été cuit, pour ainsi dire, par l'immersion involontaire dans une solution de bichlorure de mercure presque bouillante.

M. Monod se demande si le fragment de tendon n'a pas agi, dans ce fait, plutôt comme corps étranger que par une greffe véritable.

M. Léon Le Fort pense que le tendon greffé a dû ou bien être résorbé comme un simple fil de catgut, ou bien être expulsé avant la cicatrisation. Le retour des fonctions du tendon sectionné serait dû, suivant lui, aux adhérences des deux bouts du tendon à leur gaine.

M. Lannelongue a fait l'expérience suivante : il a placé au milieu d'os vivants des cubes de tissu osseux ayant macéré depuis un temps plus ou moins long. Au bout de quelque temps, il a constaté, par un examen attentif de la pièce, que le cube osseux s'était résorbé et avait été remplacé par de l'os nouveau. Il pense que le tendon de lapin, dans l'opération de M. Monod, a subi une modification analogue.

M. Verneuil a vu les opérations de greffes sur des animaux de même espèce être suivies de la résorption du tissu greffé; il pense qu'il doit en être de même, à plus forte raison, sur des animaux d'espèce différente. Mais cela importe fort peu au point de vue opératoire, du moment où la résorption est suivie du rétablissement fonctionnel de l'organe.

M. Quénu a donné des soins à un enfant qui avait eu la peau du crâne presque entièrement enlevée à la suite d'un traumatisme. Il appliqua sur cette large surface dénudée un lambeau de peau emprunté à un enfant nouveau-né qui venait de mourir. Une portion de cette peau reprit d'abord une certaine vitalité, mais, au bout de trois semaines environ, elle s'était complètement exfoliée, tout en déterminant sur la plaie l'effet d'une greffe épidermique.

M. Léon Le Fort a vu récemment, chez un vieillard de 70 à 72 ans, un lambeau de peau se greffer complètement sur une plaie où il l'avait transplanté.

©BIU Santé

M. Monod rappelle que des greffes tendineuses ont réussi chez des animaux de la même espèce ou d'espèce différente, et même de mammifère à oiseau.

— M. Larger fait une communication sur la *pathogénie des tumeurs de la queue du sourcil*. Il rappelle qu'il a présenté à la Société de chirurgie un enfant de deux ans atteint d'une tumeur de ce genre. L'intégrité absolue de la peau, l'âge du petit suje avaient fait diagnostiquer un kyste dermoïde congénital. Toutefois M. Larger avait pu constater qu'au moment de la naissance de l'enfant il n'existait aucun signe d'une tumeur de ce genre.

Vers l'âge de trois mois, l'enfant reçut un coup violent sur l'angle externe de l'orbite; le lendemain, la mère constatait l'apparition, en ce point, d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, sans douleur, sans gonflement, sans rougeur ni ecchymose, mais qui ne cessa de s'accroître.

M. Larger en a pratiqué l'ablation et a constaté qu'elle faisait corps avec le muscle orbiculaire sous lequel elle était cachée en grande partie, et qu'elle adhérait au périoste par un pédicule fibreux assez lâche.

L'examen histologique, fait par M. Mathias Duval, a montré que la tumeur n'était qu'un simple kyste sébacé dont le développement était dû sans doute au choc traumatique reçu à l'âge de trois mois, et ayant déterminé un petit thrombus du canal excréteur de l'une des glandes sébacées de la queue du sourcil, l'oblitération du conduit et la production d'un kyste par rétention.

Il paraît donc bien établi à M. Larger qu'une tumeur d'origne traumatique de la queue du sourcil a pu être prise pour un kyste dermoïde. Ce chirurgien pense que cette confusion est plus fréquente qu'on ne le croit. Les tumeurs de la queue du sourcil et du rebord de l'orbite s'observent le plus souvent non dès la première enfance, mais bien dans l'adolescence et même plus tard encore. Si l'on songe d'une part à la fréquence extrême des chocs que subit dans l'enfance cette région si saillante et si exposée; si l'on considère, d'autre part, l'état anatomique de la région, la facilité avec laquelle le rebord osseux de la cavité orbitaire — tout particulièrement tranchant à l'angle externe, chez l'enfant — peut offenser les parties molles sus-jacentes, on s'explique aisément la possibilité de la formation de ces kystes sébacés à développement en général assez lent. On comprend en même temps la confusion que l'on a établie entre ces kystes et les kystes dermoïdes toujours simples dans cette région d'après M. Lannelongue.

Il est permis, d'après ce fait, d'émettre des doutes sur l'origine des *kystes huileux* de l'orbite, lesquels pourraient bien n'être que des kystes sébacés accidentels ayant subi la dégénérescence huileuse, comme cela s'est vu pour certains kystes du dos.

Il peut se faire aussi que le périoste soit coupé, déchiré, et qu'un petit lambeau végétant consécutivement puisse finir par produire une tumeur revêtant en clinique, et même en microscopie, tous les caractères d'une tumeur dermoïde congénitale. Tel est le cas observé par M. Larger, ces jours derniers, dans le service de M. Périer. Ce chirurgien avait diagnostiqué une tumeur dermoïde de la queue du sourcil chez un homme de 34 ans. A l'opération, en effet, on trouva la tumeur située sous l'orbiculaire et fortement adhérente à l'os. L'examen histologique montra à M. Mathias Duval qu'elle était uniquement composée de tissu conjonctif résultant de la prolifération du périoste.

Il y a mieux encore; on conçoit qu'un traumatisme de l'orbite, survenu pendant la vie intra-utérine, ou au moment même de l'accouchement, puisse occasionner une tumeur qui se montrera dès la naissance ou peu de temps après.

Mais, si l'origine traumatique d'un certain nombre de tumeurs de la queue du sourcil est désormais bien prouvée, il n'en reste pas moins avéré qu'il en existe d'autres pour lesquelles cette cause ne saurait être invoquée.

Quel est le mode de production de celles-ci? Il est difficile de répondre à cette question. La théorie dite de l'*inclusion*, de M. le professeur Verneuil et de Remak est universellement admise : elle paraît à M. Larger susceptible de bien des objections. Cette théorie s'impose pour ce qui touche les fistules congénitales, car celles-ci s'observent exclusivement au niveau des fentes brachiales, tandis que les tumeurs dermoïdes se

© BIU Santé

montrent en majorité dans des régions telles que l'ovaire, par exemple, où l'on ne peut évidemment leur trouver de rapports, même éloignés, avec aucune fente branchiale.

La conclusion forcée est que l'origine des tumeurs dermoïdes n'est pas liée nécessairement, ainsi que le veut la théorie de l'inclusion, à la présence des fissures ou des fentes. A plus forte raison, faut-il rejeter la théorie qui fait des fistules congénitales un degré d'évolution des tumeurs dermoïdes ou réciproquement, comme le soutient M. Lannelongue.

En effet, si l'angle externe de l'œil est un des lieux d'élection des tumeurs dermoïdes, il est évidemment aussi celui des fistules congénitales, puisque, dans la théorie, les unes dérivent des autres. Or, M. Lannelongue n'a pas cité un seul exemple de fistule congénitale de l'angle externe de l'œil.

Et cela s'explique; car, ainsi qu'il résulte des recherches embryologiques, encore inédites, de M. le professeur Mathias Duval, « il n'existe, à aucun moment, chez l'embryon, de fente ou de fissure au niveau de l'angle externe de l'œil », contrairement à ce qui a été admis jusqu'à ce jour. D'après M. Duval, la première fente branchiale s'arrêterait à l'angle interne et non à l'angle externe de l'œil.

M. Desprès fait observer que les kystes de la queue du sourcil sont le plus ordinairement des kystes dermoïdes, lesquels se distinguent des kystes sébacés par la mobilité de la peau qui les recouvre, caractère essentiel qui permet de reconnaître les kystes dermoïdes, même lorsqu'ils ont un siège insolite. M. Desprès a vu, par exemple, un kyste dermoïde situé derrière l'oreille.

M. Reclus a observé un kyste dermoïde à la partie postérieure de l'oreille.

M. Schwartz en a vu un à la partie supérieure du sternum; il était fistuleux et s'enfonçait profondément dans la cavité thoracique.

M. Le Fort considère presque tous les kystes de la queue du sourcil comme des kystes dermoïdes, d'après ce fait que le procédé employé pour guérir les kystes sébacés ne réussit pas dans le traitement des kystes de la queue du sourcil.

M. Verneuil admet également que la plupart des kystes de la queue du sourcil appartiennent à la classe des kystes dermoïdes; leur développement a pour origine la fente branchiale qui, pendant la période embryonnaire, aboutit à l'angle externe de l'œil.

M. Kirmisson montre un cas de persistance de cette fente représenté dans le livre d'Albert (de Vienne).

M. Lannelongue défend contre M. Larger la théorie de l'*inclusion*, de M. Verneuil, à laquelle, pour sa part, il a cru devoir donner le nom d'*enclavement* en généralisant le mécanisme de la production des kystes de l'angle externe de l'orbite et du cou et en l'étendant aux kystes dermoïdes de l'ovaire, du tronc et des membres. D'abord, l'examen histologique montre dans les kystes de la queue du sourcil la structure des kystes dermoïdes : derme, papilles, glandes et contenu. Dans le plus grand nombre des kystes qu'il a observés dans cette région, M. Lannelongue a rencontré cette même structure. Il rappelle, en outre, à M. Larger l'existence d'une fissure embryonnaire à l'angle externe de l'orbite en continuité avec la fissure latérale du bourgeon nasal, fissure qui persiste quelquefois chez le nouveau-né.

M. Lannelongue a montré enfin sur divers points de la face, sur la ligne médiane du nez en particulier, sur le cuir chevelu, sur d'autres régions du corps dépourvues de fentes branchiales ou de fissures anciennes, l'existence de kystes dermoïdes au moment de la naissance. On peut par un examen histologique attentif suivre la gradation de tous ces faits et les rattacher tous à leur commune origine : l'inclusion ou l'enclavement du tégument externe.

— M. Nélaton lit un travail intitulé : *Sur une variété rare d'adénite*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Segond est nommé rapporteur.

— M. Terrillon présente un malade âgé de 55 ans, auquel il a enlevé, il y a un mois, le lobe droit du corps thyroïde transformé en un vaste kyste sanguin de la grosseur des deux poings et renfermant une grande quantité de caillots stratifiés en partie organisés.

©BIU Santé

Ce kyste s'était enflammé à la suite d'injections de teinture d'iode.
Ablation facile par décortication; réunion immédiate; guérison complète. — A. T.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Accidents en chemins de fer. — Une statistique officielle des États-Unis d'Amérique nous apprend que, dans ce pays, pendant l'année 1886, les accidents de chemins de fer ont donné 938 tués et 3,539 blessés. (*The med. Record*, 14 mai 1887.)

Nécrologie. — La mort du professeur E. Darwin Hudson, jr, qui a eu lieu à New-York le 10 mai de la présente année, est considérée comme un malheur général au point de vue de l'enseignement et de la pratique de l'art de guérir. Son traité du *Diagnostic physique* est cité comme un modèle de précision et de clarté. Après des travaux et des efforts considérables, il a succombé au moment où il allait jouir du fruit de son mérite. Il était né à Northampton, N.-Y., en 1843. (*The med. Record*, 14 mai 1887.)

Crémation. — Une nouvelle crémation a été opérée la semaine dernière au *Crematorium Woking*. Le cadavre, qui était celui d'un jeune Rajah indien, a été consumé dans l'espace d'une heure et demie. Les cendres, conformément à une coutume indienne, ont été placées dans l'eau. (*The British med. Jour.*, 21 mai 1887.) — R.

Angleterre. — Sir Mount Temple a déclaré tout dernièrement à la Chambre des lords qu'il avait l'intention de présenter, sous peu, un projet de loi sur la prophylaxie de la rage.

Nominations. — Le privatdocent K. Pawlik (de Vienne) est nommé professeur d'accouchements à la clinique de Prague.

— Le professeur Studenski est appelé à la chaire de chirurgie de l'Université de Kasan.

— A l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg sont nommés : le docteur Ssudakow, à la chaire d'hygiène; le docteur Herzenstein, à la chaire de statistique médicale; les docteurs Heidenreich et Ssirotinin, aux chaires de pathologie interne.

Italie. — L'ouverture solennelle du Congrès national des médecins italiens a eu lieu, à Rome, il y a une quinzaine de jours. Après le discours d'usage de M. Crispi, ministre de l'intérieur, le professeur Guido Baccelli a été élu président de la session.

— Une exposition de nourrissons à Fara (Italie) vient d'avoir lieu, le 29 mai dernier, sous les auspices du docteur Sigismondo Saccardi et du conseil municipal de la ville. 70 enfants gros, gras, roses, pleins de santé ont été remarqués et distingués par le jury des récompenses.

— Le professeur Hyrtl, l'anatomiste bien connu de Vienne, vient d'être opéré (à l'âge de 78 ans) de la cataracte par le professeur Fuchs. L'opération a été couronnée de succès.

— Voici les chiffres des décès fournis par la statistique sanitaire des grandes villes du monde pendant le mois de mai dernier : choléra : Bombay 2, Madras 21 décès. — Typhus pétéchial : Dantzig 2, Lisbonne 1, Bukarest 1, Moscou 63, Alexandrie 2, le Caire 1 décès. — Diphtérie et croup : Berlin 121, Breslau 25, Dantzick 20, Moscou 75, Boston 66, Chicago 113, New-York 285, Saint-Louis 47, Brooklyn 97. — Fièvre typhoïde : Hambourg 21, Moscou 39, Saragosse 18, le Caire 51, Chicago 4, Cincinnati 21, New-York 21, Berlin 25 décès. — Variole : Moscou 4, Saragosse 6, Bombay 16, Lisbonne 12, Nantes 1, Alexandrie 17, le Caire 5, New-York 10 décès, etc.

Fièvre jaune. — On confirme que la fièvre jaune a fait son apparition à Keywert (Floride). Sur 16 cas, d'après les dernières nouvelles, la maladie a déjà fait 4 victimes.
Le gouvernement a pris les mesures sanitaires d'usage à l'égard des provenances de Cuba. — Ch. S.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A. Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 29 juin 1887, et clos le mardi 19 juillet 1887, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année, les mercredi 29, jeudi 30 juin, vendredi 1er et samedi 2 juillet 1887 ;

2e Inscriptions de deuxième année (doctorat), les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 juillet 1887 ;

3e Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), deuxième, troisième et quatrième années (officiat), les mercredi 13, vendredi 15, samedi 16, lundi 18 et mardi 19 juillet 1887.

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 il devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 12 juillet 1887.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe, pendant le troisième trimestre 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.

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription (doctorat) et de la cinquième (officiat) ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé ;

1er	trimestre,	novembre et décembre.....	56 jours
2e	—	janvier, février et mars.....	86 —
3e	—	avril, mai et juin.....	86 —
4e	—	juillet à octobre inclusivement.	56 —

Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e doctorat et 4e officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

B. *Consignations.* — Les élèves ajournés à la session de novembre 1886, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 15 et jeudi 16 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen, du 27 juin au 2 juillet.

Les élèves de première année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 22 et jeudi 23 juin (Ils prendront la 4e inscription du 29 juin au 2 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 4 juillet.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les élèves pourvus de 16 inscriptions et n'ayant pas subi le premier examen de doctorat, pourront consigner jusqu'au jeudi 23 juin.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à consigner en juillet pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

©BIU Santé

En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le mercredi 3 août 1887, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au Secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 27 juin jusqu'au samedi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Castel (J.-T), aide-major de deuxième classe, décédé au Tonkin, Rossignol (de Lavaur) et Véret (de Doullens).

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Dumontpallier commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 25 juin, à dix heures, et le continuera les samedis suivants dans l'amphithéâtre de gynécologie. — Les lundis et mercredis, consultations avec examen au spéculum. — Tous les jours, à huit heures et demie, exercices cliniques (salles Sainte-Marie).

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 juin 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Reliquet : Rétrécissements péniens compliqués de cowpérite. Uréthrotomie interne immédiate. — 2. M. Pineau (d'Oléron) : Chromhydrose du cuir chevelu : décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius. — 3. Antonin Martin : Un cas de simulation par un enfant de 10 ans.

— Le 13 juin, la Compagnie d'Orléans a ouvert à l'exploitation la partie de la ligne de Montluçon à Eygurande, comprise entre Auzances et Eygurande. Cette ligne établit le trajet le plus direct entre Paris et les stations thermales du Mont-Dore et de la Bourboule.

Depuis le 20 juin, date d'ouverture de son service d'été, cette Compagnie a organisé deux trains express, un de jour et un de nuit entre Paris et Laqueuille par Montluçon et Eygurande. Ces trains comprendront des voitures de toutes classes qui feront le trajet direct sans transbordement. Le train de jour partira de Paris à 8 h. 55 du matin et arrivera à Laqueuille à 6 h. 30 du soir.

Dans le sens contraire, il partira de Laqueuille à 12 h. 40 du soir et arrivera à Paris à 9 h. 44 du matin.

Ces deux trains auront, en outre, un wagon-restaurant qui fera le trajet de Paris à Montluçon, et *vice versa*, ce qui permettra aux voyageurs de déjeuner ou de dîner pendant le trajet sans quitter le train.

Le train de nuit partira de Paris à 8 h. du soir et arrivera à Laqueuille à 6 h. 35 du matin.

Dans le sens contraire, il partira de Laqueuille à 7 h. 30 du soir et arrivera à Paris à 5 h. 37 du matin.

Le trajet de Laqueuille à La Bourboule et au Mont-Dore s'effectue en 1 h. 1/2.

Tous les trains ci-dessus désignés auront une correspondance directe pour Néris.

Le voyage de Paris à Néris et *vice versa* s'effectuera aussi sans transbordement à l'aide d'une voiture affectée aux voyageurs pour cette station qui sera laissée à Montluçon par les trains venant de Paris et qui sera ajoutée à cette gare aux trains venant de Laqueuille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. P. Le Gendre : Récents travaux sur la rage. — II. Bibliothèque : Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — III. Revue des Journaux : L'hypnotisme appliqué aux sourds-muets. — Superfétation. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

Récents travaux sur la rage.

Sur les lésions rabiques. — Rapport entre leurs localisations et les formes cliniques. — Transmission de la mère à l'enfant à travers le placenta et par le lait.

I

Tous les auteurs qui ont écrit sur la rage jusqu'à ce jour ont été d'accord pour admettre l'absence de lésions anatomiques caractéristiques à l'autopsie des individus ayant succombé à cette maladie. M. Gamaleïa, dont nous avons déjà signalé un intéressant mémoire sur la rage paralytique chez l'homme (1), s'élève contre cette opinion (2), et croit pouvoir dire qu'il existe des lésions assez constantes pour servir de point de départ à l'interprétation des symptômes rabiques.

Il rappelle d'abord les diverses variétés cliniques de la rage spinale.

a) On peut observer avec netteté le syndrome clinique de la paralysie aiguë envahissante : le membre mordu est le siège d'engourdissement et de lourdeur, puis de secousses fibrillaires, quelquefois d'un tremblement, parfois même de spasmes; puis une faiblesse croissante, accompagnée d'incoordination motrice, d'ataxie, aboutit à une paralysie complète avec abolition des réflexes et conservation de la sensibilité.

Tous les muscles du corps sont progressivement atteints de la même façon.

On est en droit d'admettre, dans ces cas, une lésion progressive des cornes antérieures de la moelle. Le syndrome présenté alors par les malades rappelle de très près la maladie expérimentale que l'on constate chez les lapins inoculés avec du virus de passage.

b) Une variété plus fréquente est celle où les paralysies sont précédées de paresthésies et de douleurs.

c) Quelquefois, l'anesthésie complète s'ajoutant aux symptômes précédents, on a tout le syndrome clinique de la myélite centrale.

d) Comme, dans beaucoup de cas, les malades ont éprouvé des douleurs, de l'engourdissement, ou des secousses fibrillaires dans les membres mordus sans que ceux-ci soient devenus paralysés, il est logique de conclure que, dans ces cas, les lésions spinales n'ont pas été assez profondes pour produire l'anéantissement complet des fonctions motrices des centres nerveux.

e) Dans le plus grand nombre des cas de rage humaine, les troubles moteurs n'ont pas été constatés. Mais on a trouvé des douleurs passagères, ou des paresthésies, ou encore des troubles trophiques dans les cicatrices. M. Gamaleïa en conclut que, dans ces cas, le virus rabique, avant de venir au bulbe déterminer la mort, n'a réussi à léser en passant que quelques fonctions sensitives ou trophiques.

f) Une dernière variété de rage est celle où le centre génital, le plus exci-

(1) *Union médicale*, 1887, p. 473.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1887.

©BIU Santé

table des centres médullaires, a seul subi l'action du virus rabique. Ce serait une erreur d'attribuer à l'asphyxie les érections, les éjaculations, le priapisme de certains rabiques; ces symptômes sont directement sous la dépendance du virus rabique, puisque, dans certains cas, ces symptômes sont les phénomènes prémonitoires ou prépondérants, et puisque, dans les autres, leur intensité n'est nullement proportionnelle au degré de l'asphyxie.

L'existence de symptômes médullaires aussi variés dans le cours de la rage humaine n'est pas pour surprendre, quand on connaît les lésions anatomo-pathologiques que M. Gamaleïa a relevées dans les autopsies qu'il a pratiquées à l'hôpital municipal d'Odessa et celles que M. Roux a vues, lui aussi, chez des rabiques ayant succombé en France. « Dans toutes les autopsies de rage paralytique, dit le savant russe, dans la grande majorité des cas de rage des loups, et souvent aussi dans la rage commune, on constate dans la moelle des lésions macroscopiques déterminées.

« Ces lésions, ordinairement dispersées en îlots, consistent en un ramollissement blanc (qu'on appelle gris en Russie et en Allemagne) des cordons latéraux et postérieurs.

« Dans les cas où les symptômes paralytiques durent longtemps, aux lésions précitées s'ajoute l'altération des centres gris correspondants (épanchement sanguin ou ramollissement).

« Comme le ramollissement blanc est un phénomène consécutif, nous devons conclure que la rage médullaire est caractérisée par la nécrose en foyers. Il faut ajouter que des îlots de ramollissement se rencontrent aussi dans les centres nerveux autres que la moelle..... »

M. Gamaleïa énumère ensuite tous les symptômes dont la constatation chez les rabiques est faite pour attester que le virus peut affecter les divers centres nerveux.

Ne doit-on pas rapporter au cervelet une sensation violente de vertige éprouvée par un rabique le deuxième jour de sa maladie, l'intelligence étant intacte. Pendant plusieurs heures de suite, il lui sembla qu'il tombait hors de son lit et exécuta des mouvements de rotation autour de son axe longitudinal.

Les observateurs n'ont pas décrit avec assez de précision, en général, les troubles de l'intelligence pour qu'il soit possible de conclure à des lésions primitives des lobes frontaux.

Cependant, dans des cas cités par M. Gamaleïa, le polymorphisme des troubles intellectuels prouve qu'ils sont primitifs, et leur précocité ne permet pas de les interpréter comme des réflexes psychiques consécutifs à l'affection du bulbe. Dans l'un, on voit se succéder pendant les six premiers jours de la maladie plusieurs variétés distinctes de désordres psychiques : délire calme, délire furieux et maniaque, délire de persécution avec hallucinations effrayantes, délire professionnel, délire mystique. — Dans l'autre, la maladie débuta par des accès de mélancolie profonde interrompus par des crises d'attendrissement excessif avec bizarrerie de langage. On inclinait à diagnostiquer la folie hystérique, lorsque le premier accès spasmodique éclata, suivi rapidement des symptômes de la troisième période de la rage.

J'ai communiqué à la Société clinique (1) l'histoire de deux rabiques

(1) *France médicale*, 1885.

BIU Santé

(j'avais observé l'un d'eux avec mon collègue A. Florand), chez lesquels la note dominante fut, dans un cas, le délire de persécution avec accès de fureur maniaque et, dans l'autre, un délire tranquille et mystique.

L'agitation musculaire, qui se traduit par un besoin irrésistible de déplacement continuel, et qu'on a assimilée avec vraisemblance au vagabondage bien connu des chiens, doit être, comme les accidents délirants, le résultat de lésions de l'écorce du cerveau, mais localisées alors dans les régions motrices. Même localisation pour l'aphasie observée une fois par Laborde.

On a noté dès le début des symptômes qui attestent des troubles primitifs des centres spéciaux : erreurs dans le sens de la vue, amblyopie passagère, cécité ; illusions et hallucinations olfactives, éternuements durant plusieurs heures; paralysies de la face, de la langue, des muscles moteurs des yeux; fièvre primitive et longtemps isolée, vomissements précédant de huit jours l'hydrophobie.

C'est la combinaison de lésions disséminées dans les différents centres nerveux qui explique la symptomatologie si variée de la rage.

II

M. Gamaleïa émet encore les propositions suivantes : *Le virus rabique n'a pas d'action nocive immédiate et directe sur le système nerveux.* Il peut s'y cultiver d'une façon latente sans manifester sa présence, jusqu'au moment où son accumulation en certains centres provoque les troubles des fonctions dépendantes de ceux-ci.

« Ainsi, par exemple, chez les lapins inoculés par trépanation, le virus envahit progressivement tout le système nerveux, et pendant l'incubation on peut expérimentalement montrer des lésions dans le bulbe; mais les manifestations de la maladie ne commencent que le septième jour avec l accumulation du virus dans le renflement lombaire de la moelle. »

Les symptômes rabiques dépendent de l'état du système nerveux.

Ainsi certains états maladifs (au premier chef l'alcoolisme) semblent prédisposer à la rage.

Si la rage affecte tantôt la forme paralytique et tantôt la forme furieuse, la raison de cette différence doit être cherchée dans l'espèce de l'animal ou dans la prédisposition individuelle.

Comme l'indique Bourrel (RAGE ANIMALE, dans le Dictionnaire de Jaccoud), l'éclosion d'une rage en incubation peut être provoquée par certaines perturbations nerveuses (forte contrainte, action du bain, de la saignée).

Les manifestations des lésions rabiques ont une marche intermittente.

La rage classique se compose d'une série d'accès. Les symptômes peuvent disparaître temporairement pour revenir ou faire place à d'autres. On peut, chez un même malade, observer successivement plusieurs groupes symptomatologiques qui attestent des localisations cérébrales et médullaires différentes.

Les troubles rabiques peuvent disparaître momentanément sous l'influence d'agents divers (injection d'eau tiède dans les veines dans un cas de Magendie, transpiration abondante).

La loi physiologique générale de l'adaptation domine l'évolution de la rage. Tant que l'organisme réussit à compenser les lésions produites par le virus de la rage, la présence de celui-ci reste silencieuse ; par suite de nouveaux efforts de compensation, les accidents, qui s'étaient montrés, peuvent disparaître pour quelque temps.

SBIU Santé

M. Gamaleïa termine son mémoire sur les lésions rabiques par l'hypothèse pathogénique suivante : « Les désordres susceptibles de compensation, de rémittence et d'intermittence, sont des troubles de circulation, et le virus rabique qui n'a pas d'action nocive directe, entrave par son accumulation la circulation sanguine dans les centres nerveux. Cette thrombose des capillaires, lorsque la compensation par les collatérales devient insuffisante, laisse éclater les symptômes aigus de la rage. Si elle n'est pas compensée, cette thrombose conduit à l'asphyxie locale et à la nécrose en foyers. Et si le temps ne fait pas défaut, la nécrose est suivie par le ramollissement blanc. *Cliniquement comme anatomiquement, la rage se caractérise par l'asphyxie locale, par la nécrose en foyers.* »

III

La transmission de la rage à travers le placenta et par le lait a donné lieu à divers travaux qu'il est utile de mentionner, MM. le professeur Perroncito et le docteur Carita, qui avaient publié en 1883 des recherches sur la transmission du charbon de la mère du fœtus, ont démontré en injectant du virus rabique sous la dure mère d'une lapine à la fin de la gestation, que non seulement la maladie est transmissible de la mère au fœtus, mais que tous les fœtus de la même portée ne la prennent pas; c'est ce que Perroncito, Straus et Chamberland avaient déjà démontré pour le charbon.

Perroncito et Carita ont prouvé encore la possibilité de la transmission par le lait en rendant rabiques des lapins et cobayes par inoculation des moelles de jeunes cobayes qui avaient été allaités par des mères rendues rabiques à la fin de leur gestation.

C'est à la même conclusion que conduit une observation du docteur J. Bardach. Parmi 13 personnes mordues par un loup enragé à Odessa, le 6 novembre 1886 se trouvait une femme de 34 ans qui présenta, le 11 décembre, les symptômes de la rage confirmée (fièvre, hydrophobie, spasmes pharyngiens, vomissements, etc.). Elle allaitait un enfant de six mois qu'on lui laissa jusqu'au 13; elle est morte le 14. Son enfant se portait bien aux dernières nouvelles. Et, pourtant, le lait de cette femme, recueilli le 12 et le 13 décembre avec toutes les précautions nécessaires, a servi à l'inoculation d'une série d'animaux (plusieurs lapins et un chien) qui sont tous morts de la rage.

Si la possibilité de la transmissibilité du virus rabique par le placenta et le lait est ainsi prouvée, il ne s'ensuit pas que le fait soit constant ni même fréquent, puisque dans trois expériences faites au laboratoire de M. Pasteur en 1883 on n'a pas constaté le passage de la mère au fœtus, et que M. Nocard, dans des expériences faites à Alfort en 1885, n'a pas toujours obtenu des résultats positifs. Les faits positifs étant si peu nombreux, il n'y a guère à compter avec le lait comme agent de transmission de la rage.

Le lait contient peu de virus rabique, et il faudrait des circonstances exceptionnelles pour qu'il donnât la rage. D'ailleurs toutes les expériences faites jusqu'ici semblent établir que la rage n'est pas transmise par l'ingestion du virus rabique.

On n'a jamais pu contaminer d'animaux en leur faisant manger les glandes et la matière cérébrale d'animaux enragés. L'expérience suivante de M. Nocard est assez caractéristique à ce point de vue. M. Nocard se pro-

BIU Santé

cure une portée de cinq jeunes renards; quatre sont inoculés par trépanation et meurent de la rage; on fait fait manger au cinquième les cerveaux de ses frères, ceux de deux autres renards et de cinq chiens enragés. Malgré cette énorme quantité de virus rabique ingérée, cet animal continua à se porter parfaitement, mais il n'avait pas acquis l'immunité par cette alimentation; car, inoculé de la rage à son tour, il y succomba. Il est possible que si des corps durs, de petits os étaient mêlés à la matière rabique, ceux ci, en blessant la muqueuse de la bouche ou de la gorge, pussent communiquer la rage par une véritable inoculation; les choses se passent, en somme, comme pour le curare.

Le rédacteur des *Annales de l'Institut Pasteur* rappelle que la présence du virus rabique a été constatée non seulement dans les glandes salivaires, mais dans les glandes lacrymales et le pancréas; puisqu'il peut aussi être dans les glandes mammaires, il est naturel de se demander par quelle voie il parvient à toutes ces glandes dont les produits de sécrétion sont si différents. — Par le sang? Mais dans le sang on ne trouve pas le virus; peut-être le virus rabique traverse-t-il cependant le sang, mais par instants seulement et en quantités trop faibles pour être décelé. — Est-ce par la voie des nerfs, centrifuges cette fois, que le virus gagne les glandes, comme il avait gagné le système nerveux par les nerfs centripètes? Les expériences entreprises n'ont pas encore résolu ce problème.

P. Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. S. Perret, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. — J.-B. Baillière, 1887.

Les lecteurs de l'*Union* ont déjà pu apprécier d'après une leçon sur l'ulcère simple de l'estomac, tirée du livre de M. Perret, et que nous avons publiée, la valeur de ce volume de cliniques. M. Perret, ayant été chargé à plusieurs reprises de l'enseignement de la clinique, avait été vivement sollicité par ses auditeurs de livrer à la publicité les leçons qu'il avait faites. Les sujets qu'il a choisis sont ceux qui ont été, dans ces dernières années, l'objet des préoccupations du corps médical.

Le livre s'ouvre par une leçon sur la *dilatation de l'estomac;* l'auteur expose comparativement les opinions de MM. Bouchard et G. Sée, celles de son collègue de Lyon, M. Glénard. Cette leçon aurait peut-être gagné à être revisée après la publication de travaux un peu plus récents que ceux auxquels l'auteur fait allusion. Les sujets qui viennent ensuite sont la *sciatique*, la *goutte saturnine;* M. Perret se range à l'opinion de M. Bouchard, qui admet que le plomb agit, comme les excès du régime azoté et les boissons fermentées, en ralentissant la nutrition. Les leçons suivantes sont consacrées à l'*érythème scarlatiniforme récidivant*, au *rétrécissement mitral*, à l'*insuffisance aortique*, puis aux différentes variétés d'*aphasie* (aphasies de réception, aphasies de transmission). La *pleurésie à grand épanchement comme début de la tuberculose*, le *diagnostic de la chlorose*, les *bruits extra-cardiaques*, la *sclérose en plaques*, la *paralysie saturnine des extenseurs*, la *sclérose latérale amyotrophique*, l'*endocardite infectieuse*, l'*étiologie de l'ataxie locomotrice*, la *chorée* (symptômes, diagnostic, étiologie et nature), les *lésions complexes du cœur*, la *pleurésie double* (avec l'analyse des opinions de M. Grancher sur le schème ou tympanisme de congestion), les *paralysies consécutives à la rougeole;* enfin, la *rechute dans la fièvre typhoïde*, — constituent un volume très intéressant où les étudiants puiseront des notions complémentaires pour leurs derniers examens et dont la lecture sera profitable aussi aux praticiens, désireux de se tenir au courant des recherches d'actualité.

L'étude du malade a été constamment l'objectif de l'auteur, mais il dit et prouve

©BIU Santé

que, pour mener à bien cette étude, « on ne saurait se borner aujourd'hui aux moyens d'investigation courante, comme les anamnestiques, l'auscultation et la percussion; il faut encore avoir recours à tous ceux que la science moderne met à la disposition du clinicien : chimie biologique, microscope, expérimentation ». — P. LE GENDRE.

REVUE DES JOURNAUX

L'hypnotisme appliqué aux sourds-muets. — Il y a un demi-siècle, un Anglais, Braid, affirma qu'il avait pu, en hypnotisant des sourds-muets, faire naître chez eux la faculté d'entendre certains sons. Il ne paraît pas qu'on ait pris en considération les affirmations de Braid et qu'on ait répété ses expériences. Tout récemment, le docteur Berkam, de Braunschweg, a repris ce sujet, et s'est livré, sur neuf jeunes individus complètement sourds, à des essais qui auraient amené quelques résultats positifs. Il peut y avoir là un sujet de recherches et d'études. (*The med. Record*, 26 mars 1887.)

R.

Superfétation. — Le docteur Nowlin, appelé auprès d'une négresse en travail, arriva comme elle venait de mettre au monde deux jumeaux. L'un d'eux était un pur Africain, offrant les traits typiques de sa race; l'autre était un beau mulâtre, présentant les caractères manifestes de la race caucasienne. La mère, ainsi que son mari, était un type de nègre africain très pur. Questionnée en particulier par le docteur Nowlin, elle lui avoua que le lendemain du jour où elle avait eu des rapports avec son mari, elle s'était livrée à un homme de race blanche. Il y avait deux placentas et deux cordons distincts. (*The med. Rec.*, 26 mars 1887.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. BOUCHARD présente une note de M. Cornil sur les grands kystes sarcomateux du petit bassin.

« Les sarcomes de tous les organes, mais particulièrement ceux des glandes, montrent parfois des kystes, c'est-à-dire des parties de la tumeur occupées par un liquide séreux ou muqueux contenant presque toujours des globules rouges et quelques cellules sphériques et granuleuses. Ces cavités sont généralement petites et en petit nombre, au milieu de la masse charnue plus ou moins volumineuse qui constitue la tumeur. Dans l'observation que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie, les formations kystiques étaient au contraire prédominantes, considérables par leur volume, très nombreuses, et le tissu sarcomateux qui constituait leur paroi était disposé en couche mince et friable. Il s'agissait d'une malade que M. le docteur Péan a opérée le 11 novembre 1886. Le petit bassin et la plus grande partie de l'abdomen étaient remplis par une énorme masse kystique multilobée ; les kystes, à parois minces et friables très vascularisées, contenaient un liquide séreux, sanguinolent.

« M. Péan ouvrit une vingtaine de ces kystes pour les enlever plus facilement et reconnut qu'ils siégeaient à la fois dans les ligaments larges, à la surface de l'utérus et dans la paroi de cet organe, dans le péritoine au niveau des fosses iliaques et dans le ssu cellulaire du bassin. L'utérus entouré de kystes avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né ; les ovaires n'en renfermaient point, les trompes non plus, mais ces conduits offraient les dimensions du bras d'un enfant nouveau-né et ils étaient remplis de sang noir et de caillots.

« J'ai fait durcir plusieurs de ces kystes de l'utérus et du ligament large dans l'alcool et je les ai inclus dans la celloïdine pour en faire l'examen histologique.

« Avec un grossissement de dix diamètres, on voit que les kystes sont presque tous revenus plus ou moins sur eux-mêmes et réduits à l'état de fentes irrégulières, à bord

BIU Santé

ondulé, sauf ceux qui sont remplis de sang, ce liquide s'étant coagulé par l'alcool. Un kyste volumineux est le plus souvent entouré de kystes plus petits. Tous sont bordés par un tissu mince qui se colore fortement par les réactifs colorants et qui est très vascularisé.

« Les vaisseaux, assez volumineux, sont rectilignes ou flexueux ; leur direction, lorsqu'on les examine près de la surface interne du kyste, est perpendiculaire à cette surface. Le tissu néoplasique qui borde ces cavités est un peu plus épais dans les points où il existe plusieurs kystes au contact les uns des autres, mais chaque kyste possède sa membrane propre et il ne s'agit point d'une tumeur unique creusée de cavités.

« On peut s'assurer aussi que le tissu sarcomateux se borne à entourer les kystes ; dans l'utérus par exemple, il ne pénètre pas dans la paroi musculeuse, qui est normale.

« Le tissu de la paroi des kystes, étudié à 200 diamètres, offre partout la structure typique du sarcome. Il est caractérisé par des cellules fusiformes pourvues de noyaux ovoïdes, pressées les unes contre les autres, au milieu de fibrilles minces et peu apparentes. Il est parcouru par des vaisseaux en grand nombre, souvent dilatés, contenant des globules en circulation. La paroi de ces vaisseaux est si mince qu'elle se confond avec le tissu du sarcome qui les limite. Ils sont très faciles à déchirer et ils laissent passer à travers leur membrane des globules du sang ; car on voit autour d'eux beaucoup de cellules sarcomateuses, souvent arrondies, remplies de granulations d'hémoglobine. Ce tissu sarcomateux s'implante sur le tissu conjonctif normal qui l'entoure à sa périphérie.

« La surface intérieure des kystes n'est pas tapissée par un revêtement épithélial, ce qui différencie absolument les grands kystes sarcomateux d'avec les kystes ovariques ou parovariques qui offrent toujours une couche d'épithélium continue. Cette surface interne présente seulement des cellules fusiformes qui ne se distinguent en rien de celles qui se trouvent dans la paroi ; quelquefois, ces cellules sont un peu aplaties par la compression qu'exerçait le liquide contenu dans la cavité kystique. Mais, lorsqu'on les examine avec un fort grossissement, on voit qu'il s'agit bien réellement de cellules fusiformes, couchées parallèlement à la surface interne du kyste, et non de cellules endothéliales. Il existe aussi, à la surface ou dans le liquide épanché dans l'intérieur du kyste, des cellules rondes plus ou moins volumineuses, granuleuses, souvent remplies d'hématoïdines qui ne sont autres que des cellules fusiformes, détachées, imbibées de liquide, ayant pris la forme sphérique, ou des cellules lymphatiques provenant du sang.

« Il ressort de cette analyse histologique qu'il s'agit bien de kystes entourés de tissu sarcomateux. Mais ce n'est point, comme cela s'observe dans les sarcomes, des lacunes irrégulières, remplies de sang ou de sérosité, creusées au milieu d'une tumeur unique, massive, plus ou moins volumineuse. Il s'agit, au contraire, d'une quantité considérable de sarcomes étalés en membranes kystiques minces, constituant des tumeurs kystiques multiples, de volume variable, semés dans tout le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, remplissant non seulement le bassin, mais tout l'abdomen.

« La minceur et la friabilité de la paroi de ces kystes, leur structure qui révèle celle du sarcome, l'absence de membrane interne épithéliale, les hémorrhagies interstitielles et intrakystiques les différencient des kystes mucoïdes de cette région. Le chirurgien les déchire à la moindre traction, tandis qu'au contraire la résistance de la paroi des kystes proligères ou mucoïdes, pauci- ou multi-loculaires, est très grande.

« Une particularité, propre à ce genre de kystes, est qu'ils se développent dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, non dans des organes glandulaires.

« Ces tumeurs me semblent devoir être regardées comme constituant une espèce particulière du genre sarcome. Elles sont bien spécifiées par la disposition du néoplasme en minces membranes kystiques. Leur diagnostic anatomique est facile si l'on tient compte de la description que je viens d'en donner. »

M. Bouchard présente encore une note de M. H. Leloir, intitulée : *Recherches sur la nature et l'anatomie pathologique de la leucoplasie buccale (psoriasis buccal).*

©BIU Santé

A. — *Leucoplasie buccale au début.*

« *Lésions de l'épiderme muqueux.* — Des préparations heureuses, permettant d'examiner à la fois les plaques leucoplasiques et les régions environnantes non leucoplasiques, montrent [ainsi que je l'ai dit dans mon travail de 1883 : H. Leloir, *Note sur la nature et l'anatomie pathologique du psoriasis buccal* (*Bulletins de la Société anatomique;* 1883)] que l'épiderme, au niveau des lésions leucoplasiques, présente des altérations remarquables. A ce niveau, il existe une couche épidermique offrant tous les caractères de la couche cornée de la peau; mais cette couche cornée, nettement colorée en jaune par l'acide picrique, est notablement épaissie. Au niveau de sa moitié inférieure surtout, elle présente çà et là une teinte légèrement rosée, due à la présence de petits lacs intercellulaires d'éléidine diffusée. Au-dessous de cette couche cornée si épaissie se trouve une couche granuleuse des plus accentuées, hypertrophique, si j'ose m'exprimer ainsi. Cette couche granuleuse, qui manque, comme on le sait, au niveau des muqueuses ou, du moins, des régions de la muqueuse buccale où j'ai eu soin de recueillir mes lambeaux leucoplasiques, qui, dans les régions non hyperkératinisées de la peau normale, n'est constituée que par une ou trois rangées de cellules, n'est représentée ici que par quatre à six rangées de cellules granuleuses des plus nettes et fortement chargées de cette substance décrite par M. Ranvier sous le nom d'*éléidine*. La couche cornée hypertrophique, la couche granuleuse si accentuée s'arrêtent brusquement là où cesse la plaque blanche. Dans les régions non leucoplasiées, en effet, l'épiderme présente ses caractères histologiques ordinaires.

B. — *Lésions de la leucoplasie buccale à une période plus ancienne, mais sans qu'il se soit encore produit de dégénérescence épithéliomateuse.*

« *Épiderme.* — La surface de la muqueuse malade, indurée, tendue et sèche, a craqué, s'est rompue et fissurée en plusieurs points. Ces fissures ainsi produites en divers sens sont plus ou moins profondes, comme permet de le constater l'examen histologique. Au niveau des régions du corps de Malpighi ainsi mises à nu par la fissure, on constate une altération des cellules du corps de Malpighi immédiatement adjacentes aux deux parois de la crevasse, altération provenant vraisemblablement de l'irritation de ces cellules consécutive à la formation de cette fissure. Les cellules de Malpighi tendent à proliférer, d'autres subissent une altération cavitaire (indice certain, comme on le sait depuis mes recherches sur ce sujet, d'un processus inflammatoire se passant dans l'épiderme). En d'autres points, ces cellules malpighiennes se laissent plus difficilement colorer par le carmin et paraissent subir une dégénérescence colloïde ou granulo-graisseuse. En un mot, la fissuration a déterminé dans le corps de Malpighi des foyers d'irritation et de dégénération; ces fissures se produisant en général au niveau ou dans le voisinage immédiat des plaques leucoplasiques, il en résulte qu'il est apparu immédiatement à côté de l'épiderme hyperkératinisé (plaque leucoplasique jeune) un foyer dégénératif et inflammatoire, la fissure et les tissus ambiants.

« A partir du moment où ce foyer est constitué, on peut observer une réaction de voisinage des plus importantes de celui-ci sur l'épiderme voisin, sur l'épiderme kératinisé en particulier. On constate en effet, au niveau de l'épiderme des plaques leucoplasiques (épiderme hyperkératinisé jusque-là), tous les signes de la tendance à la dékératinisation et, partant, à la desquamation. La couche granuleuse s'atrophie et finit souvent par disparaître. Les cellules de la couche cornée présentent un protoplasme et un noyau colorables par le carmin, ce qui indique la dékératinisation, comme je l'ai montré avec M. E. Vidal en 1882.

« Ainsi se produira plus ou moins rapidement la chute de l'épiderme épaissi, corniflé, qui constituait l'écorce leucoplasique. C'est sous cette influence des lésions dermiques sous-jacentes, que les couches superficielles de l'épiderme muqueux tomberont dans certains cas en desquamation, laissant à leur suite des exulcérations plus ou moins profondes qui réagiront à leur tour sur les tissus voisins.

« Nous verrons plus loin que, dans les périodes avancées du mal, surtout lorsque l'épithéliome apparaît, la dékératinisation des régions leucoplasiques (c'est-à-dire la

©BIU Santé

disparition de la couche granuleuse, etc.) a pris le dessus. On dirait alors qu'au lieu de pousser en surface pour former de l'épiderme corné, l'épiderme a fait *demi-tour*, et pousse en profondeur pour former les prolongements épidermiques de l'épithéliome.

C. — *Leucoplasie buccale compliquée de dégénérescence épithéliomateuse.*

« Voici, d'après les faits qu'il m'a été donné d'observer, comment se produirait l'épithéliome.

« Jamais l'épithéliome n'a débuté au niveau des surfaces hyperkératinisées, lorsque celles-ci demeuraient hyperkératinisées.

« Il a débuté au niveau des régions dékératinisées (exulcérations consécutives à la desquamation), dans un cas. Dans trois autres cas, j'ai pu nettement constater son début au niveau des fissures ou crevasses. Dans un cas, je l'ai vu débuter au niveau d'un petit papillome.

« En somme, en vieillissant, la leucoplasie buccale, affection hyperkératinisante au début, tend à se dékératiniser sous l'influence des causes diverses dont nous avons parlé plus haut, et parmi lesquelles l'irritation secondaire à la production des fissures et d'exulcérations (conséquences directes de l'hyperkératinisation du début) joue un rôle important. Cette irritation amène aussi parfois la production de saillies papillomateuses qui dégénèrent facilement en épithélioma.

« La leucoplasie paraissant ne prédisposer à l'épithélioma que par l'irritation consécutive aux ulcérations, crevasses, fissures consécutives à la raideur de la carapace linguale déterminée par l'hyperkératinisation, c'est contre l'hyperkératinisation qu'il faudra lutter *au début* pour empêcher les fissures. C'est pourquoi, au début surtout, les agents dékératinisants, l'acide salicylique en particulier, sont indiqués dans le traitement local de cette affection. Les crevasses une fois produites, on s'efforcera de les faire cicatriser au moyen de topiques appropriés. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues habituels;

Le *Journal de médecine de l'Ouest*, XX, 1886, 4e trimestre, et XXI, 1887, 1er trimestre;

Les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux*, 3e et 4e fascicules (1886);

De M. le docteur Latapie (de Lourdes), une brochure intitulée : *Choléra, fièvre typhoïde et phthisie pulmonaire.*

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le docteur Perrin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire général annonce à la Société qu'il a reçu, pour le concours du prix Duparcque, un seul mémoire intitulé : *Les maladies causées par l'obstruction lymphatique*, ayant pour épigraphe : *J'ai cherché à éclaircir une étiologie très obscure.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission, nommée, conformément au règlement, au scrutin secret, dans le cours de la séance, et composée de MM. de Beauvais, Duroziez, Antonin Martin, Polaillon et Thevenot.

M. de Beauvais présente, au nom de M. le docteur Rouvier, professeur de gynécologie à Beyrouth, membre correspondant, un mémoire intitulé : *De la menstruation chez les femmes de Syrie*, dans lequel il arrive, entre autres, à cette conclusion inattendue que, lors même que les règles apparaissent de bonne heure, la ménopause n'arrive ni plus tôt ni plus tard.

M. le Président fait part à la Société de la distinction qui vient d'échoir à deux de ses membres correspondants : MM. Spencer Wells (de Londres) et Surmay (de Ham) ont été élus membres correspondants de l'Académie de médecine.

©BIU Santé

— M. Polaillon lit une note sur le *traitement de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc*. (Sera publié.)

M. Duroziez : Quand l'anthrax n'est pas très gros, et qu'il n'y a pas d'ouverture, M. Polaillon croit qu'il vaut mieux attendre. N'y aurait-il pas avantage, dans ce cas, à faire ce que l'on fait avec succès pour la pustule maligne, à injecter de la teinture d'iode au pourtour de la tumeur, afin de détruire les microbes?

M. Dubuc : Un auteur allemand a proposé de traiter le furoncle et l'anthrax par des injections d'acide phénique à 2 ou 3 p. 100. Pour le furoncle, on fait une injection; pour l'anthrax, plusieurs. En outre, applications antiseptiques. Ce traitement me paraît logique.

M. de Beauvais : Si je ne me trompe, le professeur Richet a essayé les injections de teinture d'iode dans l'anthrax, et en a retiré d'excellents effets.

M. Polaillon : Il est certain que beaucoup d'anthrax, de petits anthrax, guérissent sans traitement : lorsqu'il n'y a pas de fièvre, on peut attendre et n'employer que les émollients. Les injections antiseptiques ne sauraient empêcher la suppuration et la formation du bourbillon dans l'anthrax simple, non *charbonneux*. Au contraire, dans l'anthrax charbonneux, les injections de teinture d'iode dissipent le gonflement. Quant aux applications antiseptiques, elles sont applicables et utiles dès le début.

M. Reliquet : Il semble que M. Polaillon ne soit pas partisan d'une intervention rapide. Il y a cependant intérêt à agir rapidement. Les injections antiseptiques au début peuvent arrêter le développement de l'anthrax, et les applications au sublimé arrêtent l'extension furonculeuse. J'ai vu un malade, diabétique au plus haut degré, qui avait une succession d'anthrax très douloureux, que j'ai traités avec succès par les applications au sublimé.

M. Dubuc : Je crois qu'il y a tout bénéfice à employer le traitement antiseptique dès le début.

M. Duroziez : Je ne suis pas absolument certain qu'on ne puisse pas empêcher la formation du bourbillon; mais je n'oserais être trop affirmatif.

M. Polaillon : Je n'ai voulu parler que de l'anthrax et non du furoncle. Comme le furoncle se développe dans le bulbe pileux, il s'en produit d'autres parce que le microbe va dans les bulbes pileux voisins; ce qu'aucun lavage antiseptique ne peut empêcher.

M. Fraigniaud : Je suis heureux d'entendre M. Polaillon préconiser l'emploi de l'iode à l'intérieur; tous les médicaments qui s'éliminent par la peau, l'iode, le soufre, me paraissent indiqués et doivent exercer une action sur le microbe du furoncle.

M. Duroziez achève la lecture de son travail sur le *grand cœur rhumatismal*. (Sera publié.)

M. de Beauvais : Je regrette vivement de ne pouvoir apprendre de M. Duroziez l'état des artères coronaires dans l'observation intéressante d'*angor pectoris* qu'il vient de nous communiquer; non pas que j'attache une importance capitale à cette lésion signalée depuis longtemps dans nos traités classiques, mais parce que cette question d'étiologie est en litige, à ce moment, au sein de la Société médicale des hôpitaux, et qu'il est bon de dire tout ce qui peut servir à l'élucider. Je fais abstraction de l'angine de poitrine tabagique, qui cesse généralement avec la suppression de l'abus du tabac et avec l'intoxication consécutive, comme nous l'a très bien démontré notre collègue M. Graux dans une remarquable observation consignée dans nos bulletins. Je parle de ces cas bien nets caractérisés par une douleur spéciale siégeant vers le bord gauche du sternum, suivie d'une dyspnée extrême, d'une angoisse cruelle et d'engourdissement dans le bras gauche, affection dont le pronostic est généralement grave à plus ou moins brève échéance.

C'est dans ces conditions que j'ai vu récemment mourir d'une façon subite au Palais de Justice, un avocat distingué de Paris, qui ne présentait à l'auscultation rien autre

©BIU Santé

qu'une impulsion systolique assez énergique du cœur, sans bruit valvulaire anormal. J'avais constaté, de plus, une dilatation notable de l'estomac. Notre regretté confrère, le docteur Triboulet, qui le soignait antérieurement, avait diagnostiqué une aortite. Le père était mort à 79 ans d'une hypertrophie du cœur.

Quant au traitement de cette redoutable maladie, encore mal connue dans sa nature essentielle, je partage les idées de M. Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon. Je ne crois pas à l'efficacité systématique, absolue de l'iodure de sodium tant préconisé par M. Huchard.

Je citerai pour exemple un peintre très estimé, qui a reçu pendant longtemps les soins spéciaux de M. Huchard pour *angine vraie de poitrine* et qui a continué plusieurs années l'usage de l'iodure de sodium, les injections sous-cutanées de morphine et les inhalations de nitrite d'amyle, *sans succès*. Les accès étaient devenus très fréquents et d'une violence extrême. Le malade ne pouvait plus ni se coucher ni s'asseoir; il était obligé de rester debout; on le soutenait ainsi des heures entières. Bientôt survint une infiltration considérable des membres inférieurs, un état cachectique prononcé, une dyspnée rebelle et un amaigrissement général, qui semblaient annoncer une fin prochaine. En désespoir de cause, je soumis le malade à l'usage du vin de Trousseau, des perles de valérianate de caféine de Lagnoux; je continuai les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine et les inhalations de nitrite d'amyle. J'obtins, en deux mois, une amélioration telle que M. X... a pu reprendre ses travaux artistiques et envoyer deux tableaux au Salon de cette année. Il reste encore un peu d'infiltration des jambes; les accès sont très éloignés et peu intenses; l'appétit est revenu et l'état général est satisfaisant. M. X... complète, en ce moment, sa convalescence à la campagne.

M. Duroziez partage l'opinion de M. de Beauvais : il a vu un individu qui n'avait eu aucun symptôme d'angine de poitrine, et chez lequel les artères coronaires étaient très rétrécies.

M. Fraigniaud : Les accidents angineux ne sont pas nécessairement sous l'influence d'une maladie du cœur. J'ai vu, il y a deux ans, un malade qui avait de l'angine de poitrine par suite de surmenage et d'abus de tabac; il guérit par l'emploi du chloral et du bromure de potassium, et par la suppression du tabac.

— Le docteur de Valcourt (de Cannes), membre correspondant, appelle l'attention de la Société sur les résultats excellents obtenus pour la *guérison de la scrofule par les bains de mer en hiver*.

M. Jean Dollfus a généreusement fondé en 1881 un petit hôpital à Cannes pour les enfants scrofuleux. Ils sont admis du 1er octobre au 1er juin; le traitement principal consiste dans l'hydrothérapie marine. Pendant la saison dernière, les bains ont été pris dans la mer jusqu'au 22 décembre et à partir du 14 février.

Un enfant est arrivé à Cannes dans la période d'incubation de la rougeole. Ne présentant aucun symptôme au début, il a été baigné comme les autres; l'éruption s'est faite un jour au sortir du bain et a évolué normalement. Quatre autres enfants ont eu également une rougeole bénigne.

Le nombre de lits a été de trente cette année-ci; il va être porté à quarante-cinq. Il est très probable que l'Assistance publique de Paris enverra une quinzaine d'enfants l'automne prochain. Les affections soignées pendant la saison dernière étaient : 1 paralysie infantile, 7 scrofules ganglionnaires, 1 blépharite, 1 lupus, 2 mal de Pott, 2 scolioses, 8 coxalgies, 5 tumeurs blanches du genou, 3 tumeurs blanches du coude.

Les enfants atteints de mal de Pott ou de scoliose se trouvent à merveille de l'usage du corset de Sayre, auquel il adapte l'appareil dit « Minerve » dans les cas où le mal de Pott siège aux vertèbres cervicales.

Outre les bains de mer, le traitement consiste en huile de foie de morue, phosphate de chaux, lait salé, infusion de houblon pour boisson.

Les fenêtres de l'établissement sont habituellement tenues ouvertes pendant toute la journée tout l'hiver. Il n'y a pas eu un seul cas de bronchite, pneumonie ou pleurésie.

©BIU Santé

Ces enfants habitués à l'hydrothérapie marine et au grand air voient leur constitution s'améliorer rapidement, et la plupart repartent guéris.

Vote. — M. les docteurs Berne et Doléris sont élus membres titulaires à l'unanimité des suffrages.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BARADUC.

FORMULAIRE

COLLYRE CONTRE L'IRITIS. — Guaita.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20 centigr.
Sulfate d'atropine	0 gr. 05 —
Acide borique.....	0 gr. 25 —
Eau distillée	10 grammes.

F. s. a. un collyre qui, grâce à la combinaison de la cocaïne avec l'atropine, donne des résultats très satisfaisants dans certains cas d'inflammation de l'iris et du corps ciliaire. — Le docteur Jessop a également remarqué que le mélange de la cocaïne et de l'atropine, employé comme mydriatique, agit d'une manière constante et rapide, en calmant la douleur, et en diminuant la congestion ciliaire, ainsi que la tension intra-oculaire, quand celle-ci est augmentée. Il en résulte qu'après l'instillation de la cocaïne et de l'atropine, dans le cas d'iritis, on peut, selon l'auteur, se dispenser des applications de sangsues ou de vésicatoires, autour de l'œil malade. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NOMINATIONS. — La chaire de clinique d'accouchements de l'Université de Prague, vacante par suite de la mort du professeur Streng, sera donnée, d'après les prévisions de la *Wiener med. Wochenschrift*, au docteur Schwing ou au docteur Bubesca.

NÉCROLOGIE. — Est mort à Prague le professeur Hammernick. — Ch. S.

COURRIER

Lundi dernier, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et chirurgie en remplacement de M. Gosselin. Notre éminent maître, M. le professeur Verneuil, a été élu à une majorité considérable. Nous le prions d'accepter nos félicitations bien sincères.

NÉCROLOGIE. — Jeudi ont eu lieu à Saint-Germain-des-Prés, au milieu d'un grand concours d'amis appartenant au monde politique et au monde médical, les obsèques de M. le docteur Henry Liouville, député de la Meuse, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène. Notre regretté confrère était, comme on sait, le fils de l'ancien bâtonnier de l'Ordre des avocats et beau-fils de M. Charcot.

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; tramways-Louvre.)

Dyspepsies.—Anorexie.— Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

BIU Santé

Sommaire

I. Ch. Abadie : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'orbite. — II. L. Greffier : Les affections de la colonne vertébrale en Angleterre et en Amérique. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'orbite,

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 mai 1887,

Par le docteur Ch. Abadie.

Le diagnostic des tumeurs de l'orbite est chose toujours délicate. A leur début, les néoplasmes qui se développent aux dépens des éléments contenus dans cette cavité sont difficilement accessibles à l'exploration. D'autre part, attendre pour déterminer leur nature que leur développement soit considérable et qu'ils fassent saillie au dehors, c'est au détriment du globe oculaire, qui pourra être définitivement plus ou moins compromis.

Dès lors, comment procéder en pareille circonstance? Quand un malade se présente à nous atteint d'exophthalmie plus ou moins prononcée, premier signe apparent de la tumeur orbitaire, on se livrera, bien entendu, à une enquête minutieuse sur son passé pathologique. La syphilis déterminant très souvent des lésions périostiques ou osseuses qui cèdent assez rapidement aux préparations mercurielles et iodurées, dans tous les cas même douteux, ce traitement devra être essayé au préalable.

Si le diagnostic reste en suspens; si le traitement spécifique n'a donné aucun résultat; si, malgré tout, l'exophthalmie augmente, on devra laisser la tumeur évoluer jusqu'à ce que, finissant par se faire jour entre le bord orbitaire et le globe oculaire, elle devienne accessible à l'exploration directe. Nous pourrons alors nous renseigner sur sa consistance, son volume apparent, ses connexions avec les parties voisines, éléments d'appréciation fort importants pour arriver à déterminer sa nature. Mais, règle générale, et je désire surtout insister sur ce point, nous ne devons assister impassibles à cette évolution que si elle n'est pas compromettante pour l'organe visuel lui-même. Si celui-ci n'est pas endommagé, s'il est simplement projeté en avant ou latéralement, et si, malgré un exorbitisme très prononcé, sa fonction visuelle n'est nullement atteinte, il n'y a pas, en somme, péril en la demeure. L'on sait avec quelle facilité le globe oculaire reprend sa position normale une fois le néoplasme enlevé.

Mais le chirurgien peut avoir la main forcée, alors même que la projection de l'œil en avant est peu marquée, si des phénomènes irritatifs de voisinage éclatent; nous sommes obligés d'intervenir sous peine de voir la vision définitivement compromise.

Je dis plus, quand ces phénomènes inflammatoires propagés par voisinage aux parties annexes de l'œil, tissu cellulaire péri-oculaire, conjonctives, paupières, etc., acquièrent une certaine intensité sans que l'exophthalmie soit bien accusée; quand, au lieu d'avoir une forme et des contours nettement déterminés, au lieu de se faire jour violemment entre la paroi orbitaire et le globe oculaire en luxant celui-ci dans telle ou telle direction, la tumeur se diffuse et tend à se confondre avec les tissus ambiants, il y a lieu d'en conclure qu'elle est maligne, et dès lors il faut s'attendre à des surprises opératoires désagréables. En cherchant à enlever la tumeur, on

©BIU Santé

éprouvera de grandes difficultés à l'isoler des parties voisines; parfois elle aura usé la mince enveloppe osseuse qui forme la paroi orbitaire et se sera étendue dans les cavités avoisinantes, y compris la cavité crânienne.

L'observation que je rapporte à la suite de ce travail vient à l'appui de ces aperçus cliniques qui n'ont pas été encore, que je sache, signalés par les auteurs classiques et qui sont pourtant forts importants pour le diagnostic de la bénignité ou de la malignité des tumeurs de l'orbite.

Nous pouvons établir comme règle générale que, toutes les fois qu'un néoplasme intra-orbitaire déterminera des accidents inflammatoires avec exophthalmie modérée, et restera diffus, difficile à limiter par une exploration directe, il sera de nature maligne et aura de la tendance à envahir les cavités voisines. Au contraire, alors même que l'exophthalmie est excessive, si elle s'est faite lentement, sans réaction inflammatoire, avec intégrité de la fonction visuelle; si la tumeur, se montrant entre l'œil et la paroi orbitaire, est nettement limitée dans sa partie apparente, les présomptions sont grandes en faveur d'une bénignité relative.

Alors même que le diagnostic est incertain, dès que la tumeur provoque des phénomènes inflammatoires ou de simple compression qui peuvent compromettre l'œil, il y a lieu d'intervenir, de faire une large incision exploratrice et de s'assurer, *de visu*, des produits morbides contenus dans la cavité orbitaire.

Aujourd'hui, grâce à une antisepsie rigoureuse, le pronostic des tumeurs de l'orbite, alors même qu'elles se prolongeraient dans le crâne, est beaucoup moins grave qu'auparavant.

En voici un exemple :

M..., âgé de 50 ans, se présente à ma clinique, atteint d'exophthalmie à gauche depuis déjà trois mois environ. Le globe oculaire est un peu projeté en bas et en dehors. Malgré cette position anormale de l'œil, il n'existe aucun trouble fonctionnel d'aucune sorte, l'acuité visuelle est restée intacte, et sauf en dedans, où les mouvements sont plus limités, ils s'exécutent bien dans toutes les autres directions. En explorant avec le plus grand soin tout l'espace péri-oculaire entre le pourtour de l'orbite et le globe oculaire, c'est à peine si on sent en haut et en dedans, en cherchant à enfoncer le doigt dans la cavité orbitaire, une légère saillie oblongue rénitente qui semble indiquer un néoplasme au début de son évolution, car rien de semblable n'existe du côté opposé.

Aucun antécédent pathologique ayant quelque valeur. Pas de syphilis.

Nous soumettons néanmoins ce malade à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles, l'hypothèse d'une ostéo-périostite de l'entonnoir orbitaire étant à la rigueur acceptable. Aucune amélioration ne se produit, mais l'exophthalmie n'augmente pas et l'état local semble stationnaire. Le traitement est ainsi continué et assez bien supporté pendant trois mois. L'état général semble pourtant un peu moins bon, le visage prend une teinte légèrement jaunâtre et terreuse.

L'exophthalmie ne faisant aucun progrès, le diagnostic restait toujours hésitant, lorsqu'à un moment donné les douleurs orbitaires, jusqu'alors presque insignifiantes, augmentent d'intensité, s'irradient vers le crâne et la conjonctive commence à s'injecter au niveau de la caroncule. Cette injection augmente rapidement les jours suivants et gagne le tissu épiscléral; il s'y joint un chémosis bulbaire, et ces phénomènes inflammatoires acquérant tous les jours une intensité plus grande et menaçant de se propager des parties annexes de l'œil à l'œil lui-même, une intervention immédiate paraît nécessaire. Néanmoins, et nous insistons sur ce point, l'exophthalmie ne s'est guère modifiée depuis le premier jour et la saillie qu'on sentait en explorant la partie supéro-interne de la voûte orbitaire n'a pas augmenté de volume.

Une incision profonde est pratiquée parallèlement au sourcil et immédiatement au-dessous de lui; les parties molles sont sectionnées couche par couche, et en introduisant le

SBIU Santé

doigt dans la plaie, nous sentons une tumeur mollasse diffuse qui semble remplir tout le fond de la cavité orbitaire. Nous cherchons avec le doigt et la spatule à décoller la tumeur des parties adjacentes, mais il est impossible d'y parvenir.

En faisant ces tentatives, nous constatons que la paroi supérieure de l'orbite a été complètement usée et que la tumeur s'enfonce dans le crâne. Nous nous décidons à achever l'opération quand même, et nous enlevons tout le contenu de la cavité orbitaire, y compris le prolongement qui s'enfonce dans le crâne. L'opération terminée, toute la voûte orbitaire faisant défaut, la cavité crânienne communiquait largement avec la cavité orbitaire. Désinfection soigneuse de la plaie par une irrigation de sublimé à 1 p. 2,000, pansement antiseptique avec le lint boraté.

Après le réveil du sommeil chloroformique, le malade resta plusieurs heures aphasique, cherchant à parler, à se faire comprendre et ne pouvant y parvenir.

Je m'attendais, dès le lendemain, à voir apparaître des phénomènes graves de méningo-encéphalite. Il n'en fut rien. La température ne s'éleva pas; il ne survint aucune réaction fébrile, aucun trouble cérébral, et la guérison suivit son cours normal, absolument comme si les parois de l'orbite eussent été intactes.

Un point important se dégage de cette observation, c'est qu'en somme, bien qu'on eût à faire à une tumeur se prolongeant dans le crâne, la guérison au point de vue opératoire, s'est effectuée comme si la tumeur avait été extra-crânienne. Par conséquent, si le malade ne succombe pas à une récidive qui est à craindre, car l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes (forme maligne), il peut être considéré comme guéri des suites de l'opération.

Je rapprocherai de ce cas celui qui a été rapporté récemment par le professeur Badal dans les *Annales d'oculistique*. Il s'agissait d'une exostose de la cavité orbitaire dont l'extirpation présenta des difficultés considérables en raison des prolongements qui s'étendaient dans le crâne, de telle sorte qu'une fois la tumeur enlevée la boite crânienne communiquait largement avec l'extérieur. Le malade guérit parfaitement et définitivement.

La crainte de pénétrer dans l'intérieur du crâne ne doit donc plus nous arrêter aussi formellement que par le passé. Ce n'est pas le fait d'ouvrir cette cavité, et d'attaquer avec l'instrument tranchant les méninges et même la substance cérébrale qui constitue le danger. Les méningo-encéphalites qui se produisent en pareille circonstance, sont dues uniquement à l'infection de la plaie par des microbes pathogènes et peuvent, par conséquent, être conjurées par une asepsie rigoureuse. Les accidents de suppuration sont ici plus redoutables et plus rapidement mortels que dans l'infection purulente ordinaire, parce qu'ils intéressent d'emblée un organe, le cerveau, dont les fonctions physiologiques sont extrêmement importantes, mais ils sont de même ordre et de même origine.

Le pronostic des plaies pénétrantes intra-crâniennes chirurgicales deviendra chaque jour moins grave au fur et à mesure que l'asepsie et l'antisepsie feront des progrès, et les cas d'intervention favorable seront de plus en plus nombreux.

La *Semaine médicale* publiait récemment plusieurs cas d'épilepsie consécutive à des traumatismes.

Le crâne avait été trépané au niveau de la cicatrice, les méninges incisées, la substance cérébrale mise à nu et trouvée intacte. Ces malades avaient complètement guéri et de l'opération et de l'épilepsie. Ces faits sont fort encourageants et montrent que la chirurgie crânienne est appelée à faire les mêmes progrès que la chirurgie abdominale.

©BIU Santé

Les affections de la colonne vertébrale en Angleterre et en Amérique.

Analyse de quelques travaux récents.

Nous trouvons dans *The medical Analectic* (mai 1887) quelques indications intéressantes sur les affections de la colonne vertébrale :

I. *Traitement de la scoliose*, par BRADFORD (1). — Le principe du traitement des maladies dépend grandement de la cause de l'affection : ceci est particulièrement vrai pour la scoliose. Quoique d'autres théories aient été mises en avant, il est généralement admis que la distension est ici le résultat de la pression du segment supérieur sur une colonne vertébrale affaiblie et placée en dehors de la verticale.

Le traitement de la scoliose doit varier suivant les cas, et doit largement tenir compte du degré de l'affection. Il est manifestement aussi irrationnel d'envelopper le tronc dans un corset inextensible, qui produit certainement des atrophies musculaires, alors qu'un côté seulement prend du développement, — que d'essayer de corriger une courbe soudée par des lésions osseuses au moyen des exercices musculaires. Les cas doivent être traités suivant leurs indications spéciales.

Ayant dans l'esprit les facteurs qui causent la distorsion, le médecin doit se proposer :

1° De faire disparaître le poids du segment supérieur ;
2° De fortifier la colonne vertébrale ;
3° De la redresser autant que possible.

Les deux façons d'obtenir le premier point sont le décubitus et la suspension ; et ces deux procédés peuvent toujours être employés comme adjuvants. Mais on doit tout particulièrement apporter ses soins à redresser la colonne vertébrale.

Trois méthodes peuvent être employées à cet égard : la *position*, la *gymnastique* et la *mécanique*.

La première méthode consiste à faire rester le sujet dans une attitude déterminée ;

La deuxième consiste dans les exercices que M. Bernard Roth (de Londres) prescrit et qu'il varie suivant les cas :

1° Se coucher sur le dos, les bras le long du corps, les mains en supination ; faire très lentement de profondes inspirations par le nez, et des expirations par la bouche.

2° Mêmes manœuvres, avec les bras ramenés derrière la tête.

3° La position étant la même que dans le premier cas, rotation, puis flexion latérale de la tête.

4° La position étant la même, circumduction simultanée des deux articulations scapulo-humérales d'avant en arrière, les coudes et les poignets étendus.

5° La position étant la même, faire exécuter des mouvements à la hanche (les genoux étendus).

6° Le sujet étant couché sur le dos, extension simultanée des deux bras en haut, en en dehors, en bas, les coudes fléchis et appliqués au tronc.

7° Le sujet étant couché sur le côté, mouvements de la hanche, les genoux étendus.

8° Le sujet étant assis et le dos faisant un angle de 45°, la cheville est portée successivement en dedans, en haut et en dehors, tandis que les orteils sont portés en dedans.

9° Le sujet couché sur le dos, les bras ramenés derrière la tête, flexion des deux bras (le chirurgien résistant).

Les genoux du patient seront fléchis contre le bord de la table et le tronc fixé.

10° Le sujet sera placé à califourchon sur une table étroite, les bras allongés en bas et les mains en supination. Flexion du tronc au niveau des vertèbres lombaires (le sujet résistant) suivie d'extension du tronc (le chirurgien résistant).

11° Le sujet, les bras étendus en haut, s'appuie contre un poteau vertical muni de chevilles de chaque côté, et empoigne ces chevilles. Le chirurgien tire doucement le bassin du malade en avant, les mains appliquées sur le sacrum (le malade résistant),

(1) *Boston med. and surg. Journal*, sept. 1881.

UBIU Santé

et, en outre, il exerce une rotation du bassin sur son axe de droite à gauche, les mains appliquées de chaque côté du bassin.

12° Le malade est couché sur le dos, la tête et le cou dépassant le bord de la table. La tête est doucement fléchie par les mains du chirurgien placées sur l'occiput (le sujet résistant).

Outre les exercices que nous venons de mentionner, on pourra y joindre les suivants :

1° Le patient est assis en face d'un aide qui tient une courroie passant derrière l'occiput du sujet. Le glissement de cette courroie est prévenu par une autre bande transversale attachée autour de la tête et du menton. Le patient se plie en avant et en arrière, sans bouger la colonne vertébrale. L'assistant s'oppose au mouvement en arrière.

2° Même mouvement, avec les courroies fixées aux épaules.

3° Le sujet se tient en face d'un mur situé à la longueur de son bras. Il applique la main gauche au mur, à la hauteur du menton, la main étant dans une direction perpendiculaire au corps. Le sujet supporté par le bras amène lentement sa face le long de son bras, tendant les jarrets et tenant tout le corps bien droit. La face doit être tournée de façon que l'oreille gauche touche la main et que le corps soit absolument droit sur les hanches.

4° Le sujet se tient les talons, le dos et l'occiput contre un angle saillant (l'angle d'un meuble ou d'une porte) et place les coudes (les bras étant fléchis) aussi loin de son dos que possible.

5° Le patient étant assis sur une chaise, place ses pieds en arrière et à la partie intérieure des pieds de devant de la chaise; puis il s'incline lentement de côté; l'aide, résistant avec la main, détermine l'effort des muscles des deux côtés.

Dans tous les cas où la colonne vertébrale est encore flexible et, dans la majorité des cas, où il y a un commencement de soudure osseuse, tout le traitement nécessaire consiste dans la position et dans les exercices gymnastiques que nous venons de décrire. Dans certains cas de ces groupes, et dans les cas plus avancés, il est nécessaire d'y ajouter un traitement mécanique. Il faut toutefois avoir toujours présent à l'esprit que les supports mécaniques sont nuisibles en ce qu'ils prennent la place des supports musculaires. Ils ne doivent jamais être employés à l'exclusion de la gymnastique. Dans les cas de courbures prononcées avec ankylose, quand il y a des lésions osseuses marquées, quand les courbures ne diminuent pas lorsque le patient est couché ou suspendu, et que la rotation est indiquée par la projection des côtes, quand le patient se penche en avant, un traitement ayant pour but une correction complète de la difformité ne peut être entrepris.

H. Gibney (1) a publié quelques réflexions intéressantes sur le même sujet :

L'étiologie de la scoliose, dit-il, est obscure. On la rencontre le plus ordinairement de 8 à 14 ans, et chez les garçons et les filles qui travaillent dans les ateliers, ou chez ceux qui, dans les écoles, prennent d'habitude une position vicieuse, soit assis soit debout. Le fait de se tenir penché est un élément important dans la production de la scoliose.

A l'égard du traitement, si le sujet est encore dans les premiers stades de l'affection avant qu'il n'y ait une grande déformation, il faudra le traiter par des exercices gymnastiques. Si au bout de deux ou trois mois il n'y a pas de changement dans la déformation, ou si elle a augmenté, il ne faut plus attendre pour employer un appareil. L'appareil n'est pas destiné à corriger la difformité, mais à prévenir son aggravation. L'auto-suspension amènera la rectitude du rachis, et tout appareil qui maintiendra cette situation, qu'il soit d'acier, de feutre ou de toute autre matière, sera un bon appareil. J'ai l'habitude d'employer le corset de stuc par cette raison que je le renouvelle tous les deux ou trois mois. L'enfant continuant tout le temps ses exercices, j'espère obtenir une amélioration dans la position chaque fois que je renouvelle le corset.

(*A suivre.*)

L. Greffier.

(1) *Med. Times*, décembre 1886.

BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Rapports : 1° sur une observation de luxation du pouce en arrière; — 2° sur une observation de luxation de la phalangine du médius; — 3° sur une plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. — Pseudarthrose de la mâchoire inférieure traitée et guérie par l'implantation dans les fragments de chevilles d'os de veau rendues aseptiques par l'immersion dans la liqueur de Van Swieten.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. le docteur Richon (de l'Armée) relative à une luxation du pouce en arrière. A la suite de tentatives de réduction, la luxation d'abord incomplète s'était transformée en luxation complète; les surfaces articulaires étaient séparées par l'interposition de l'os sésamoïde externe.

On fit sans succès, après chloroformisation, des tentatives de réduction par propulsion, extension, torsion et flexion; la section sous-cutanée du long fléchisseur du pouce ne produisit pas de meilleurs résultats.

M. Richon se décide alors, en désespoir de cause, à recourir à l'arthrotomie. Sur le bord externe de l'articulation, il pratique une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe du doigt et pénétrant jusqu'aux os. Arrivé sur l'interligne, il débride légèrement en avant et en arrière, puis, faisant exercer une traction sur la dernière phalange, il glisse le bouton d'un stylet le long du bord externe de la cavité glénoïde, entre la surface articulaire et le ligament antérieur, qu'il rabat vers la face palmaire. Cette manœuvre eut un succès complet et, aussitôt après l'échappement du stylet, la réduction s'opéra sans difficulté.

M. Polaillon estime que la luxation dont il s'agit n'était pas irréductible et qu'elle eût pu être réduite par le procédé de M. Farabeuf, qui consiste à renverser le pouce en arrière de façon à dégager le ligament antérieur fixé à l'extrémité antérieure et supérieure du premier métacarpien, puis à repousser le pouce de façon à ramener le ligament jusqu'au devant de la surface articulaire.

Dans le cas où cette manœuvre échouerait, alors seulement on pourrait pratiquer l'arthrotomie pour dégager le ligament antérieur dont l'interposition entre les surfaces articulaires empêche la réduction.

M. Desprès a observé dans toute sa carrière cinq luxations du pouce en arrière, et toujours il a pu réduire la luxation par de simples manœuvres. La pince de M. Farabeuf lui a toujours paru d'une application douloureuse, et l'emploi de cet instrument a été parfois inefficace même entre les mains de son inventeur. La pince de Luer lui paraît préférable.

Quant à l'arthrotomie, M. Desprès la repousse; il aime mieux s'abstenir et laisser la luxation non réduite. Le pouce finit par récupérer une partie de ses mouvements mieux qu'après l'arthrotomie.

M. Chauvel a employé le procédé de M. Farabeuf dans deux cas de luxation du gros orteil, et il a échoué. Dans l'un de ces cas, l'arthrotomie a donné des résultats déplorables; dans l'autre, on a laissé la luxation non réduite et les résultats ont été beaucoup plus satisfaisants.

M. Verneuil a échoué dans un cas où il avait suivi très exactement les indications du procédé de M. Farabeuf. Il a alors pratiqué sur la ligne médiane de la face dorsale du pouce une petite incision qui lui a permis d'aller avec un ténotome sectionner le ligament glénoïdien interposé entre les surfaces articulaires. La réduction est devenue facile et les fonctions du pouce se sont rétablies au bout de peu de temps.

— M. Chauvel lit un second rapport sur une observation de M. le docteur Mabboux, relative à une luxation de la phalangine du médius en haut et en arrière et compliquée de plaie articulaire. La luxation fut réduite et un pansement antiseptique fut placé sur

BIU Santé

la plaie. Il se produisit néanmoins une inflammation de la gaîne du tendon suivie, après guérison, de raideur du doigt.

M. Schwartz a eu l'occasion d'observer une luxation de la deuxième phalange du pouce sur la première, compliquée de plaie au travers de laquelle la tête faisait saillie à l'extérieur. Après des tentatives infructueuses de réduction, il fallut faire la résection de la tête de la phalange, ce qui rendit la réduction très facile, et le malade guérit en recouvrant l'usage de son pouce.

La partie réséquée portait des traces de charbon (le blessé était un charbonnier), malgré un lavage fait avec le plus grand soin; d'où M. Schwartz conclut que, dans les cas où l'on n'est pas sûr d'une asepsie complète, il vaut mieux faire la résection que la réduction, celle-ci exposant davantage à l'inflammation.

— M. Chauvel lit un troisième rapport sur une observation relative à une plaie pénétrante du crâne par balle de révolver.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 20 ans qui, dans une tentative de suicide, se tira au niveau de la tempe droite un coup de revolver du calibre n° 12 Aussitôt après, hémorrhagie abondante, céphalalgie intense, tendance au sommeil. Au bout de trois heures, le pouls et la température sont à l'état anormal, la soif est vive; petit écoulement de sang par la plaie et par le nez; issue de substance cérébrale par l'ouverture d'entrée de la balle.

Le lendemain, nouvelle sortie de substance cérébrale en quantité notable.

Le troisième jour, suffusion conjonctivale, mydriase, perte de la vision de l'œil droit. Etat général satisfaisant. Tentative d'exploration directe pour aller à la recherche de la balle à l'aide d'une sonde en gomme élastique de 2 millimètres de diamètre qui, après un parcours de 10 centimètres, rencontre un corps dur, résistant, dont on ne cherche pas à préciser la nature. De cette recherche on conclut que la balle, après avoir traversé la grande aile du sphénoïde, est allée se loger dans le corps de cet os.

Le quatrième jour, somnolence, agitation, délire, se montrant successivement et alternant pendant quelques heures; céphalalgie persistante, lenteur du pouls, efforts de vomissements, sans réaction fébrile.

Au bout de huit jours, amélioration progressive, disparition des troubles intellectuels, puis cicatrisation finale de la plaie.

Au bout de six mois, le blessé pouvait retourner dans son pays natal ou sa santé n'a présenté depuis lors aucune altération.

M. le rapporteur blâme la tentative d'exploration faite le quatrième jour, alors que rien dans l'état du malade n'en indiquait l'urgence.

A la suite du troisième rapport de M. Chauvel, une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Verneuil, Marc Sée, Peyrot, Le Dentu, Terrier, Reclus, Kirmisson et M. le rapporteur.

M. Verneuil annonce qu'il déposera sur le bureau mercredi prochain plusieurs observation de balles de revolver n° 7, ayant pénétré dans le crâne et y ayant séjourné sans déterminer d'accidents graves. Il blâme la conduite des médecins ou chirurgiens qui, en présence de plaies de ce genre, ne se tiennent pas pour satisfaits tant qu'ils n'ont pas extrait la balle, et qui se livrent dans ce but à des explorations intempestives est beaucoup plus dangereuses que l'abstention et l'abandon de la balle dans le cerveau. Pour lui, en pareil cas et en l'absence d'accidents immédiats sérieux, il déclare qu'il s'abstiendrait de toute tentative d'extraction. Dans toutes les plaies pénétrantes par balles de revolver de petit calibre, l'expectation, à moins d'accidents immédiats graves, doit être érigée en règle générale applicable aux plaies pénétrantes du crâne comme à celles des autres cavités du corps, poitrine, abdomen, etc..

M. Marc Sée a vu un certain nombre d'individus qui, dans des tentatives de suicide, s'étaient tiré des coups de revolver dans la tête, sans qu'il en soit résulté d'effets funestes. Un négociant, entre autres, s'est tiré successivement trois coups de revolver; les trois balles ont pénétré dans le crâne et le blessé n'a pas éprouvé d'autre accident qu'une paralysie du nerf optique du côté droit.

M. Peyrot, en entendant ses collègues parler de l'innocuité des balles de revolver dans la tête, est tenté de se demander si les balles doivent être considérées comme des amies de l'homme. Pour lui, les faits qu'il a eu l'occasion d'observer ne l'ont pas conduit à ce degré d'optimisme. Dernièrement encore il a observé, à l'Hôtel-Dieu, un individu qui avait reçu dans le crâne une balle de revolver. Aucune tentative d'extraction n'a été faite et le blessé est mort d'infection produite sans doute par le projectile demeuré dans la substance cérébrale. D'ailleurs, on ne cite pas beaucoup de faits d'accidents survenus à la suite d'explorations des plaies produites par des projectiles ayant pénétré dans l'encéphale. Il ne faudrait pas ériger l'abstention en règle absolue. Il y a des cas où l'on peut et où l'on doit intervenir. N'arrive-t-il pas souvent qu'une balle de revolver pénètre dans l'encéphale, après avoir produit des fractures avec éclatement des os du crâne et entraînant avec elle des esquilles, dont la présence au sein de la matière cérébrale irrite et enflamme cette dernière. Dans des cas pareils, des tentatives modérées et bien faites d'exploration et d'extraction ne sont-elles pas justifiées ? Il est rare, en effet, qu'une plaie du cerveau qui suppure n'amène pas la mort.

M. Le Dentu a eu l'occasion de voir un individu qui s'était tiré au milieu du front un coup de revolver ; l'ensemble des symptômes présentés par le blessé indiquaient que la balle avait dû se loger dans le lobe occipital. M. Le Dentu n'a pas cru devoir faire de tentative d'extraction. Le blessé a vécu six mois sans accidents. Au bout de ce temps, sont revenus des troubles cérébraux, auxquels le malade a succombé. A l'autopsie, M. Le Dentu a constaté que la balle s'était logée dans l'épaisseur du lobe occipital, près la surface de ce lobe où elle s'était enkystée sans produire autour d'elle d'altération grave de la substance cérébrale. C'est là un fait curieux d'enkystement d'une balle dans la profondeur de l'encéphale.

M. Terrier est d'avis que le chirurgien ne peut prévoir d'avance ce qui arrivera à la suite d'une plaie pénétrante du crâne. Tout dépend de la question de savoir si le projectile a été ou non infecté. Dans le premier cas, les accidents se montrent infailliblement ; dans le second, il est possible que les choses se passent le plus simplement du monde. Dans tous les cas, le devoir du chirurgien est de pratiquer d'abord l'occlusion de la plaie et ensuite d'attendre, pour intervenir, que les accidents se produisent.

M. Reclus a observé un certain nombre de cas de plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver. Il n'a rien fait autre chose que la réunion immédiate de la plaie et la guérison a eu lieu sans accidents.

M. Kirmisson estime que l'exploration immédiate d'une plaie pénétrante du crâne est dangereuse. Il y a quelque temps, on apportait à l'hôpital un couple, homme et femme, atteint de blessures de ce genre. L'homme avait tiré sur la femme un coup de revolver et s'en était tiré un ensuite à lui-même. Avant d'entrer à l'hôpital, la femme avait déjà subi, de la part d'un praticien de la ville, des manœuvres d'exploration dont elle ne tarda pas à succomber ; l'homme, au contraire, indemne de toute manœuvre de ce genre, fut soigné par des injections antiseptiques et l'application de tampons d'iodoforme dans le conduit auditif où était le trajet du projectile, et il guérit parfaitement.

M. Chauvel, rapporteur, résumant la discussion, pense qu'il y a des cas où les tentatives d'exploration et d'extraction sont légitimes, et d'autres où elles ne le sont pas. Il n'y a pas nécessité d'intervenir quand il n'y a pas d'accidents ; mais, lorsque des accidents se produisent, l'intervention chirurgicale est légitime.

— M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. le docteur Bousquet.

M. Routier, chirurgien des hôpitaux, lit une observation de pseudarthrose de la mâchoire inférieure traitée et guérie par l'implantation dans le tissu osseux de trois chevilles d'os de veau rendues aseptiques par l'immersion dans la liqueur de Van Swieten.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Richelot est nommé rapporteur. — A. T.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Tuberculose cutanée verruqueuse. — Traitement de la syphilis. — Sclérose du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires.*

M. Féréol rappelle dans une allocution applaudie les titres qu'avait M. Liouville à l'estime et à la sympathie de ses collègues de la Société des hôpitaux.

M. Constantin Paul offre en hommage la 2e édition revue et notablement augmentée de son *Traité des maladies du cœur*.

M. Bucquoy fait hommage d'un mémoire sur l'*ulcère simple du duodénum*, trop souvent méconnu, et dont la description complète le mémorable travail de Cruveilhier sur l'ulcère de l'estomac.

M. Richard présente un travail qu'il vient de publier sur les nouvelles latrines des casernes de Paris, dont l'installation a réalisé un progrès important dans l'hygiène militaire.

M. Brissaud présente en commun avec M. Gilbert un malade atteint d'une variété de *tuberculose cutanée* connue sous le nom de tuberculose *verruqueuse*. Il rappelle que MM. Vidal, Merklen, Hanot ont précédemment fait connaître à la Société des cas de tuberculose cutanée. Il a observé lui-même tout récemment deux autres malades presque identiques à celui qu'il va montrer.

Le premier était un homme de 40 ans qui présenta en 1886 les signes d'une tuberculose pulmonaire, et, en 1887, ceux d'une tuberculose laryngée, mais qui, dès 1882, fut atteint de sa lésion cutanée. A la suite d'une chute sur la rotule, il avait vu apparaître au point traumatisé une croûte assez épaisse, sèche, entourée de peau saine. Quand cette croûte tombait, on trouvait au-dessous une surface saignante qui ne tardait pas à se recouvrir d'une nouvelle croûte. La lésion a toujours été exclusivement épidermique, elle ne provoque pas d'adénopathie de voisinage.

Un autre homme, de 32 ans, ayant eu une tumeur blanche que M. Péan réséqua en 1882, présenta, en 1883, de la tuberculose pulmonaire, testiculaire, prostatique et périanale. Comme le précédent malade, il vit, à la suite d'une chute sur le genou, la plaie se recouvrir d'une croûte tenace. Quand on enlevait celle-ci, on voyait au-dessous une plaie superficielle saignante, villeuse, non suppurante.

Enfin le malade qui est présenté à la Société est un boulanger de 43 ans atteint depuis 1886 d'une phthisie laryngée et pulmonaire (deuxième degré). A la suite d'une brûlure s'est développée, à la partie inférieure et interne de l'avant-bras, une excoriation saignante, qui se recouvre aussi d'une croûte permanente, sous laquelle la surface excoriée apparaît comme couverte de productions papilliformes. Dans la croûte, la méthode de coloration d'Ehrlich a fait constater des bacilles tuberculeux, rares, mais très nets. La croûte est végétante, verruqueuse, épaisse et fissurée; le derme sous-jacent est à peine ulcéré et ne sécrète pas de pus.

M. Brissaud insiste sur le mode de développement presque identique de la lésion cutanée chez ces trois tuberculeux : une irritation de la peau (traumatisme, brûlure) en a provoqué l'apparition. Dans un cas, la guérison s'est opérée spontanément.

M. Gaucher a vu à Cochin une ulcération du bras datant de deux ans chez un tuberculeux. D'après sa ténacité et son aspect, il n'hésite pas à la considérer comme une tuberculose cutanée, bien qu'il n'y ait pas trouvé de bacilles. Le malade, étant blanchisseur, se sera inoculé par une piqûre en maniant des linges souillés.

M. Féréol est frappé de la différence entre le malade de M. Brissaud et celui qu'a présenté M. Merklen autrefois; ici c'est l'aspect du rupia, chez le malade de M. Merklen la lésion ressemblait à une gomme.

M. Millard croit que, malgré la présence des bacilles, il serait prudent d'administrer au malade le traitement antisyphilitique avant d'affirmer le diagnostic de tuberculose.

©BIU Santé

M. Vidal est du même avis; l'aspect de la lésion est tout à fait celui d'une syphilide croûteuse, cornée.

M. Brissaud avoue que sa première impression avait été aussi en faveur de la syphilis; mais en réfléchissant qu'après la chute de la croûte, on ne trouve pas de pus dessous comme dans le rupia, mais que le derme mis à nu apparaît hérissé de papilles très apparentes et saignantes (aspect de langue de chat), il a trouvé plus d'analogie entre ces lésions et les gros tubercules anatomiques, qui sont généralement considérés comme des tuberculoses locales.

M. Vidal réplique que la prolifération papillaire est commune à bien des lésions cutanées anciennes, syphilitiques ou non, à d'anciens eczémas ou psoriasis chroniquement irrités. C'est une *pachydermie papillaire*. L'aspect du tubercule anatomique est celui d'une saillie arrondie, que les orifices des follicules tuberculeux agminés après évacuation de leur contenu font ressembler à une pomme d'arrosoir.

Il est évident d'ailleurs que le malade est tuberculeux, mais sa lésion cutanée peut être syphilitique et avoir emprunté au terrain tuberculeux quelques caractères; la présence des bacilles n'est même pas extraordinaire, puisqu'on en trouve dans le sang des tuberculeux.

M. Brissaud répète que, chez aucun de ses trois tuberculeux dont les lésions cutanées sont identiques, il n'existe de traces de syphilis. D'ailleurs, l'aspect est identique à celui d'une pièce du musée de Saint-Louis, modelée sur un malade du service de M. Vidal lui-même, et cataloguée tuberculose cutanée verruqueuse.

— M. Vidal continue la discussion sur le traitement de la syphilis en précisant quelques indications relatives au mode d'emploi du mercure et des iodures.

Il a remarqué que, chez certains sujets en état de mauvaise nutrition, vieillards, alcooliques, cachectiques, l'administration du mercure augmente la tendance qu'ont déjà chez eux les syphilides à s'ulcérer et à s'étendre. Chez les sujets, il faut surtout se préoccuper de remonter l'état général par les toniques et l'hygiène, au lieu de persister dans le traitement mercuriel.

C'est au moyen des frictions surtout et des pilules de sublimé que M. Vidal introduit le mercure; il a recours quelquefois aux injections hypodermiques de peptones mercuriques ammoniques dans certaines manifestations syphilitiques de la langue et des yeux.

Il n'a pas essayé les injections de calomel et d'oxyde jaune de Scarienzo et Smyrnof, ne pouvant concevoir le mécanisme de leur action. Il ne sera pas tenté d'y recourir après les déclarations récentes et peu favorables de M. E. Besnier. Il a d'ailleurs vu revenir à l'hôpital, avec des syphilides en pleine évolution, des malades qui avaient été considérés comme guéris par cette méthode.

Pour les frictions mercurielles, il emploie la pommade suivante : Onguent napolitain, 60 grammes; baume du Pérou, 16 grammes. Avec 4 grammes de cet onguent, on frictionne chaque jour la région des mollets, préalablement savonnés, et on enveloppe d'une compresse de flanelle. Ce traitement a pu être continué deux et trois mois sans salivation, grâce à la précaution d'obliger les malades à se nettoyer les dents trois fois par jour et à employer comme poudre dentifrice le mélange suivant : Poudre de ratanhia, 5 grammes; poudre de quinquina rouge, 15 grammes.

Les frictions d'onguent mercuriel à la dose de 1 gramme sur le ventre et le foie des nouveau-nés hérédo-syphilitiques, après savonnage de la peau, donne d'excellents résultats.

Comme pilules mercurielles, M. Vidal recommande la formule suivante : sublimé, 0,01 centigr.; extrait thébaïque, 0,01 centigr., avec quantité suffisante de mie de pain pour une pilule; le malade en prend deux par jour.

Quand les lésions secondaires deviennent phagédéniques dans la forme hybride que Ricord a baptisée scrofulate de vérole, il faut associer aux iodiques les toniques.

Dans le cours de la deuxième année contre les syphilides circinées tuberculo-squammeuses, de transition, convient le sirop de Gibert ou le suivant, dont M. Vidal a souvent constaté les bons effets :

BIU Santé

Dento-iodure hydrargyrique.....	0 gr. 15 centigr.	
Iodure de potassium.....	15 grammes.	
Eau.....	50	—
Sirop de quinquina.....	450	—

Ne pas filtrer cette solution qui doit rester trouble, car les composés iodo-mercuriels se trouvent dans le précipité. On donne deux cuillerées à bouche de ce sirop dans une infusion de menthe ou de tilleul avant les repas ou matin et soir.

Les céphalées, les névralgies syphilitiques sont d'ordinaire très améliorées ou supprimées après dix jours d'administration de 4 à 6 grammes d'iodure de potassium par jour. On ne doit pas donner moins de 2 à 4 grammes et dans un liquide assez abondant (infusion de chiendent ou de queue de cerises); car ce sont surtout les petites doses qui provoquent l'iodisme, en empêchant le malade de bénéficier de l'action diurétique que possède l'iodure de potassium à partir de 2 grammes. Grâce à la belladone, on peut d'ailleurs diminuer l'excitation et la congestion iodique des muqueuses oculo-nasales.

Les principales contre-indications à l'emploi de l'iodure sont les affections des yeux, certaines dyspnées laryngées avec respiration bruyante.

M. Vidal termine sa communication en s'excusant d'avoir insisté sur beaucoup de petits détails et il rappelle fort heureusement la vérité pratique d'un aphorisme de Baglivi : *Magni momenti minutiæ.*

— M. Huchard lit un travail qu'il a fait en collaboration avec son interne, M. Weber, sur la sclérose du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires.

Le travail de MM. Huchard et Weber est basé sur trois observations. La première concerne un homme atteint d'artério-sclérose avec dilatation de l'aorte et insuffisance aortique, ayant éprouvé des phénomènes angineux et ayant succombé en asystolie.

A l'autopsie, on lui trouve une oblitération complète de la coronaire gauche depuis l'embouchure; en revanche, la coronaire droite était très dilatée, de manière à fournir une circulation complémentaire, qui explique que la mort n'ait pas été amenée par les accidents angineux.

L'examen histologique du myocarde a montré que les fibres musculaires avaient peu à peu été remplacées par un tissu fibreux dans les points insuffisamment irrigués par les vaisseaux atteints d'endartérite. MM. Huchard et Weber concluent de ce fait et des autres qu'ils ont étudiés, qu'il y a trois formes anatomiques distinctes de sclérose.

1° Sclérose dystrophique consécutive à l'endardérite oblitérante des coronaires : la lésion se montre à la périphérie du territoire oblitéré et marche de la périphérie vers le centre. Il n'y a, dans cette forme, que des troubles nutritifs, d'où ischémie cardiaque et accidents angineux se montrant très vite.

2° Sclérose inflammatoire consécutive surtout à la péri-artérite des coronaires; la lésion se propage alors le long des vaisseaux atteints, et marche du centre à la périphérie : les accidents douloureux sont alors beaucoup plus tardifs et moins accentués.

3° Sclérose dystrophique et inflammatoire, lésion mixte, consécutive à l'endo-péri-artérite des coronaires. Elle est diffuse, disséminée, et présente la symptomatologie des deux autres. — P. L. G.

FORMULAIRE

Pommade contre la gale. — Fournier.

Fleurs de soufre.....	50 grammes.	
Carbonate de soude pulv.....	25	—
Gomme adraganthe.....	0 gr. 50 centigr.	
Glycérine.....	100 grammes.	
Essence quelconque.....	q. s.	

Mêlez. — On commence par pratiquer des lotions sur tout le corps avec du savon de toilette; on fait prendre un grand bain d'eau de son immédiatement après; puis on

©BIU Santé

frictionne avec la pommade ci-dessus. — Nouveau bain après la friction; changer le linge de corps et les draps du lit. — Les jours suivants, bains émollients; couvrir la peau de poudre d'amidon ou de glycérolé d'amidon. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le docteur H. Doring est nommé Kreisphysicus de Berlin en remplacement du medicinalrath Schultz.

— Le docteur J. Wagner, professeur de clinique médicale de la Faculté de Budapest, prend sa retraite.

— Le deuxième Congrès international contre l'abus de l'alcool qui se tiendra prochainement à Zurich aura à discuter l'ordre du jour suivant :

Du monopole des spiritueux ; ses avantages au point de vue de la lutte contre l'alcoolisme ; meilleure assiette de son établissement ; parallèle et comparaison de la valeur nutritive des boissons alcooliques et non alcooliques. — Résultats pratiques jusqu'ici constatés de l'institution des asiles de buveurs (trinker asyle). — Résultats statistiques de la consommation en aliments dans les différentes buvettes ne débitant pas de boissons alcooliques.

Le Comité désirerait, à l'occasion du Congrès, réunir en une exposition tous les documents et matériaux ayant trait à la question de l'alcoolisme, par exemple les tableaux graphiques, diagrammes et tracés montrant la consommation en spiritueux dans les différentes contrées, les rapports de cette consommation avec le nombre des débits de vins, les rapports de la criminalité, des suicides avec cette même consommation d'alcool. L'exposition comprendrait enfin les plans des asiles de buveurs, les statuts et règlements des sociétés de tempérance, les échantillons de boissons devant remplacer les liquides alcooliques, etc., etc. — Ch. S.

COURRIER

Le décès de M. Gallard avait laissé vacante une place de membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Nous sommes très heureux d'annoncer que notre éminent collaborateur et ami, le professeur Grancher, vient d'être nommé à cette place, pour laquelle le désignaient la nature et la qualité de ses travaux, ainsi que le titre qu'il possédait déjà d'auditeur au Comité d'hygiène.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Dumontpallier a inauguré le 25 juin, à l'Hôtel-Dieu, ses leçons du samedi sur la gynécologie. Digne continuateur de Gallard, il fait, avec une précision remarquable et une parole facile, l'exposé des faits cliniques intéressants qui affluent dans son service et à la consultation. Nous sommes certains, d'après le succès de la première leçon, que tout le cours sera suivi avec le plus vif intérêt, car les élèves y trouveront un enseignement clair, varié, essentiellement pratique.

— Le banquet offert à M. le professeur Ch. Bouchard, à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences, aura lieu le samedi 2 juillet, à sept heures, à l'Hôtel Continental. Ceux de ses amis ou de ses élèves qui désirent y prendre part sont priés d'envoyer le plus tôt possible leur adhésion à M. le docteur Charrin, 8, rue de l'Oratoire, ou à M. Widal, interne à Lariboisière.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Duroziez, président honoraire de la Société des pharmaciens de la Seine, décédé à Châtillon, le 19 juin 1887.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Lutaud : Des troubles fonctionnels de l'utérus dans la morphinomanie. Indications thérapeutiques. — III. L. Greffier : Les affections de la colonne vertébrale en Angleterre et en Amérique. — IV. Bibliothèque : De la prostitution. — V. Revue des Journaux : Un cas d'athétose survenant à la suite de la diphthérie. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 21 et 28 juin 1887. — L'Académie a commencé ou repris, pour mieux dire, la discussion relative au *surmenage intellectuel et à la sédentarité dans les écoles* qui est à l'ordre du jour. Le début semblerait promettre qu'elle sera menée rapidement. En effet, tout le monde est d'accord sur le principe et reconnaît qu'il y a un abus flagrant dans les programmes de notre enseignement actuel, beaucoup trop surchargé et encombré de matières dont la plupart sont au-dessus de l'intelligence des enfants auxquels elles sont enseignées.

Tout le monde est également d'accord sur le remède à apporter à ce mal et sur les mesures à prendre à cet égard. Il semble donc qu'il n'y ait plus lieu à discussion, et que l'unique tâche à remplir serait maintenant de trouver la meilleure rédaction des conclusions qui devront être soumises à l'approbation de l'Académie et recommandées à l'adoption des pouvoirs publics, c'est-à-dire de la Chambre des députés et du Sénat.

Mais on ne saurait trop, comme on dit, « éclairer la religion » des pouvoirs publics. Rien ne doit être négligé pour créer à leurs yeux l'évidence sur les inconvénients et les dangers du régime intellectuel auquel sont soumis les enfants et les jeunes gens dans les écoles, les lycées et les collèges.

A ce point de vue, l'ampleur donnée à la discussion qui se poursuit devant l'Académie de médecine aurait sans doute son utilité en ne laissant dans l'ombre aucun des côtés de cette grave question, en rendant impossible ou du moins sans excuse le maintien d'un système contre lequel se révolte le bon sens public, éclairé par une expérience décisive autant que désastreuse.

C'est M. Brouardel qui a ouvert la discussion dans la séance de mardi dernier. Laissant volontairement de côté la question proprement dite du surmenage intellectuel et de la sédentarité si bien traitée dans le rapport de M. Lagneau, dont M. Brouardel approuve complètement les conclusions, l'orateur a voulu surtout appeler l'attention de l'Académie sur un point dont la commission et son rapporteur n'ont pas cru devoir s'occuper, mais qui se rattache cependant au sujet par un lien étroit. Ce point est relatif à l'internement des enfants dans les lycées des grandes villes.

Avec ce rare talent fait de finesse, de justesse d'esprit et de clarté qui le caractérise, M. Brouardel a montré que l'étiolement qui atteint nos élèves des lycées n'a pas seulement pour cause le surmenage intellectuel et la sédentarité, mais encore le séjour dans les grandes villes.

A l'appui de sa thèse, et pour dégager l'influence du surmenage intellectuel de celle du séjour dans les grandes villes, M. Brouardel prend pour exemple l'enfant qui ne reçoit pas cette instruction intensive que l'on incrimine à si juste titre. Il considère, en particulier, le gamin de Paris si re-

marquable par la précocité de son esprit, si alerte, si intelligent. Il le montre subissant, à l'époque de la puberté, un temps d'arrêt dans son développement physique et présentant dans son habitude extérieure les caractères propres au sexe féminin : bassin élargi, seins développés par la surabondance du tissu graisseux sous-cutané, abdomen et thorax de jeune fille, reproduisant, en un mot, ce type dont la fable nous a laissé le modèle sous le nom de Ganymède. C'est parmi eux que les pédérastes choisissent leurs sujets. Mais ce n'est pas parce qu'ils pratiquent des actes contre-nature que ces sujets prennent des allures féminines, c'est parce qu'ils sont physiquement des féminisés ; indifférents moralement aux actes de débauche, peu aptes à remplir les fonctions dévolues à leur sexe, ils se laissent facilement embaucher par les pédérastes exploiteurs.

« Les deux caractères prédominants de la dégénérescence de ces enfants des grandes villes, en dehors de toute influence scolaire, sont l'étiolement intellectuel et l'inaptitude génésique. Les facteurs qui concourent à cet étiolement sont : le travail à l'atelier, les logements insalubres, la débauche précoce, l'alcoolisme prématuré.

« Se transportant ensuite dans un milieu social plus élevé, M. Brouardel montre les mêmes phénomènes d'arrêt de développement physique et intellectuel se produisant, vers l'époque de la puberté, chez les enfants des grandes villes élevés de 8 à 18 ans dans les lycées et les collèges.

« Le « petit Parisien » étonne d'abord sa famille par sa précocité intellectuelle ; puis, quand survient la puberté, physiquement et intellectuellement, il se fait de profondes modifications.

« Vers 12 ou 13 ans, il engraisse, les seins se développent, la croissance s'arrête ; en même temps que surviennent les troubles physiques, l'intelligence devient paresseuse, le classement scolaire est mauvais, ce sont d'ordinaire les jeunes camarades de province qui prennent les premiers rangs. Si l'on pouvait, dans une formule, caractériser leur état intellectuel, il faudrait dire que ce qui leur manque surtout, c'est la possibilité d'arrêter longtemps leur attention sur une même question. Ils les effleurent toutes, mais il leur est défendu de les creuser, de faire l'effort nécessaire pour en approfondir une.

« A 19 ans, le Parisien peut être le dernier de sa classe, mais il fait bonne figure dans un salon où son camarade de province, qui a recueilli les prix, paraîtra gauche et emprunté. Il semble que chez tous deux le développement intellectuel n'a pas obéi aux mêmes lois.

« Que deviennent plus tard ces jeunes Parisiens? Leur esprit est presque toujours resté superficiel, rarement ils ont assez de persévérance pour accomplir un long et consciencieux travail ; ils excellent d'ordinaire dans les choses artistiques : peintres, la couleur, le décoratif l'emporte chez eux sur les qualités de composition et le dessin ; poètes, la ciselure du vers assure leur succès plus que la vigueur de la pensée.

« M. Brouardel est convaincu que pour lutter contre l'étiolement dont il vient d'indiquer quelques caractères, il faut autant que possible éviter les grands internats.

« En conséquence, tout en acceptant et approuvant complètement les conclusions du rapport de la commission, il propose d'y ajouter la suivante :

« Le séjour des adolescents dans les grandes villes, leur internat dans les grands établissements d'enseignement les exposent à des arrêts de développement physique et intellectuel.

©BIU Santé

« Il y a utilité, par suite, à placer ces établissements loin du centre des grandes villes, à faire aux exercices du corps, en plein air, une large part presque égale au temps d'étude, à veiller à ce que, chaque année, ceux des élèves à qui leur famille ne peut assurer, pendant les vacances, un séjour à la campagne, puissent y être conduits au grand bénéfice de leur développement physique et intellectuel. »

Le discours de M. Brouardel, dont la signification générale pourrait se résumer dans cette phrase imitée d'une formule célèbre : *Les grands internats, voilà l'ennemi!* — ce discours, disons-nous, a été accueilli par des applaudissements mérités qui pouvaient s'adresser autant à la justesse de la pensée qu'à l'élégance de la forme.

Avec M. Dujardin-Beaumetz, qui a succédé à M. Brouardel, la discussion a été ramenée à la question du surmenage proprement dit. L'orateur nous a appris que le surmenage, dans l'enseignement primaire comme dans l'enseignement secondaire, est favorisé par le défaut de proportion énorme qui existe entre le nombre de places vacantes d'instituteurs ou d'institutrices et de professeurs, et celui des postulants et des postulantes à ces places.

La conséquence fatale de cet état de choses est l'exigence croissante des programmes, c'est-à-dire le surmenage pour les candidats.

Mêmes inconvénients pour les élèves des écoles primaires qui sont astreints à de trop nombreuses heures de travail, et dont le programme d'études beaucoup trop chargé comprend : histoire, géographie, langue française, arithmétique, algèbre, physique, chimie, histoire naturelle, morale, droit, économie politique, etc., etc.

Certes, un tel programme pourrait être restreint dans une large mesure sans nuire à l'instruction des enfants!

C'est avec grande raison que M. Léon Le Fort a demandé que les enfants des campagnes ne fussent pas astreints à rester à l'école toute la journée, comme cela a lieu actuellement; il serait plus logique, suivant lui, de diviser ces enfants, d'après leur âge et leur degré d'instruction, en groupes particuliers qui viendraient à l'école à tour de rôle et à des heures déterminées, pour y être maintenus seulement pendant le temps que le maître d'école jugerait indispensable pour leur instruction. Ils seraient ensuite renvoyés dans leurs familles qu'ils pourraient aider aux travaux des champs.

M. Jules Rochard, qui a pris la parole à la fin de la séance, sans entrer dans le fond du débat qu'il considère comme épuisé, veut qu'on s'adresse aux pouvoirs législatifs et qu'on leur demande pour les enfants des écoles et des lycées, une loi analogue à celle qui réglemente le travail des enfants dans les manufactures. Il sait pertinemment que bon nombre de députés sont disposés à faire une campagne dans ce sens et n'attendent que l'avis de l'Académie pour déposer un projet de loi.

Il demande donc que l'on se hâte de leur donner un appui moral en votant les conclusions de la commission, auxquelles il propose seulement quelques modications destinées à les accentuer davantage.

Jusqu'ici les divers orateurs qui se sont succédé à la tribune n'avaient guère envisagé la question du surmenage que dans ses rapports avec l'hygiène scolaire. A part l'étude si bien faite par M. Brouardel de l'arrêt de développement des enfants nés ou élevés dans les grandes villes, arrêt de développement physique et intellectuel dans lequel le séjour *in aere pari-*

©BIU Santé

siensi en particulier jouerait le principal rôle, on n'avait traité que d'une manière générale l'influence du surmenage sur la santé des enfants des écoles, des lycées et des collèges. A M. Peter revient le mérite d'avoir plus nettement et plus complètement montré toute l'étendue de cette influence et d'en avoir précisé la nature et le caractère. Dans un discours remarquable et justement applaudi, où se révèlent les qualités maîtresses de son talent si distingué et l'empreinte de son esprit d'observation sagace et pénétrante, M. Peter a tracé de main de maître l'histoire, encore inédite, de la *pathologie* du surmenage cérébral, pathologie qui comprend : la *céphalalgie*, la *fièvre de surmenage*, la *fièvre typhoïde*, divers *troubles cardiaques*, la *tuberculose* enfin, dont il a observé et cité des exemples frappants, et dont il a montré éloquemment la principale origine dans la seule influence du surmenage cérébral, auquel la jeunesse française en particulier a été *patriotiquement* condamnée depuis 1871.

Mais ce qu'un zèle patriotique excessif a fait, le même patriotisme plus éclairé doit le défaire; il faut, a dit l'orateur en terminant, que les programmes et l'hygiène des écoles soient changés; il y a péril; il ne faut pas que la jeunesse française soit moissonnée dans sa fleur!

L'Académie a salué de ses applaudissements cette courte et éloquente péroraison. Tout le discours de M. Peter mérite d'être signalé à l'attention et aux méditations de tous les praticiens. — A. T.

Des troubles fonctionnels de l'utérus dans la morphinomanie. Indications thérapeutiques.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 avril 1887

Par le docteur Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Messieurs,

Permettez-moi d'appeler votre attention sur un point très limité de la pathologie utérine qui ne me paraît pas, jusqu'à présent, avoir été signalé par les auteurs. Il s'agit de la *morphinomanie* et des manifestations que détermine cette intoxication chronique sur l'appareil utéro-ovarien.

Vous savez l'importance que jouent l'opium et ses dérivés dans le traitement des affections gynécologiques. Il n'est pas d'affection ou de complication inflammatoire du petit bassin qui ne soit combattue par ces précieux agents thérapeutiques. Il n'est donc pas surprenant de voir l'habitude des injections hypodermiques se généraliser plus facilement chez la femme, et tous les auteurs (Ball, Zambacco, Pichon, Lewinstein, etc.) considèrent les désordres utérins comme la porte d'entrée, le prétexte souvent justifié de la morphinomanie.

J'ai observé un assez grand nombre de femmes morphinomanes pendant ces trois dernières années, et j'ai été frappé par un phénomène qui s'est montré dans tous les cas avec une rare persistance. Je veux parler de la suppression des règles, que j'ai constatée dans six cas, aussitôt que la dose de morphine atteignait une certaine élévation.

Toutes les malades observées avaient commencé l'emploi de la morphine à la suite de désordres utérins, plus ou moins graves, et sur les conseils de leur médecin. Elles étaient à peu près guéries de ces désordres, lorsqu'elles ont été soumises à mon observation. C'est donc à l'emploi de la morphine

BIU Santé

seul, et non à l'affection primitive, qu'il faut attribuer la suppression des règles.

Voici, du reste, un court résumé des observations que j'ai pu recueillir. On comprendra que je me borne à relater les détails qui se rattachent exclusivement à l'influence du toxique sur l'appareil utérin.

Obs. I. — Mme L..., Américaine, âgée de 36 ans, a été atteinte, il y a trois ans, d'une pelvi-péritonite aiguë. Elle était alors soignée par un médecin des hôpitaux, M. le docteur M... Je l'ai vue, il y a un an. Elle souffrait d'une métrite chronique sans gravité.

Elle vint un jour, très effrayée, m'annoncer qu'elle n'avait pas vu ses règles depuis deux mois. La position irrégulière dans laquelle vit cette malade rendait cette situation très redoutable et elle désirait savoir si elle était enceinte. L'examen le plus complet ne révélait aucun symptôme de grossesse ; je lui conseillai d'attendre.

Deux mois plus tard, elle revint me dire que ses règles n'étaient plus apparues depuis quatre mois. Je crus pouvoir lui affirmer, après nouvel examen, qu'elle n'était pas enceinte.

Conformément à l'exemple de la plupart des morphinomanes, Mme L... m'avait caché son habitude. Voici comment j'en fus informé : Un pharmacien du faubourg Saint-Honoré me fait un jour présenter une ordonnance ainsi formulée :

Chlorhydrate de morphine..... 5 grammes.
Eau..... 50 —

et portant ma signature.

L'énormité de la dose, qui était du reste insoluble dans la quantité d'eau, avait appelé l'attention du pharmacien qui avait cru devoir me consulter. L'ordonnance était évidemment apocryphe et la signature fausse. Je fis une enquête et j'appris que Mme L... se procurait depuis longtemps, en imitant ma signature, des doses élevées de morphine et que sa gourmandise avait causé la découverte de la supercherie.

Je me rendis auprès d'elle et c'est alors qu'elle m'avoua son habitude qui remontait, disait-elle, à trois années.

Je fis de vains efforts pour guérir cette maladie par la diminution graduelle des doses et je n'ai pu y parvenir.

Il y a aujourd'hui un an qu'elle n'est plus réglée. Elle prend chaque jour de 0,75 centigr. à 1 gram. de morphine. Sa santé générale est excellente et elle est complètement débarrassée des troubles utérins qui l'avaient longtemps tourmentée.

Obs. II. — Mlle X.., âgée de 35 ans, a été atteinte, il y a cinq ans, d'une pelvi-péritonite aiguë dans une ville du département de la Charente. Les médecins qui la soignèrent à cette époque lui firent de nombreuses piqûres de morphine, qui paraissaient du reste justifiées par la gravité de sa maladie. Elle prit alors l'habitude de se faire ses piqûres et arriva ainsi à des doses ne dépassant pas 35 à 40 centigrammes par jour. Malgré diverses tentatives, elle ne put se débarrasser de cette habitude.

Mlle X... me consulta il y a quinze mois. Elle souffrait de troubles mal définis qui semblaient être la conséquence des désordres aigus qu'elle avait éprouvés et qu'on peut désigner sous le nom de *péritonisme*, avec cystite et rectite. La menstruation était irrégulière et ne paraissait que toutes les six à sept semaines.

Je fis de vaines tentatives pour guérir la morphinomanie. Chaque fois que je diminuais les doses, les symptômes abdominaux reparaissaient, et la malade perdait les forces et l'appétit. Sous l'influence d'un traitement approprié, la congestion et les phénomènes utérins s'amélioraient, mais Mlle X... resta morphinomane.

L'été dernier, les règles disparurent tout à coup. La malade en fut inquiétée, mais je la rassurai en attribuant cette suppression à l'emploi de la morphine. Aujourd'hui la menstruation n'est apparue qu'une fois et très faiblement. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

Obs. III. — Cette observation est très concluante ; la guérison de la morphinomanie a

©BIU Santé

ramené la menstruation qui a été suivie d'une grossesse. La malade est ensuite redevenue une morphinomane et par suite aménorrhéique.

Mme D.., anglaise, âgée de 25 ans, morphinomane depuis cinq ans, a vu sa menstruation supprimée un an après le début de son intoxication chronique, alors qu'elle prenait 60 centigrammes de morphine par jour. Sur le vif désir qu'elle avait de se guérir, je la plaçai entre les mains d'un jeune médecin de Londres marié, qui la prit comme pensionnaire et obtint sa guérison après cinq mois de surveillance et de traitement. La menstruation reparut.

La malade fut rendue à sa famille et devint enceinte. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant et bien portant.

Redevenue morphinomane, trois mois après son accouchement, à la suite d'une métrite aiguë, Mme D... a vu la menstruation cesser. Tous les efforts faits depuis pour la guérir ont échoué et elle prend aujourd'hui 50 centigrammes de morphine par jour.

Obs. IV. — Cette observation est aussi concluante que la précédente, la guérison de la morphinomanie ayant amené immédiatement le retour des règles.

Mme E.., âgée de 39 ans, mère de deux enfants, devenue morphinomane par le mauvais exemple de son mari, morphinomane lui-même, employait au moment où elle fut soumise à mon observation (juillet 1885) environ 75 centigrammes de morphine par jour. Elle n'était pas réglée.

Tous les traitements furent inutilement essayés. La malade fut surveillée avec soin, puis envoyée dans une petite localité du Midi, où le pharmacien se prêta à nos efforts et ne délivra que la quantité de morphine prescrite.

La malade parvint néanmoins à tromper la surveillance des médecins. Comme elle était devenue très excitée, elle fut ramenée à Paris et internée dans une maison de santé en février 1886, où je provoquai une consultation de MM. Legrand du Saulle et Motet.

La guérison de la morphinomanie eut lieu très rapidement par la diminution forcée et progressive des doses. La menstruation reparut aussitôt, c'est-à-dire en mars 1886, deux mois après son entrée dans la maison de santé.

Cette malade rendue à sa famille et guérie de la morphinomanie n'en est pas moins restée très excitée. A chaque époque menstruelle, elle éprouve des troubles graves et les symptômes de nymphomanie les plus inquiétants. C'est au point que sa famille en était récemment réduite à regretter l'époque où la morphinomanie avait détruit chez elle le sens génésique en faisant disparaître la menstruation.

Obs. V. — Mme B.., âgée de 21 ans, mariée, a eu une fausse couche de cinq mois, il y un an. Devenue morphinomane à la suite de cet accident, elle n'est plus réglée depuis huit mois. J'avais d'abord cru à l'existence d'une grossesse.

Toutes les tentatives de traitement ont échoué jusqu'à ce jour. Comme l'état général est excellent, et que Mme B... n'éprouve aucun symptôme mental ni physique, je n'ai pas conseillé les moyens coercitifs.

Obs. VI. (Empruntée à M. le docteur Pichon.) — Femme de 24 ans, morphinomane à la suite de désordres utérins consécutifs à un avortement provoqué. On arrive progressivement à la dose de 1 gramme par jour. La menstruation avait complètement cessé. Cet aménorrhée dura six ans, autant que la maladie, et cessa lorsque la malade fut complètement guérie à la suite d'un internement à Sainte-Anne.

M. le docteur Pichon, qui a publié cette observation très intéressante (la dose quotidienne de morphine s'était élevée à 2 grammes), s'exprime ainsi sur le point spécial qui nous occupe : « Notre malade qui avait vu ses règles supprimées depuis six ans a eu ce mois-ci des règles normales comme quantité et comme durée. Le retour de la menstruation, si longtemps absente, a même été chez elle la cause d'une vive satisfaction, et en lui prouvant sa guérison, l'a confirmée dans la ferme intention qu'elle a de ne plus retomber dans ses funestes habitudes. » (*Encéphale*, août 1886).

Obs. VII. — Mlle X .., âgée de 32 ans, femme de chambre, soignée en 1880 à l'hôpital Lariboisière pour une pelvipéritonite et traitée par la morphine. Après sa sortie, elle peut

©BIU Santé

se procurer le médicament et en continue l'emploi. Pendant deux ans, elle en prit environ 7 centigrammes par jour.

Elle augmenta ensuite la dose et arriva à consommer 50 centigrammes par jour. A partir de ce moment, les règles disparurent et la menstruation ne se montra *qu'une seule fois pendant deux ans.*

Il semble donc résulter de ces faits que la morphinomanie fait disparaître la menstruation et éteint pour ainsi dire la vie utérine.

Il y a là une sorte d'indication qui m'a paru avoir son importance thérapeutique. Puisque la morphine supprime le processus menstruel, ne pourrait-on pas employer cet agent chez les femmes atteintes d'affections qui sont habituellement aggravées par la menstruation telles que les tumeurs fibreuses? Nous savons déjà que les injections de morphine constituent un excellent traitement palliatif du cancer utérin.

J'ai donc cherché à régulariser l'emploi de la morphine chez les femmes atteintes de cancer utérin et de tumeurs fibreuses graves ne permettant pas l'intervention chirurgicale et susceptibles seulement d'une thérapeutique palliative. J'ai obtenu des résultats qui m'ont semblé satisfaisants et que je soumets à l'approbation de la Société.

Voici quelques faits sommaires.

Obs. VIII. — Mme R..., âgée de 33 ans, nullipare, est atteinte d'un énorme fibrome qui a envahi la totalité du ventre. La tumeur a distendu l'abdomen, refoulé tous les organes et fait saillie dans le vagin, où elle apparaît comme une tête de fœtus. Aucun chirurgien n'a voulu tenter l'hystérotomie. Cette situation dure depuis sept ans. Mme R... perdait énormément de sang à chaque époque menstruelle et éprouvait des coliques utérines très pénibles.

Depuis deux ans que je la soigne, j'ai conseillé les injections de morphine.

La malade prend une dose quotidienne de 10 centigrammes qui est portée à 20 ou 25 centigrammes au moment des époques. Depuis ce traitement, la vie est supportable et la menstruation ne dure que deux jours et est devenue peu abondante. Les forces sont revenues et aucun accident inflammatoire n'est apparu.

Obs. IX. — Mme P..., âgée de 42 ans. Tumeur fibro-kystique extrêmement volumineuse dont le développement remonte à dix ans environ. La tumeur se présente sous la forme de trois lobes énormes qui distendent la paroi abdominale. Un des lobes fait saillie dans le vagin. MM. Péan, Labbé, Duplay et plusieurs autres chirurgiens n'ont pas jugé l'ovariotomie pratiquable.

La menstruation donnait lieu à d'énormes pertes sanguines qui épuisaient la malade.

Il y a quatre ans, Mme P... eut une poussée de péritonite très intense qui menaça son existence. C'est alors que je conseillai l'emploi de la morphine.

Depuis cette époque, la malade prend chaque jour de 2 à 3 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées. Elle augmente un peu les doses aux époques menstruelles.

La situation, qui était des plus inquiétantes, est devenue très tolérable. La perte menstruelle est à peu près insignifiante et la congestion des organes abdominaux a presque entièrement disparu.

Les autres faits que je pourrais vous communiquer se rapportent à des carcinomes et sont trop uniformes pour être rapportés isolément. Depuis trois ans, je me suis fait une règle d'appliquer les injections de morphine d'une façon méthodique dans le traitement du cancer utérin et les résultats obtenus ont été extrêmement satisfaisants, en ce qui concerne la cessation des hémorrhagies et la prolongation de l'existence.

J'ai pris des notes minutieuses sur 22 cas observés pendant trois ans.

©BIU Santé

Chez une malade atteinte d'un épithélioma et sur laquelle j'ai pratiqué deux fois l'ablation du néoplasme, avec M. le docteur B..., la maladie remontait à cinq ans et l'état général de la malade est excellent, malgré le développement de la tumeur qui a successivement envahi le vagin et le clitoris.

C'est surtout contre les hémorrhagies du cancer utérin que j'ai eu à me louer de l'emploi régulier de la morphine. C'est en présence de ces faits que j'ai pensé pouvoir établir une certaine corrélation dans l'action de cet agent thérapeutique sur l'utérus sain et sur l'utérus malade. Dans le premier cas, il est nuisible en faisant disparaître une fonction; dans le second, il est utile en supprimant l'activité utérine et en atténuant les hémorrhagies et les douleurs qui accompagnent les fibromes et le cancer de l'organe.

Je ne m'aventurerai pas, du reste, dans des considérations d'ordre purement physiologique, et je me bornerai à insister sur un fait qui me paraît bien établi, et qui fournit une précieuse indication thérapeutique :

1° Le morphinisme chronique diminue ou supprime la menstruation.

2° Il résulte de ce fait une indication précise pour la thérapeutique des affections utérines qui sont aggravées par l'existence du flux menstruel, et qui ne sont pas toujours susceptibles d'un traitement curatif; tels sont le cancer utérin et certaines variétés de fibromes.

Je pense que l'emploi méthodique de l'injection sous-cutanée de doses élevées de morphine (de 15 à 60 centig.) est particulièrement applicable aux femmes atteintes de cancer de l'utérus. Il atténue considérablement l'hémorrhagie, fait disparaître les douleurs, produit chez les malades un stimulant nécessaire et prolonge considérablement l'existence.

Si le médecin a pour devoir absolu d'enrayer l'emploi beaucoup trop généralisé de la morphine en injections sous-cutanées, chez les personnes qui appliquent *elles mêmes* cette médication, il doit, au contraire, s'efforcer d'habituer les femmes atteintes d'affections utérines incurables à cette thérapeutique dont les effets palliatifs sont toujours satisfaisants.

Les affections de la colonne vertébrale en Angleterre et en Amérique (1).

Analyse de quelques travaux récents.

III. *Maladies malignes de la colonne vertébrale*, par Amidon (2). (Contribution à l'étude de la paraplégie douloureuse de Cruveilhier.)

La maladie maligne de la colonne vertébrale, dit l'auteur, est une maladie de l'âge adulte, plus commune chez l'homme que chez la femme. Elle succède souvent à une tumeur maligne du sein, ou apparaît chez une personne atteinte de tare héréditaire. Elle paraît prendre souvent naissance d'une façon spontanée à la suite d'un traumatisme ou d'un entorse. Elle affecte une marche chronique mesurée par des mois.

Le symptôme dominant est la douleur, généralement sourde et continue dans le rachis, aiguë et paroxystique dans les régions antérieures du tronc et les extrémités. Ces douleurs ont pour caractéristique d'être bilatérales et de siéger dans l'aire de distribution de certains nerfs ou groupes de nerfs (névralgies). Elles sont aggravées par le mouvement et sont plus fortes généralement la nuit. La paralysie complète, motrice ou sensitive, avec troubles des fonctions de la vessie et du rectum, indique une diminution dans le calibre du canal vertébral et conséquemment une compression de la moelle. La déformation spinale existe souvent, mais jamais très marquée ni très angulaire.

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

(2) *New-York med. Journ.*, octobre 1887.

©BIU Santé

La sensibilité spinale existe souvent, quelquefois aiguë, plus souvent excitée seulement par une forte pression. L'émaciation est généralement marquée; et la cachexie existe plus souvent qu'on ne l'a dit. Les autres symptômes dépendent de l'extension de la maladie à d'autres organes. L'œdème est dû à l'obstruction des lymphatiques ou des veines par la pression des ganglions tuméfiés ou par des tumeurs. L'ictère et les signes pulmonaires sont dus à l'envahissement du foie et des poumons. La marche doit faire penser à un sarcome. Les parties le plus souvent attaquées sont la région la plus élevée des lombes, et le bas de la région dorsale. La coïncidence de cancer dans d'autres organes est la règle, et c'est le foie qui est le plus souvent atteint. La cause immédiate de la mort est généralement l'épuisement.

La maladie maligne de la colonne vertébrale peut être facilement confondue avec une carie aiguë du rachis. Pour aider à ce diagnostic différentiel, il faut se souvenir des traits distinctifs suivants :

	Carie.	*Affection maligne.*
Age.	Maladie de la jeunesse.	Maladie de l'adulte.
Antécédents.	Tuberculose.	Cancer.
Sensibilité locale et douleur.	Rare.	Commune.
Névralgies.	Tardives.	Rapides.
Déformation.	Très fréquente et angulaire.	Non constante, et rarement angulaire.
Anémie.	Symptôme tardif.	Symptôme de début.
Emaciation.	Symptôme tardif.	Symptôme de début.
Cachexie.	Lorsqu'elle existe, symptôme très tardif.	Symptôme rapide et constant.
Œdème.	Rare; lorsqu'il existe, origine anémique ou rénale.	Fréquent, et causé par l'obstruction.
Engorgement ganglionaire.	Rare, et général lorsqu'il existe.	Commun et localisé.
Abcès.	Existent.	Manquent.
Température.	Fièvre hectique.	Rarement élevée.
Localisation de la maladie.	Le plus ordinairement dorsale.	Le plus ordinairement lombaire.
Envahissement des autres organes.	S'il existe, généralement tuberculose avec prédilection sur le système nerveux et les poumons.	Tous les organes peuvent être envahis, et principalement le foie.

La paraplégie véritable, lorsqu'elle existe, est due à la compression de la moelle, et est la même dans les deux cas.

Les douleurs du cancer se distingueront de celles d'un lumbago ordinaire par la chronicité et la résistance au traitement.

Un lumbago grave, durant depuis plusieurs semaines, résistant au traitement, sans symptômes rénaux, doit faire soupçonner une affection organique de la colonne vertébrale.

On les distingue également des sciatiques ordinaires par la chronicité et la résistance au traitement, et par ce fait qu'elles sont généralement bilatérales et souvent accompagnées de douleurs irradiées le long des nerfs cruraux, lombaires et dorsaux; une sciatique double, ou des douleurs bilatérales continues doivent toujours nous mettre sur nos gardes. La faiblesse générale des jambes se rencontre rarement dans la sciatique. Dans l'irritation spinale, la sensibilité spinale est plus souvent générale et très vive, tandis que les douleurs sont fugitives, ne suivent pas le trajet des nerfs et changent de place. D'ailleurs les commémoratifs auront un grand poids en pareil cas. L'irritation spinale est rare chez l'homme adulte. Les manifestations protéiques de l'hystérie ne tromperont pas un clinicien éclairé en face des signes indiscutables d'une affection organique généralement présents.

©BIU Santé

La méningite et la pachyméningite spinales sont comparativement rares, et généralement caractérisées par des douleurs *non névralgiques* et des troubles spasmodiques variés tout particuliers. Les tumeurs intra-spinales amènent des symptômes très obscurs, ressemblant à ceux du dernier stade du mal vertébral ; mais leur apparition rapide et le prompt développement des phénomènes paraplégiques, l'absence d'un stade prémonitoire de douleurs névralgiques *sans paraplégie*, seront des points importants dans le diagnostic.

Les commémoratifs, à part l'absence d'ataxie, de diminution des réflexes, d'anesthésie, de retard des sensations et de périodes de complète disparition des douleurs, rendront impossible la confusion du cancer vertébral avec la sclérose spinale postérieure.

Les affections inflammatoires primitives de la moelle formant les types variés des myélites, seront facilement reconnues par l'absence constante de douleurs *aiguës*, et par l'apparition rapide des paralysies motrices et sensitives, ainsi que par la présence fréquente des troubles rectaux et vésicaux. L. GREFFIER.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA PROSTITUTION, par le docteur THIRY (de l'Académie de Bruxelles).

Il n'y a qu'un seul moyen de combattre efficacement l'extension de la syphilis, c'est la réglementation de la prostitution ; telle est l'opinion que soutient avec talent et persévérance M. le docteur Thiry.

En effet, toutes les statistiques sont d'accord pour le montrer, la prostitution clandestine est bien plus dangereuse que celle soumise au contrôle de la police et des médecins.

Balfour, dans l'armée anglaise, a comparé deux garnisons : l'une où la débauche est libre, — Dublin, Manchester et Londres ; — l'autre où elle est réglementée, — Portsmouth, Colchester, Cantorbery, Maldstone. Eh bien! pour la première, on trouve que le chiffre des vénériens, de 469 en 1867, est resté en 1877 sensiblement le même, de 400 ; tandis qu'au contraire, pour la seconde, ce même chiffre qui, en 1867, était de 622, est tombé, en 1877, à 129. En 1860, Milan renfermait 139 prostituées syphilitiques ; de 1867 à 1874, on n'en compta plus que 16 en moyenne par an.

Avant l'institution de règlements sévères et de visites sanitaires sérieuses, l'armée piémontaise renfermait 204 vénériens sur 1,000 ; en 1858, après la mise en vigueur d'une surveillance active, le nombre des militaires vénériens descendit à 98 sur 1,000.

Chez nous, le relâchement de la police des mœurs a favorisé le développement de la prostitution clandestine ; que s'est-il passé? En 1878, le nombre des admissions, à Lourcine, s'est élevé à 1,471 ; en 1879, à 1,782 et, en 1880, à 1,904 ; comme ce ne sont que des filles libres qui sont à l'hôpital, il résulte de cette statistique que le nombre des syphilitiques a beaucoup augmenté parmi elles, puisque, hélas! un grand nombre ne se font que peu ou pas soigner.

Nous sommes parfaitement d'accord avec M. Thiry lorsqu'il s'écrie que la liberté et l'inviolabilité de la femme ne réclament pas la libre propagation des maladies vénériennes. Il faut que les utopistes en prennent leur parti, la prostitution est un mal nécessaire, elle a toujours existé et elle existera toujours, mais on a le droit de se défendre contre les dangers qu'elle entraîne avec elle. On ne supprime pas une industrie insalubre, on la réglemente.

Nous ne saurions trop engager ceux que la question intéresse à lire l'ouvrage de M. Thiry ; ils y trouveront la réfutation de beaucoup de sophismes par lesquels nos assemblées délibérantes tendent malheureusement à se laisser influencer. — P. CH.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'athétose survenant à la suite de la diphthérie. (*The Practi-*

©BIU Santé

tioner, 1886, décembre.) — Le docteur Norris Wolfenden, de l'Hôpital des affections de la gorge, de Londres, rapporte dans le périodique précité une observation intéressante d'un cas d'athétose venant compliquer les dernières périodes de l'empoisonnement diphthérique. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui eut une diphthérie pharyngée grave en novembre 1884, pour laquelle on la traita dans un des grands hôpitaux londoniens.

On la renvoya comme guérie le 25 décembre suivant. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, elle ressentit une douleur analogue à une sensation de brûlure dans le bras droit et le membre inférieur correspondant. Puis survint une faiblesse qui, à aucun moment, ne dégénéra en une véritable hémiplégie. Il n'y avait que de la faiblesse ; la jambe droite fléchissait sous elle, disait-elle. Elle accusait une sorte d'engourdissement et d'insensibilité dans les doigts et les orteils du côté droit avec de fréquents fourmillements et picotements, des sensations de piqûres dans les parties analgésiées.

Puis des mouvements apparurent dans les doigts et les orteils. Ils consistaient en de continuels mouvements de flexion et d'extension lents et alternatifs avec abduction du pouce et des doigts. De temps en temps le bras est pris d'un spasme brusque et intermittent qui l'écarte fortement du tronc, et ne permet à la malade de tenir aucun objet. Il y a aussi des mouvements d'oscillation du poignet. L'ensemble de ces mouvements n'a rien de commun avec la chorée et ressemble étroitement aux désordres de l'athétose. La malade traine la jambe en marchant, surtout pour peu qu'elle soit fatiguée.

Le sujet est anémié, intelligent, mais d'un caractère obstiné et d'un gouvernement difficile. Elle n'a jamais eu de chorée ni de rhumatismes. La langue est chargée, le sommeil mauvais, les règles régulières ; il n'y a pas de constipation.

La mère de la malade est de constitution délicate et sujette à de violentes attaques de migraine périodique. Le père a un caractère violent et irritable. On note dans ses antécédents une insolation dont il aurait été atteint dans les Indes.

La malade a été soumise à un traitement tonique et réparateur, et, au bout d'un mois, les accidents d'athétose ont disparu. Si la parésie est de fréquente occurrence pendant la convalescence de la diphthérie grave, il n'en est pas de même de l'athétose, et c'est, croyons-nous, le premier cas où il ait été donné de noter son apparition dans de semblables circonstances. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Cantani (de Naples)) qui sollicite le titre de correspondant étranger.

2° Des plis cachetés déposés par MM. Figueira (de Madère), docteur Onimus, et docteur Augustin Lemaistre.

M. Brouardel lit, au nom de MM. Ogier et Minovici, un travail intitulé : *Les ptomaïnes au point de vue des causes d'erreur dans les recherches toxicologiques.*

M. Le Dentu lit un travail intitulé : *Note sur l'œsophagotomie interne à séances multiples ; modifications à l'instrument de Maisonneuve.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Trélat, Perrin, Le Fort.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux correspondants nationaux (première division).

Classement des candidats : En première ligne, M. Gibert (au Havre) ; en deuxième ligne, M. Riembault (à Saint-Etienne) ; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alpha-

©BIU Santé

bétique, MM. Baraillier (à Toulon); M. Mordret (au Mans); M. Poincarré (à Nancy); M. Widàl (à Alger).

Premier tour. — Le nombre des votatns étant de 43, majorité 22, M. Gibert obtient 36 voix (élu); M. Barallier, 4. Bulletins blancs, 2.

Deuxième tour. — Le nombre des votants étant de 46, majorité, 24, M. Riembault obtient 36 voix (élu); M. Poincarré, 4; M. Barallier, 3; M. Mordret, 1.

— M. Peter a là parole pour la continuation de la discussion relative au surmenage.

« C'est en praticien, dit l'orateur, que je viens ici parler du surmenage intellectuel et de la sédentarité forcée que j'appellerai volontiers la claustration scolaire. Il y a là tout une pathologie d'autant plus intéressante qu'on en connaît la cause et le remède. La cause en est le surmenage et le remède serait de le faire cesser.

Le surmenage provient de ce que, dans les choses de l'intelligence, on ne respecte pas la loi de l'offre et de la demande, c'est-à-dire que, dans les programmes d'études, la demande est supérieure à l'offre qui est l'aptitude intellectuelle des candidats.

La nature nous enseigne que, dans la masse des intelligences, ce qui domine ce sont les aptitudes moyennes; en deçà ce sont les faibles d'esprit; au delà les esprits supérieurs.

Or, il semble que les programmes scolaires aient été faits pour ceux-ci. Mais, eux, ils dépasseront toujours vos programmes, car ils étudient non seulement sans fatigue, mais avec plaisir et pour leur plaisir; car ils obéissent à une tendance, bien plus à un besoin de leur intelligence, la soif de savoir.

Les autres, les faibles d'esprit, n'atteindront jamais vos programmes; j'ajoute que les esprits moyens ne les atteindront qu'avec peine et au risque de rester pour toujours des fourbus du cerveau.

Ainsi, les programmes trop touffus dépassent les aptitudes moyennes et inférieures, et créent de véritables dangers; ces programmes sont à revoir et à réformer.

Ce qui est à réformer également, c'est l'hygiène matérielle de l'école. Nous avons besoin d'un nouveau Rollin.

En réalité, le surmenage intellectuel est une des formes du surmenage général auquel sont soumis les civilisés et particulièrement les Français. Nous sommes des surmenés, surtout depuis 1871; on sait pourquoi. Nous sommes des surmenés volontaires, des surmenés patriotiques, luttant pour l'existence. »

Après ce préambule, l'orateur annonce qu'il limitera son sujet aux jeunes surmenés du cerveau, surmenés involontaires que ne protège aucune loi Roussel, victimes dans nos lycéss et nos pensionnats, comme dans nos écoles supérieures, de programmes surchargés où l'hygiène du cerveau est aussi méconnue que l'hygiène musculaire. Il se bornera, d'ailleurs, à la partie pathologique de la question.

Le surmenage, c'est le fonctionnement excessif, exagéré; il a pour conséquence et pour expression la *fatigue*. La fatigue vulgaire, banale, c'est la fatigue musculaire, laquelle s'exprime physiologiquement et pathologiquement par la courbature et l'impotence fonctionnelle.

La *courbature*, c'est la douleur par épuisement et encombrement. Epuisement plus ou moins momentané de la fibre musculaire vivante; encombrement plus ou moins persistant de cette fibre musculaire vivante par la fibre musculaire morte, c'est-à-dire par la créatine, la créatinine, l'inosite, l'acide lactique, cadavres ou produits cadavérisés de la fibre musculaire, usée, oxydée, détruite.

Ce qui est vrai de la fibre musculaire, l'est de la fibre cérébrale préposée à la pensée. Celle-ci, comme celle-là, sépuise et s'encombre par le fonctionnement excessif (à cela près que l'encombrement se fait par la cholestérine et la leucine); celle-ci, comme celle-là, la cellule cérébrale, comme la fibre musculaire, se courbature par le surmenage.

Ainsi la *courbature cérébrale* est de même cause que la courbature musculaire (épuisement de la cellule vivante et encombrement par la cellule morte), et elle s'exprime de même sorte par la douleur et par l'impotence; cette douleur est la céphalalgie; l'impotence est l'inaptitude intellectuelle; tels sont les symptômes de la courbature cérébrale.

©BIU Santé

La *céphalalgie* est donc le phénomène primordial, nécessaire, obligé, qu'on observe au début de tous les cas de surmenage cérébral, soit seul, soit comme le premier terme de séries morbides variées aboutissant l'une à la *fièvre de fatigue*, l'autre à la *fièvre typhoïde*.

Dans une première scène morbide, on observe la céphalalgie et les épistaxis; un degré de plus, il y a céphalalgie, épistaxis et mouvement fébrile; c'est la fièvre de fatigue.

Une autre série morbide est constituée par la céphalalgie d'abord, puis il y a céphalalgie avec épistaxis, puis céphalalgie avec épistaxis et troubles digestifs, épuisement général, fièvre persistante; c'est la fièvre typhoïde.

La *céphalalgie* négligée, méconnue, méprisée peut conduire, dit M. Peter, à des désastres pathologiques. La céphalalgie, c'est le cri de souffrance de l'organe fatigué qui demande grâce, qui réclame un repos nécessaire. Si ce cri n'est pas écouté, le cerveau refuse la fonction, il ne comprend plus, les cellules cérébrales se mettent en grève. C'est l'impotence fonctionnelle; fait très fréquent qu'ont observé tous les médecins chez de jeunes sujets dont le cerveau est loin d'être toujours apte à la fonction intellectuelle imposée. Le mal de tête est la seule chose dont ils se plaignent, et comme c'est là un phénomène subjectif qui échappe au contrôle, l'élève est trop souvent traité de paresseux.

Ce mal de tête a pour caractère de se produire dès que recommence l'essai du fonctionnement, soit par la lecture, soit par l'étude, même la plus légère et la moins prolongée.

Un autre caractère est l'impuissance fonctionnelle, les idées se brouillent, la compréhension cesse, c'est comme une sorte de « crampe des écrivains » cérébrale.

Le cerveau est alors *invalidé* et trop souvent il l'est pour un long temps, sinon pour toujours, quant à l'étude. M. Peter en connaît des cas qui durent depuis trois ans. L'intelligence semble intacte, les fonctions cérébrales moyennes, ordinaires, s'accomplissent normalement; les jeunes sujets prennent part à la conversation, raisonnent pertinemment; mais, dès qu'ils veulent lire ou étudier, tout devient confus.

M. Peter cite de remarquables exemples de cet état qu'il a pu observer chez de jeunes filles aspirant à ces fameux « brevets » dont on parle tant aujourd'hui.

Après la céphalalgie seule, vient la céphalalgie avec épistaxis et fièvre; c'est la fièvre de *surmenage* intellectuel, la *ptomaïnémie*, la *leucomaïnémie* décrite par M. Peter depuis 1869 sous le nom d'*autotyphisation*.

Cette fièvre de surmenage présente à son début tous les symptômes de la fièvre typhoïde, tous excepté la régularité de la courbe thermique.

On l'observe le plus habituellement au moment des examens, c'est-à-dire à cette période d'*entraînement* intellectuel où s'épuise le cerveau. M. Peter a eu l'occasion d'en observer des exemples remarquables, soit chez des jeunes filles élevées dans des pensionnats, soit chez des élèves des lycées, de l'école Centrale, de l'école Normale ou de l'école Polytechnique, et cela surtout au moment des examens. Fièvre de surmenage aux allures redoutables et à la courte durée — à cela près que le cerveau peut en sortir amoindri dans son entendement pour longtemps, sinon pour toujours.

Un degré de plus et c'est la fièvre *typhoïde : l'autotyphisation* est à son maximum ; l'organisme est sursaturé des déchets du cerveau ; les voies sont préparées, le microbe peut entrer en scène.

C'est au moment où viennent les examens de l'Hôtel de Ville, fruit de la « manie des brevets » — véritable calamité sociale — qui s'est emparée des jeunes filles, c'est à l'époque de ces examens que se manifestent ces cas de fièvre typhoïde.

Les mêmes causes engendrent des symptômes de dilatation du cœur et palpitations douloureuses, qui ne sont heureusement qu'un trouble fonctionnel ordinairement sans autre gravité que sa persistance, et qui sont parfois l'occasion d'erreurs de diagnostic et surtout de pronostic.

M. Peter arrive ensuite à la *Tuberculose* des surmenés de l'intelligence, des surmenés de nos Ecoles où à l'épuisement cérébral s'ajoute la malfaisance de l'air confiné et de la sédentarité. Il cite des exemples frappants de cette tuberculose particulière qui

©BIU Santé

frappe des jeunes gens nés de parents vigoureux, dans des familles sans antécédents héréditaires.

« En résumé, dit l'orateur en terminant, dans la rédaction des programmes scolaires on n'a pas assez tenu compte des aptitudes intellectuelles moyennes; le surmenage cérébral, avec toutes ses conséquences morbides, en a été le résultat; il faut réformer ces programmes.

« Dans l'hygiène scolaire, on n'a pas assez tenu compte des besoins impérieux et tout matériels de l'organisme; il faut réformer cette hygiène.

« La jeunesse française, comme l'enfance, a besoin d'une *loi Roussel*. A l'Académie de médecine d'avertir, aux pouvoirs publics d'aviser. Il y a péril. Nous ne devons pas laisser moissonner notre jeunesse dans sa fleur! » (Applaudissements.)

— M. le docteur Corlieu, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine, lit un travail intitulé : *Les jetons des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris*.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Vallin sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène. — Voici le classement des candidats proposé par la commission :

En première ligne, M. Ollivier; en deuxième ligne, MM. Magnan et Motet; en troisième ligne, MM. Napias, Laugier et Riant.

FORMULAIRE

Pommade antisyphilitique. — Diday.

Turbith minéral.....	3	grammes.
Axonge.....	30	—

Mêlez. — Pour faire disparaître les croûtes épaisses d'impétigo, d'ecthyma, de rupia, qui se montrent sur le cuir chevelu des personnes atteintes de syphilis, on les couvre, le soir, d'une couche d'axonge, et on applique par dessus un cataplasme de farine de lin que l'on enveloppe de coton. Le matin, on détache doucement et sans faire saigner, la croûte ramollie par le topique, puis on frictionne avec précaution, la surface malade, deux fois par jour, avec une petite quantité de la pommade au turbith. — S'il existe une ulcération, on introduit jusqu'au fond, une petite quantité de charpie enduite de la même pommade. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le typhus pétéchial en Allemagne. — Nous annoncions dans un de nos derniers numéros le début d'une épidémie de typhus pétéchial en Allemagne. Voici les renseignements que donne, au sujet des causes et de l'origine de l'épidémie, le *Bulletin officiel du Comité d'hygiène de Berlin*.

Au mois d'avril dernier, 4 cas de typhus pétéchial, dont 2 décès, ont été constatés dans le cercle de Rastenburg, arrondissement de Kœnigsberg. La maladie avait tout d'abord frappé deux travailleurs de la colonie de Karlshof près de Rastenburg, puis un fermier laitier d'une localité voisine, enfin un prisonnier récemment écroué à la maison d'arrêt de Rastenburg. Les deux derniers malades ont vraisemblablement été en rapport avec les deux premiers qui peuvent être considérés comme les cas primitifs originaires du mal.

D'un autre côté, à Dantzig, 11 cas de typhus pétéchial ont été signalés depuis la fin d'avril; 8 des malades appartenaient à la population de la ville, les 3 autres y étaient étrangers. L'importation épidémique n'a pu jusqu'ici être démontrée.

Quoi qu'il en soit, voici la désignation par villes des cas de typhus constatés pendant la dernière semaine :

©BIU Santé

Dantzig 7 décès, Kœnigsberg un cas et une mort, Krakau 1 décès, Marienverder 3 atteintes. — Ch. S.

COURRIER

— Par arrêté ministériel, en date du 21 juin 1887, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Conseil d'hygiène, est nommé membre de la commission chargée d'examiner la question des précautions à prendre contre les incendies et d'étudier les réformes à apporter dans les théâtres subventionnés.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1887, M. le docteur Janetz, professeur à l'Association polytechnique, est nommé officier de l'Instruction publique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourland-Lusterbourg, ancien secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône, et de M. le docteur Labbé (de Fismes).

École de médecine de Nantes. — M. le docteur Josso est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. de Larabrie, appelé à d'autres fonctions.

Épidémie de suette miliaire. — L'épidémie de suette miliaire, après avoir sévi dans le département de la Vienne, principalement dans l'arrondissement de Montmorillon, puis dans la Haute-Vienne et sur les frontières des départements de la Charente et de l'Indre, est aujourd'hui presque terminée.

« Il est encore impossible, disait récemment la *Gazette hebdomadaire*, de se prononcer sur la nature de la maladie, qui semble être infectieuse avec localisations cérébro-spinales. Tout d'abord les malades sont pris des symptômes de la rougeole ; il arrive même que cette dernière affection coïncide, dans une localité, avec la suette, et que, par exemple, les enfants au-dessous de quinze ans y aient la rougeole, tandis que les personnes atteintes au-dessus de cet âge ont la suette ; enfin on remarquait depuis quelque temps, dans ces pays, des rougeoles de plus en plus nombreuses, avec des caractères anormaux, lorsque la suette est apparue. On a jusqu'ici compté de cinq à six mille malades, qui ont donné une mortalité d'environ 9,2 pour 100, très variable d'ailleurs suivant les localités. Dans certains endroits, la maladie a pris subitement avec une intensité considérable, et l'on cite une commune du nom de Mouline où le maire, l'adjoint, l'instituteur, le curé ont succombé dans l'espace de vingt-quatre heures ; ailleurs, il n'est resté en quelques jours qu'une personne sur sept dans une famille. »

Dès que le gouvernement a été informé, il aenvoyé dans les localités envahies une mission sanitaire composée de MM. les docteurs Brouardel, Descout, Chantemesse et Thoinot. Le ministre de l'intérieur a confié à M. le docteur Napias le soin d'assurer les secours hospitaliers et d'assistance dans les établissements qui dépendent de son administration ; il a pu également mettre des fonds de premier secours à la disposition des communes, notamment pour l'achat de médicaments et de désinfectants. MM. les docteurs Chantemesse et Roux s'étaient proposés surtout d'étudier la maladie, tandis que M. le docteur Thoinot, assisté de plusieurs internes des hôpitaux de Paris, dirigeait le service de prophylaxie. Les maires et les autorités locales indiquaient chaque jour aux internes, placés à demeure dans les chefs-lieux de canton, les cas qui venaient à leur connaissance ; des désinfectants étaient aussitôt apportés et employés pour remédier à l'insalubrité des locaux contaminés. Des étuves mobiles à désinfection par la vapeur sous pression, création nouvelle de notre industrie sanitaire, ont du être envoyées, afin de désinfecter les vêtements et les objets de literie, qui paraissaient être l'une des principales causes de transmission de l'épidémie.

Fin du Tome XLIII (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLIII

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1887.

A

Abadie, v. Pseudo-atrophies, Orbite.

Abcès. — sublingual consécutif à l'éruption difficile de la dent de sagesse, Weiss (Soc. de chir.), discussion, 178. — de la fesse traité par la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé, Trélat, discussion (Soc. de chir.), 300. — du foie traité par l'incision large, Ferron, rapport de Rochard (Acad. de méd.), 315. — fétide du sinus maxillaire, Luc (Soc. médico-prat.), 554. — tuberculeux périhépatiques et traitement qui leur convient, Lannelongue (Acad. des sc.), 892. — tuberculeux sous-cutanés, Barié (Soc. méd. des hôp.), 928. —, v. Pancréas.

Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Bulletins sur l'— et comptes rendus des séances, 25, 34, 73, 78, 115, 152, 192, 228, 277, 314, 348, 395, 429, 467, 503, 551, 575, 625, 657, 715, 748, 781, 819, 843, 873, 881, 915, 948, 996.

Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus de l'—, 58, 91, 128, 176, 217, 255, 290, 262, 322, 383, 407, 445, 480, 515, 563, 600, 645, 702, 725, 758, 798, 832, 854, 892, 925, 962.

Accouchement. — pendant le sommeil hypnotique, G. Braun, anal. R., 644. —, v. Goître, Fibrome.

Accouchements. Traité de l'art des —, Tarnier et Budin, t. II, anal. Stapfer.

Acétanilide. Note sur l'emploi de l'— dans l'ataxie locomotrice, Larroque, discussion (Soc. de méd.), 206.

Adéno-phlegmon juxta-pubien, A. Guérin (Acad. de méd)., 749, 777 (Bull.), 783.

Agent infectieux typhoïde, H. Hallopeau (extrait du Traité élément. de path. gén.), 157, 272.

Agents réducteurs, v. Ichthyol.

Alexander. Opération d'— pour rétroflexion, Pozzi (Soc. de chir.), 265; Bouilly (Ibid.), 385.

Amputations. Note sur la nature et la valeur des progrès récents dans les — des membres, Trélat (Acad. des sc.), 925.

Amygdales, v. Hypertrophies.

Anatomie. Manuel d'— humaine, Krause, trad. Louis Dolls, anal. P. C., 947.

Anatomistes. Les — anciens et la Renaissance anatomique au XIVe siècle, leçon du profr Laboulbène, 145, 185, 233, 281, 317, 401, 437, 473.

Anémie. Les lésions stomacales dans l'— pernicieuse, H. Osler, anal. C. L. D., 140. — pernicieuse progressive et parasites intestinaux, Ch. Schmit, 801.

Angine de poitrine. — à siège épigastrique, Huchard, discussion (Soc. méd. des hôp.), 338. — sans lésion des artères coronaires, Ball (Soc. méd. des hôp.), discussion, 856. —, v. Aortite, Athérome.

Ankylose. — rectiligne du coude, ankylo-ostéotomie trochléiforme, guérison parfaite, Defontaine, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 576.

Annexes. — de l'utérus, v. Salpyngite.

Anthrax. Sur le traitement de l'— par les flèches caustiques au chlorure de zinc, Polaillon (Soc. de méd.), discussion, 966.

Antipyrine. De l'— contre la douleur, G. Sée (Acad. des sc.), 645. —, contribution à l'étude de ses dangers, P. Chéron (Soc. médico-prat.), 907.

Antiseptiques. De l'action des — nouveaux sur le rein, Paul Chéron, 485.

Aorte. Etude sur les communications entre l'— et l'artère pulmonaire, L. Brocq, anal., E. Deschamps, 404.

Aortite. — aiguë primitive, Hirtz et Widal (Soc. méd. des hôp.), discussion sur l'angine de poitrine, 587, 660. —, v. Angine de poitrine.

Aphasie. — traumatique guérie par la trépanation, Schneider, anal. Ch. Schmit, 867.

Apoplexie. — hystérique guérie par l'aimant, la métallothérapie et la suggestion, Dumontpallier (Soc. méd. des hôp.), 492.

Arsenic, v. Chorée.

Artère pulmonaire, v. Aorte.

Assainissement, v. Eaux.

Association générale des médecins de France. —, séance annuelle de la Société centrale, M. L., 209. —, assemblée générale annuelle, anal. M. L., 618, 632; —, compte rendu officiel, 677.

Association médicale mutuelle en cas de maladie, P. C., 936.

Asthme. Des théories pathogéniques de l'— d'après les travaux allemands, G. Schlemmer, 293, 306, 317.

Astragale. Résection de l'— pour une luxa-

©BIU Santé

tion irréductible, Schwartz (Soc. médico-prat.), 908.
Ataxie locomotrice. Du traitement des phénomènes douloureux de l'— par les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle, A. G. Raison, anal. C. L. D., 112. —, v. Acétanilide.
Athérome. Influence de l' — des coronaires sur la nutrition du myocarde, Letulle (Soc. méd. des hôp.), 927.
Athéthose. Un cas d'— survenant à la suite de la diphthérie, anal. L. Dn., 990.
Atropine, v. Morphine.
Auscultation. Traité pratique d'—, suivi d'un précis de percussion, Barth et Roger, 11e éd., H. Roger et Henri Barth, anal. P. Le Gendre, 771.
Auto-intoxications. Leçons sur les — dans les maladies, Bouchard, anal. L.-H. Petit, 622.
Azote. Les doctrines actuelles sur les sources de l'— organique et sur la chaleur animale, P. Chéron, 186, 214.

B

Bacille. Le — de la fièvre typhoïde, Chantemesse et Widal (Soc. méd. des hôp.), 336. — de la fièvre typhoïde, sa présence dans l'eau de Seine à Ivry, Thoinot (Acad. de méd.), 552.
Bacilles. — de la tuberculose, May, anal. R., 585.
Bacillus anthracis. Les spores du — sont réellement tuées par la lumière solaire, Arloing (Acad. des sc.), 446.
Bactériologie. Manuel pratique de —, Crookshank, anal. P. L. G., 595.
Bactériurie. De la —, Schottelius et Rheinold, anal. R. L., 299.
Bains. — de mer, v. Scrofule.
Balles, v. Plaie.
Bassin. — vicié, v. Fœtus.
Béclard. Les obsèques de M. le professeur —, 257.
Belladone, v. Diabète.
Besnier (J.), v. Péritonite.
Bibliothèque, *passim* dans tous les numéros.
Bibliographie. Essais de — médicale, L.-H. Petit, anal. A. T., 878.
Blache, v. Loi Roussel.
Blennorrhée, v. Ecoulements.
Broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale, Sévestre (Soc. méd. des hôp.), 107; discussion, 180.
Brucine. De l'action anesthésique locale de la — et de la théine, anal. L. Dn., 90.
Budin (P.), v. Thrombus.
Bulletins. — L.-G. R., 25, 145, 185, 221, 317, 341, 425, 545. — P. Bouloumié, 73. — A. T., 305, 461, 497, 617, 653, 741, 777, 873, 981. — de l'étranger, C. L. D., 32.

C

Calculs. Des progrès accomplis dans le traitement — de la vessie, de Pezzer, 15, 29.
Calendrier de grossesse, Stapfer, 296.
Calomel. Du — comme diurétique dans les maladies du cœur, R. Longuet, 133. — comme diurétique, Jendrassick, anal. L. Dn., 261. —, v. Syphilis.
Canal. Persistance du — de Müller, hydronéphrose et pyélo-néphrite, Reliquet (Soc. médico-prat.), 907.
Cancer. Etude sur le traitement chirurgical du — de l'estomac, M. Springer, 789.
Capsicum. — antidote de l'opium, Clevenger, anal. R., 818.
Cardio-vasculaires. Lésions — d'origine nerveuse, Schnell, anal. P. Chéron, 501.
Cardiopathie. La — scarlatineuse, Jaccoud, 426.
Catarrhe. — chronique tuberculeux de l'oreille, Hirtz (Soc. méd. des hôp.), 588.
Causeries. — P. Dubray, 121, 157, 629, 665, 753, 789, 849, 885, — L.-H. Petit (Simplissime), 197, 353, 557, 717, 825, — Th. David, 509.
Cautères. Des — électro-chimiques bipolaires, Danion, 137.
Cazalis, v. Hémi-rhumatisme.
Ceinture à pelote du docteur Debacker, 387.
Cellules. Sur la multiplication des — par division indirecte ou karyokinèse, Cornil (Acad. des sc.), 798.
Chalazion. Traitement du —, Dehenne, 171.
Chaleur animale, v. Azote, Système nerveux.
Chancre. — infectant à siège insolite, anal. R., 881.
Chéron (P.), v. Azote, Sucre, Antiseptiques, Eaux, Mydriatiques.
Cheveux. Chute des — et des ongles sous l'influence du rhumatisme, Renaut (Soc. méd. des hôp.), 928.
Cheyne-Stokes. Du phénomène respiratoire de —, A. Weber, 281.
Chimie. Traité de — générale, P. Schützenberger, anal. G. Richelot père, 321.
Chirurgie. Nouveaux éléments de petite —, P. Chavasse, anal. Lubanski, 139.
Chlorose, v. Soufre.
Chlorotique, v. Thrombose.
Chlorure — de méthyle, v. Ataxie locomotrice. — de camphre, étude expérimentale et clinique, Perrenot, anal. C. L. D., 313. — de méthyle dans le traitement des névralgies, Debove (Soc. méd. des hôp.), 589.
Choléra. Epidémie de —, C. L. D., 33, 406. — chez les femmes grosses, Queirel, rapport de Charpentier (Acad. de méd.), 395. —, v. Kératite.
Chorée. — dans laquelle l'arsenic détermina la pigmentation des téguments, S.-H. Owen, anal. L. Deniau, 67. —, ses rapports avec les embolies capillaires du cerveau et de la moelle, Angel Money, anal. C. L. D., 429.
Choroïde. Note sur le sarcome de la —, Dehenne, 1.
Cirrhose. Cas de guérison de la —, discussion (Soc. méd. des hôp.), 107.
Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Lyon, S. Perret, anal. P. Le Gendre, 961.
Cloisonnement, v. Cystocèle.
Closmadeuc (G. de), v. Coup.
Clou. Le — de Dehli, C. L. D., 48.
Cocaïne. Sur les inconvénients de la —, suite de la discussion (Soc. de méd.; voir la table du 30 décembre 1886), 45. — dans la litho-

©BIU Santé

tritie, Dubuc, 85, 97. — contre la sténocardie, Laschkevitch, anal. E. Deschamps, 127. — dans la trépanation, Dana et Symonds, anal. R. L., 526.
Cœur. Expériences sur les mouvements rhythmiques du —, Germain Sée et Gley (Acad. des sc.), 515. —, v. Calomel.
Col. Déchirure du —, opération d'Emmet, Houzel, rapport de Périer (Soc. de chir.), 20.
Colchicine. Recherches sur le mode d'action de la —, Mairet et Combemale (Acad. des sc.), 407.
Coliques. — néphrétiques, v. Etranglement.
Collin (E.), v. Congestions.
Colonne. Les affections de la — vétébrale en Angleterre et en Amérique, L. Greffier, 972, 988.
Concours. — de l'externat 1886, 143. — de l'internat 1886, 172.
Congestions. Etude sur les — pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses, E. Collin, 546, 557, 581.
Congrès, v. Lettres. — international d'hygiène et de démographie de Vienne, programme, 941.
Conseils. Mémoire critique sur la législation relative aux — d'hygiène et de la salubrité et aux établissements insalubres, Nivet, anal. C. L. D., 90.
Coqueluche. Etat du larynx dans la —, Von Herff, anal. L. Du, 904.
Cornée, v. Ulcère.
Coronaires, v. Athérome.
Corps vitré. Hémorrhagie générale du —, ophthalmotomie, Rolland, rapport de Delens (Soc. de chir.), 21.
Côtes. Du numérotage des —, Duroziez (Soc. de méd.), 326.
Cou. Effets de l'irritation de la partie antérieure du —, perte de la sensibilité et mort subite, Brown-Séquard (Acad. des sc.), 600.
Coup. Un — de poing malheureux, Closmadeuc, 607.
Courtade, v. Lymphangite.
Crampe. — des pianistes, W. Haward, anal. R., 818.
Crâne, v. Plaie.
Créosote. La — dans la phthisie pulmonaire, R. Longuet, 826.
Cure radicale. De la — des hernies, obs. de Barette (Soc. médico-prat.), 908. —, v. Testicule.
Cystite. Deux observations de — purulente traitée avec succès par la taille vésico-vaginale, Le Dentu (Soc. de chir.), 300, 907. — invétérée, taille vésico-vaginale, E. Desnos (Soc. médico-prat.), 399.
Cystocèle vaginale, cloisonnement du vagin, Leprévost, anal. P. C., 489.

D

Décollement. — traumatique des épiphyses du radius et du cubitus, Ozenne, 13.
Dégénérescence, v. Placenta.
Dehenne (A.), v. Choroïde, Gommes, Chalazion, Iritis, Pseudo-atrophies.
Deligny, v. Ecoulements.
Désinfection. Sur la — à bord, Proust (Acad. de méd.), 194. — des chambres, Konig, 194. — station publique à Berlin, C. L. D., 602. — en chirurgie, nouveau procédé (autoclave), Redard, rapport de Championnière (Soc. de chir.), 610.
Desnos (E.), v. Etranglement.
Diabète, v. Sclérose, Réflexe. — aigu, action de la belladone et de l'opium associés, Villemin (Acad. des sc.), 322. — Traitement par l'eau chargée d'oxygène sous pression, Le Blond, 629.
Diagnostic. Sur quatre cas de — difficile, Cadet de Gassicourt (Soc. médico-prat.), 820.
Diarrhée. — verte, v. Dyspepsie.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, anal. G. Richelot père, 525.
Digestion. La — stomacale, A. Herzen, anal. P. L. G., 736.
Dilatation. De la — permanente de l'utérus, Vulliet, anal. Stapfer, 370. — de l'estomac et ostéomalacie, Comby (Soc. méd. des hôp.), 433.
Diphthérie. Un cas de — post-traumatique, Mackie, anal. C. L. D., 19. — nécessité de l'isolement prolongé, Dauchez (Soc. médico-prat.). 907. — v. Vinaigre.
Doigt à ressort. Considération sur quatre cas de —, Schmit, 654.
Dubuc, v. Cocaïne.
Duroziez (P.), v. Rétrécissement.
Dyspepsie. Traitement de la — du premier âge et particulièrement de la diarrhée verte; nature microbienne de cette diarrhée, Hayem (Acad. de méd.), 781 ; discussion (Ibid.), 844.

E

Eau. L'— de rivière et la fièvre typhoïde à Paris, Chantemesse et Widal (Acad. de méd.), 506. — et fièvre typhoïde, H. Richardière, 533. — potable sur les chantiers de Panama, Ad. Nicolas (Acad. de méd.), 553. — chlorurée, v. Fistule. — chargée d'oxygène, v. Diabète. — v. Bacille.
Eaux. L'utilisation agricole des — d'égout et l'assainissement de la Seine, Paul Chéron, 753.
Ecoulements. Contribution à l'étude des — uréthraux d'origine constitutionnelle, Deligny, 389; discussion (Soc. de méd.), 241.
Elections. — à l'Académie de médecine, 34, 193, 229, 468, 503, 749, 782, 844, 882, 949. — à l'Acad. des sciences, 155, 292. — à la Soc. de méd. de Paris, 47, 567, 968. — à la Soc. de chir., 106, 265, 774.
Electricité. De l'emploi de l'— en obstétrique et en particulier dans les accouchements prématurés, Green, anal. C. L. D., 429.
Electrisation, v. Occlusion.
Embolies capillaires, v. Chorée.
Embryon, v. Nerfs.
Emmet. Opération d'—, v. Col.
Encéphalocèle traumatique, Sur l'—, Folet (Acad. de méd.), 625.
Endocardite, v. Insuffisance.

©BIU Santé

Enfants. Traité des maladies des —, Rilliet et Barthez, 3e éd. par Barthez et Sanné, anal. M. L., 404.
Entérotomie, v. Occlusion, Etranglement.
Epaule, v. Palpation.
Ephélides. Traitement des —, Halkin, 266.
Epidémie, v. Choléra.
Epiphyses, v. Décollement.
Epispadias. — chez une petite fille de six ans, L.-G. Richelot, 365.
Epistaxis. Traitement de certaines — rebelles. Verneuil (Acad. de méd.), 658. — un traitement, Patrick, anal. R., 881.
Erysipèle. L'— et sa contagion, Larroque, 861. — épidémie à l'hôpital d'Aix, Latil, 875.
Estomac, v. Dilatation, Ulcère, Mouvements, Cancer.
Etablissements insalubres, v. Conseils.
Ether, v. Ataxie locomotrice. — iodoformé, v. Abcès.
Etranglement. Deux observations d'— intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques, E. Desnos, 535; rapport de Dubuc (Soc. de méd.), 612. — interne, entérotomie et laparotomie, Verneuil (Soc. de chir.), discussion, 725, 772, 809, 845, 869, 905.
Eucalyptol. Traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'—, Ball (Acad. de méd.), 470; Dujardin-Beaumetz (Ibid.), 503. — en injections hypodermiques dans la tuberculose pulmonaire, Guiffart, 885.
Exanthème. Sur quelques formes rares d'— iodique aigu, V. Janovski, anal. R. L., 940.
Exstrophie. — de la vessie, L.-G. Richelot (Soc. de chir.), 422.

F

Facultés. — de médecine de Paris, règlements, nominations, etc., *passim*; thèses de doctorat, v. Thèses. — de médecine de Lyon, Bordeaux, etc., règlements, nominations, etc., *passim*.
Fécondation. Sur la — artificielle, P. Mantegazza, anal. Millot-Carpentier, 381.
Fibrome. Sur un cas de — compliquant l'accouchement, Auvard, rapport de Polaillon (Soc. de méd.), 838.
Fibromes. Deux cas de — sous-muqueux de l'utérus, D. Pasini, anal. Millot-Carpentier, 382.
Fièvre typhoïde. — anormale, Danlos (Soc. méd. des hôp.), 108. —, jugulation par la quinine et les bains tièdes, Pécholier, rapport de Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), 396. —, épidémie locale de Pierrefonds, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 786. —, influence de la chute des pluies, Chibret et Augieras (Soc. méd. des hôp.), 858. —, v. Bacille, Eau.
Fistule. — vésico-urétéro-vaginale, Pozzi (Soc. de chir.), 335. — vaginale guérie par les injections d'eau chlorurée, Hervieux (Soc. méd. des hôp.), 586.
Fluorescine, v. Œil.
Fœtus. Du développement du — chez les femmes à bassin vicié, F. La Torre, anal. Schmit, 841.
Foie, v. Abcès.
Folie. — et suicide en Russie, L. Deniau, 22.
Formulaire, *passim* dans tous les numéros.
Fosse iliaque, v. Phlegmons.
Fractures. Des — indirectes par petits projectiles de guerre, Lacronique, anal. Lubanski, 10. —, traitement par le massage, observation de Ovion et de Franc, rapport de Championnière, discussion (Soc. de chir.), 870. —, v. Température.
Fromage, v. Lait.

G

Gale. Pommade contre la —, Fournier, 979.
Gastrostomie. Un cas de —, Thiem, anal. A. W., 57.
Globe. De la transplantation et de la réimplantation du — oculaire, May, anal. C. L. D., 240.
Glycéré. — contre les douleurs d'oreille, Moure, 48.
Glycosurie, v. Sclérose.
Glycosuries. Contribution à l'étude des — d'origine hépatique, Roger, anal. E. Deschamps, 362.
Glycosuriques, v. Réflexe.
Goître. —, extirpation, cachexie strumiprive, Weidmann, anal. A. W., 55. — dépendant de la grossesse et de l'accouchement, Burine et De Soyre, anal. Stapfer, 804.
Goîtres. — et médication iodée interstitielle, Duguet, anal. P. Le Gendre, 44.
Gommes, v. Iris.
Gosselin. Le professeur —, L.-H. Petit, 710.
Grange (E.), v. Greffe.
Greffe, v. Transplantation. — animale à l'aide de la peau de grenouille, E. Grange, 721. tendineuse, Monod, discussion (Soc. de chir.), 951.
Greffier (L.), v. Colonne.
Grellet (de Ménat), v. Phlegmons.
Grossesse. — extra-utérine, Bubendorf, anal. Stapfer, 370. — extra-utérine, terminaison bizarre et heureuse, Beugnies-Corbeau, 509. —, v. Calendrier, Placentas, Goître.
Guiffart, v. Eucalyptol.
Guyon, v. Vessie.

H

Hallopeau, v. Maladies.
Hémi-chorée. Observation d'— préhémiplégique, Gingeot (Soc. méd. des hôp.), 277. — symptomatique des maladies de l'encéphale, H. Bidon, anal. E. Deschamps, 595.
Hémi-rhumatisme. Note nouvelle sur l'—, Cazalis, 933.
Hernie. — scrotale, cure radicale, Houzel, rapport de Périer (Soc. de chir.), 20. — étrangée, réduction en masse, laparotomies, guérison, Poisson, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 300. — v. Testicule, cure radicale.
Hygiène, v. Conseils.

©BIU Santé

Hypertrophies. Contribution à l'étude des — amydaliennes, A. Ruault, 813.
Hypnotisme. L'— et les états analogues au point de vue médico-légal, Gilles de La Tourette, anal. P. Le Gendre, 188. — et suggestion, Larroque (Soc. de méd.), 409. — appliqué aux sourds-muets, Berkam, anal. R., 962.
Hystérectomie. — vaginale, L.-G. Richelot, 49. — vaginale, néphrectomie, guérison, Schmidt, anal. A. W., 56. — vaginale, trois observations, Trélat (Soc. de chir.), 179. — vaginale, rapport sur une observation de Rohmer, L.-G. Richelot, 246. — vaginale, question de la récidive, L.-G. Richelot, 521; (Soc. de chir.), 420. — vaginale et pinces à demeure en France et à l'étranger, L.-G. R., 593. — vaginale, Monod (Soc. de chir.), 870.

I

Ichthyol. L'— et la résorcine et le groupe des agents réducteurs, Unna, anal. Schmit, 419.
Impétigo. Traitement de l'—, Saerbs, anal. R., 948.
Inhalations. Appareils pour — et pulvérisations aromatiques et antiseptiques ozonées, Huguet (Acad. de méd.), 915.
Injection. — antileucorrhéique, 23.
Injections. Nouveau développement de la méthode des — hypodermiques, Albin Meunier (Acad. de méd.). 506. — v. Syphilis.
Inoculations. — antirabiques, v. Rage.
Inspectorat. Discussion sur l'— des eaux minérales (Acad. de méd.), 341 (Bull.), 349, 425 (Bull.), 432, 468, 504, 553, 617 (Bull.), 626.
Insuffisance. Sur le premier cas de souffle d'— mitrale, Duroziez (Soc. de méd.), 46. — tricuspidienne primitive par endocardite végétante, Ch. Malibran, 110; rapport de P. Duroziez, 353.
Intoxication. Recherches expérimentales sur l'— mercurielle, lésions des nerfs périphériques dans cette —, M. Letulle (Acad. des sc.), 91.
Inversion. — utérine, ligature élastique, Léon Le Fort (Soc. de chir.), 491. — utérine consécutive à la délivrance, Rœser (Soc. médico-prat.), 553.
Iodoforme. Pommade d'— désodorisé, Oppler, 84.
Iris. Gommes multiples de l'—, Dehenne, 270; (Soc. de méd.), 46.
Iritis. Traitement de l'— aiguë, Dehenne, 248.
Isolement, v. Diphthérie.

J

Jaccoud, v. Cardiopathie.
Jardins. L'art des —, Ernouf et Alphand, anal. M. L., 101.

K

Karyokinèse. Prolifération de la cellule par —, P. Gilis, anal. Ch. E., 298. — observée dans l'inflammation de la moelle des os, Cornil (Acad. des sc.), 798.
Kéloïdes. — traitées par l'électrolyse, Brocq (Soc. médico-prat.), 820.
Kératite. De la — neuro-paralytique du choléra, Aguilar Blanch, anal. C. L. D., 140.
Kyste. — hydatique du foie, laparotomie, Trélat (Soc. de chir.), 179. — dermoïde (?) du maxillaire supérieur, Jeannel et Laulanier, rapport de Berger (Soc. de chir.), 218. — multiloculaire de l'ovaire gauche, ovariotomie, guérison, Terrier, 499. — hydatique du foie, laparotomie, Segond (Soc. de chir.), 577. — parovarien droit, ablation, Terrier, 769.
Kystes. Du traitement des — hydatiques, Gardner, anal. C. L. D., 19. — sarcomateux du petit bassin, Cornil (Acad. des sc.), 962. —, v. Tumeurs.

L

Lait. Sur les dangers de l'utilisation des produits, tels que le petit-lait et le fromage, obtenus avec le — de vaches tuberculeuses, V. Galtier (Acad. des sc.), 832.
Lancereaux, v. Morphinisme, Urémie.
Laparotomie, v. Occlusion, Plaie., Ovaires, Kyste, Hernie, Etranglement.
Larroque, v. Erysipèle.
Laryngite. Traitement chirurgical de la — tuberculeuse, Hering (Soc. méd. des hôp.), 661, 784.
Larynx, v. Coqueluche.
Latil, v. Erysipèle.
Lavements. De l'emploi des — d'acide carbonique contre l'emphysème pulmonaire compliqué de catarrhe, Renaut (Soc. méd. des hôp.), 180.
Le Blond (A.), v. Diabète.
Le Diberder, v. Placenta.
Leçons. — de clinique et de thérapeutique médicales, A. Robin, anal. P. Le Gendre, 7. — de clinique médicale, Jaccoud, anal. P. Le Gendre, 53.
Le Gendre (P.), v. Rage.
Légion d'honneur, 12, 23, 627.
Lèpre. Traité pratique et théorique de la —, H. Leloir, anal. H. Hallopeau, 538. — en Europe, anal. R., 818. —, recherches expérimentales, Beaven Rake, anal. R. L., 941.
Lettres. — d'Allemagne (Congrès de chirurgie de Berlin), E. Lardy, 607, 636, 641, 669. — de Suisse, F. Dumont, 733.
Leucoplasie buccale. Recherches sur la nature et l'anatomie pathologique de la —, H. Leloir (Asad. des sc.), 963.
Lichen. Du — plan et particulièrement de sa forme atrophique, Hallopeau, 717, 729, 742.
Ligature. — élastique, v, Inversion.
Lithotritie, v. Cocaïne.
Loi Roussel. Résultats obtenus par l'appli-

©BIU Santé

cation de la — dans le département de la Seine, Blache, 570.
Longuet (R.), v. Calomel, Créosote.
Luc, v. Polypes.
Lutaud, v. Morphine.
Luxation. — spontanée du fémur consécutive à une arthrite suppurée de la hanche, Lannelongue (Soc. de chir.), 105. — du pouce en arrière, Richon, rapport de Chauvel, discussion (Soc. de chir.), 974. — de la phalangine du médius, Mabboux, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 974.
Lymphangiome. — de la cuisse, Nélaton, rapport de Th. Anger (Soc. de chir.), 490.
Lymphangite. — parenchymateuse ou engorgement lymphatique aigu, Courtade, 765.
Lympho-sarcome. Extirpation d'un — du cou, résection de la carotide primitive et de la jugulaire profonde, guérison, Tansini, anal. Millot-Carpentier, 191.

M

Magnétisme. Le — animal, Binet et Féré, anal. Lubanski, 360.
Maladies. Leçons cliniques sur les — cutanées et syphilitiques, première leçon (du lichen plan), Hallopeau, 717, 729, 742. — du foie, Traité pratique, J. Cyr, anal. P. Chéron, 747.
Malibran (Ch.), v. Insuffisance.
Massage, v. Fractures.
Matière médicale. Nouveaux éléments de —, Cauvet, anal. C. L. D., 313.
Mauriac (Ch.), v. Syphilis.
Médecine. Proposition de loi sur l'exercice de la —, Ch. E., 52.
Méthylal. Un nouvel hypnotique, le —, Ch. Eloy, 100.
Morphine. Antagonisme de la — et de l'atropine, C. Binz, anal. Schmit, 454. —, action sur l'appareil utérin, Lutaud, 984; discussion (Soc. de méd.), 761.
Morphinisme. Du — chronique, Lancereaux, 61, 74.
Morphinomanie. Considérations sur le traitement de la —, Ball et Jennings (Acad. de méd.), 504. — chez les animaux. L. Jammes (Acad. des sc.), 760. —, v. Morphine.
Mouvements. Sur les — de l'estomac, Colin d'Alfort (Acad. de méd.), 657.
Mydriatiques. Les nouveaux —, Paul Chéron, 876.
Myélite. — diffuse compliquant la rougeole, Barlow, anal. L. Dn., 925.
Myocarde, v. Athérome, Sclérose.
Myopathie. Contribution à l'étude de la — atrophique progressive, Ladame, anal. E. Deschamps, 502. — atrophique progressive, nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques, Landouzy et Déjerine, anal. E. Deschamps.

N

Naphthaline, v. Œil.
Nécrologie, 48, 84, 95, 132, 184, 193, 208, 232, 256, 280, 292, 257, 265, 351, 364, 388, 411, 412, 424, 447, 459, 471, 472, 483, 508, 543, 578, 591, 592, 615, 616, 639, 640, 677, 740, 751, 764, 775, 776, 796, 823, 872, 884, 920, 954, 956, 968, 980.
Néphrectomie, v. Hystérectomie. — transpéritonéale, nouveau procédé, Terrier (Soc. de chir.), 457.
Néphrite. Traitement de la — scarlatineuse, Atkinson, anal. R. L., 299.
Néphrites. Pathogénie des — chroniques, P. Fnyers, anal. P. Legendre, 259.
Néphrotomie, Le Dentu (Soc. de chir.), 180.
Nerfs. Note sur les — crâniens d'un embryon humain de trente-deux jours, Phisalix (Acad. des sc.), 217. —, v. Plaie.
Névralgie. — mammaire, ablation du lobule douloureux, Routier, rapport de Terrillon (Soc. de chir.), 263.
Névralgies, v. Chlorure.
Névrites. Contribution à l'étude des — périphériques chez les tabétiques, A. Pitres et L. Vaillard, anal. E. Deschamps, 103.
Nouvelles de l'étranger, *passim* dans tous les numéros.

O

Obstruction. Note sur le traitement de l'— intestinale, L.-G. Richelot, 837. —, v. Etranglement, Occlusion.
Occlusion. Trois cas d'— intestinale, entérotomie, laparotomie, électrisation, Heydenreich, rapport de Kirmisson (Soc. de chir.), 20. —, v. Etranglement.
Œil. Etudes sur la nutrition de l'—, d'après les expériences faites avec la fluorescine et la naphthaline, Panas, 221. — v. Globe.
Ollivier (A.), v. Rougeole.
Ongle. Mode de production de l'— et application à l'opération de l'— incarné, Quénu, rapport de Reclus, discussion (Soc. de chir.), 611.
Ongles, v. Cheveux.
Ophthalmotomie, v. Corps vitré.
Opium, v. Diabète.
Orbite. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'—, Abadie, 969; discussion (Soc. de méd.), 834.
Orchiectomie, v. Testicule.
Oreille. Traitement des suppurations de l'—, Aysaguer, 59.
Ostéomalacie, v. Dilatation.
Ostéomyélite. — diffuse du péroné, ablation de toute la diaphyse, régénération, Reynier, rapport de Schwartz (Soc. de chir.), 384.
Ouate de tourbe. Emploi de l'— en chirurgie, Lucas-Championnière (Soc. de chir.), 456.
Ovaires. Ablation des — et des trompes, Bouilly (Soc. de chir.), 71. — Leçons cliniques de Gallard, anal. L.-H. Petit, 227.
Ovariotomie. — Terrier, 225.
Ovarite, v. Salpyngite.
Ozenne, v. Décollement.
Ozone, v. Inhalations.

©BIU Santé

P

Palpation. Etude sur la valeur de la — de l'épaule comme moyen de diagnostic des positions du sommet, Rivière, anal. Stapfer.
Panas, v. Œil.
Pancréas. Un cas d'abcès du —, J.-H. Musser, anal. C. L. D., 140.
Papille, v. Pseudo-atrophies.
Paralysie. De la — nocturne, Stevenson. anal. C. L. D., 19. — radiculaire du plexus brachial d'origine réflexe, H. Rendu, anal. E. Deschamps. — diphthéritique des muscles de l'œil, Remak, anal. C. L. D., 276. — transitoire du nerf radial au début du tabès, Strumpell, anal. R. L., 346.
Parasites, v. Anémie.
Pathologie. Manuel de — externe, Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly, anal. A. T., 64, 938. — interne et thérapeutique, leçons de C. Liebermeister, trad. Guiraud, anal. P. Le Gendre.
Pathologie générale. Traité élémentaire de — 2e édition, Hallopeau, anal. Le Gendre, 345.
Peau. Sur la thérapeutique moderne des maladies de la —, Manassei, anal. Millot-Carpentier, 381.
Périnéorrhaphie. — primitive, Barette (Soc. médico-prat.), 554.
Péritonite. — puerpérale purulente, ponction et évacuation, guérison, J. Besnier, 778. — traitement chirurgical, Ed. Albert, anal. Ch. Schmit, 866.
Péroné, v. Ostéomyélite.
Perret (S.), v. Ulcère.
Petit-lait, v. Lait.
Pezzer (de), v. Calculs.
Phlegmons. Traitement des — de la fosse iliaque par les débridements hâtifs, Grellet, 26, 37.
Phosphore. Traitement du rachitisme par le —, anal. Schmit, 455.
Phthisie pulmonaire. Troubles et lésions gastriques dans la —, B. Marfan, anal. P. L. G. 608. — v. Eucalyptol, Créosote.
Pied-bot. — varus équin enroulé, Trélat (Soc. de chir.), 811.
Pigmentation, v. Chorée.
Pilocarpine. La — contre les convulsions urémiques, Edward E. Stone, anal. R., 948.
Placenta. Note sur la dégénérescence fibro-graisseuse du —, Le Diberder, 849.
Placentas. Les — multiples dans la grossesse simple, Ribemont-Dessaignes, anal. Stapfer, 802.
Plaie. — de l'abdomen, laparotomie, suite de la discussion (Soc. de chir.; voir la table du 30 décembre 1886), 21, 69, 104, 177, 264, 386, 648. — de la main, suture des nerfs médian et cubital, Polaillon, discussion (Soc. de chir.), 457, 490, 847, 868, 905. — de poitrine du côté gauche sans lésion du péricarde, Schwartz (Soc. médico-prat.) 554. — du nerf radial, suture, Ehrmann (Soc. de chir.), 773. — pénétrante du crâne par balle de revolver, rapport de Chauvel, discussion (Soc. de chir.), 975.
Pleurésie. De la — dite a frigore, Landouzy. anal. E. Deschamps. — purulente latente à épanchement considérable, Debove, discussion (Soc. méd. des hôp.), 278, 338.
Plexus. — brachial, v. Paralysie. — choroïdes, —, v. Tumeurs.
Pluies, v. Fièvre typhoïde.
Pneumonie. — aiguë transmise de la mère au fœtus, Strachan, anal. R., 585.
Polypes. Faits cliniques relatifs aux — muqueux des fosses nasales, Luc, 233.
Pouls. Variations diurnes et nocturnes du — du cerveau, Rumms et Ferraunini (Acad. des sc.), 262.
Prix. — de la Soc. de chir., 143. — de la Faculté de médecine, 155.
Prostitution. de la —, Thiry, anal. P. Ch. 990.
Pseudarthrose, v. Transplantation.
Pseudo-atrophies de la papille, Trousseau, 401; rapport d'Abadie, 478; Dehenne, 511.
Psoriasis, v. Leucoplasie.
Ptomaïnes (Acad. de méd.), 991.
Pulvérisation, v. Ataxie locomotrice, Inhalations.

R

Rachitisme, v. Phosphore.
Rage. Discussion sur la — (Acad. de méd.), 35, 73, 78, 115, 145 (Bull.), 229, 314. — paralytique chez l'homme, P. Le Gendre, 473. — est-elle transmissible d'homme à homme? Rovighi, anal. Schlemmer, 891. — durée d'incubation, Bauer, anal. Schlemmer, 892. — statistique de l'Institut Pasteur, 932. —, récents travaux, P. Le Gendre, 957.
Réflexe. Sur la perte du — rotulien dans le diabète sucré, P. Marie et G. Guinon, anal. E. Deschamps, 102. — rotulien, exagération chez les glycosuriques, Dreyfous, anal. E. Deschamps.
Régénération, v. Ostéomyélite.
Régime. Sur l'action du — lacté sur l'excrétion de l'urine, Chibret (Acad. des sc.), 893.
Rein, v. Antiseptiques.
Résection. — tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe, Chauvel, rapport de Maurice Perrin (Acad. de méd.), 316.
Résorcine. De la —, anal. L. Dn., 275. — v. Ichthyol.
Rétention, v. Urine.
Rétrécissement mitral pur, P. Duroziez, 147, 173, 898, 909, 921. — traumatique de l'urèthre, uréthrotomie interne, mort foudroyante, Jobard, rapport de Monod (Soc. de chir.), 335.
Rétroflexion. — de l'utérus à angle aigu, opération d'Alexander, Bouilly (Soc. de chir.), 385.
Rétroversion. Contribution à l'étude de la — de l'utérus gravide, Pinard et Varnier, anal. Stapfer, 371, 808.
Rhinite. Traitement de la — syphilitique, Diday, 941.
Rhumatisme, v. Cheveux, Hémi-rhumatisme.
Richardière (H.), v. Eau.
Richelot (L.-G.), v. Hystérectomie, Epispadias, Obstruction, Exstrophie.
Rotule. Luxation externe de la — avec rotation de l'os suivant son axe vertical, Faucon, rapport de Kirmisson (Soc. de chir.), 906.

©BIU Santé

Rougeole. De la diffusion continue de la — à Paris et des moyens d'y remédier, A. Ollivier, 121. —, v. Rubéole, Myélite.
Ruault (Albert), v. Hypertrophies.
Rubéole. — suivie de rougeole, Wolberg, anal. G. Schlemmer, 843.
Rumination. — chez l'homme, Johanessen, anal. R., 948.

S

Saignée. La — d'Hippocrate, Dechaux, anal. de Beauvais (Soc. de méd.), 45; anal. R. Longuet, 372.
Salicylage des vins, discussion à l'Acad. de méd., 153.
Salon. Promenades au —, P. Dubray, 753, 789, 849, 885
Salpyngite. Quatre observations d'inflammation des annexes de l'utérus (— et ovarite) enlevées par la laparotomie, Terrillon (Acad. de méd.), 844.
Sang. Eléments figurés du —, G. Variot, anal. Ch. E., 67.
Sarcome, v. Choroïde.
Schlemmer (G.), v. Asthme.
Schmit (Ch.), v. Doigt, Anémie.
Sclérose. De la glycosurie et du diabète dans la — en plaques, Richardière, anal. E. Deschamps, 78. — en plaques, glycosurie, B. Edwards, anal. E. Deschamps, 78. — latérale amytrophique, thèse de Florand, anal. P. Le Gendre, 723. — du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires, Huchard et Weber (Soc. méd. des hôp.), 979.
Scrofule. Guérison de la — par les bains de mer en hiver, De Valcourt (Soc. de méd.), 967.
Sédentarité, v. Surmenage.
Sociétés. — de chirurgie, 20, 69, 104, 141 (séance annuelle), 177, 218, 300, 263, 334, 384, 420, 456, 490, 540, 576, 610, 647, 725, 738, 772, 809, 845, 868, 905, 950, 974. — médicale des hôpitaux, 106, 180, 277, 336, 432, 492, 586, 660, 784, 856, 927, 977. — de méd. de Paris, 45, 129, 162 (Compte rendu des travaux), 205, 241, 325, 408, 481, 566, 612, 639, 673, 761, 833, 894, 965. — médico-pratique, 230, 398, 553, 820, 907. — des sciences médicales de Lyon, ses travaux, 10, 738. — médico-chirurgicale de Liège, ses travaux, 113. — de méd. et de chir. de Bordeaux, ses travaux, 383.
Sœur Jeanne des Anges, G. Legué et Gilles de La Tourette, anal. C. L. D., 274.
Somnambulisme. Etude médico-légale sur le — spontané et le — provoqué, Mesnet (Acad. de méd.), 430.
Souffle, v. Insuffisance.
Soufre. L'emploi du — dans la chlorose, Hugo-Schulz, anal. Schmit, 455.
Sourcil. Pathogénie des tumeurs de la queue du —, Larger (Soc. de chir.), 932.
Spartéine, v. Morphinomanie.
Spasme. — de l'urèthre, Verneuil (Soc. de chir.), 951.
Springer (M.), v. Cancer.
Stapfer, v. Calendrier.
Staphylorrhaphie. Observation de — par un procédé simplifié, Dudon, rapport de Terrier, discussion (Soc. de chir.), 178.
Statistique. — générale des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886, 136. — des opérations pratiquées en 1886 à l'hôpital Bichat, par Terrier, 219.
Sténocardie, v. Cocaïne.
Sucre. Recherche de petites quantités de — dans l'urine, Paul Chéron, 485.
Suicide, v. Folie.
Superfétation, Nowlin, anal. R., 962.
Suppliciés. Recherches et expériences sur deux —, Laborde (Acad. de méd.), 552.
Surmenage. — intellectuel et sédentarité dans les écoles, Lagneau, discussion (Acad. de méd.), 397, 782, 949, 990. — cérébral, Christian (Soc. de méd.), 566.
Suture. — des nerfs, v. Plaie.
Syphilis. Fréquence et chronologie de la — tertiaire, Ch. Mauriac, 197, 211. — Traitement par les injections sous-cutanées de calomel et d'oxyde jaune de mercure, Balzer (Soc. méd. des hôp.), 434; discussion (Ibid.), 492. — thérapeutique générale, Martineau (Soc. méd. des hôp.), discussion, 661, 785, 858, 928, 978. — prophylaxie, rapport de A. Fournier (Acad. de méd.), 873 (Bull.), 916.
Système nerveux. De l'influence du — sur la production de la chaleur animale, Mosso, anal. C. L. D., 241.

T

Tabès, v. Paralysie.
Tabétiques, v. Névrites.
Taille. — vésico-vaginale, v. Cystite.
Témoignages. Des faux — des enfants devant la justice, Motet (Acad. de méd.), 575.
Température. — dans les fractures sous-cutanées, E. Müller, anal. R. L., 526.
Térébenthine. Essence de — dans certaines affections intestinales douloureuses chez les enfants, B. Brown, anal. L. Dn., 914.
Terrier (F.), v. Kyste.
Testicule. Résection du — compliquée de hernie inguinale; orchiectomie et cure radicale de la hernie, Ceccherelli, anal. Millot-Carpentier, 382.
Tétanos. Observation de — céphalique, Terrillon (Soc. de chir.), 421; (Ibid), 456.
Théine. De l'action anesthésique locale de la brucine et de la —, anal. L. Dn., 90.
Thérapeutique. Leçons de —, G. Hayem, anal. Paul Chéron, 912.
Thèses. — de doctorat (Faculté de Paris), 71, 182, 266, 350, 518, 663, 821. — de doctorat (Faculté de Lyon), 94, 715. — de doctorat (Faculté de Montpellier), 614.
Thiry, v. Prostitution.
Thrombose. — pulmonaire mortelle chez une chlorotique, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 588.
Thrombus. Note sur un cas singulier de — du vagin pendant la grossesse, P. Budin, 945.
Trachéotomie. Quatre observations de — avec chloroformisation, Houzel, rapport de Le Dentu, discussion (Soc. de chir.), 540, 576, 647, 725.

©BIU Santé

Transfusion. Expériences sur les effets de la — du sang dans la tête des animaux décapités, Hayem et Barrier (Acad. des sc.), 255.
Transplantation. — osseuse interhumaine (greffe massive) dans un cas de pseudarthrose du tibia, Poncet (Acad. des sc.), 564.
Trépanation, v. Cocaïne, Aphasie.
Trieurs de chiffons. La maladie des —, anal. C. L. D., 94.
Trompes, v. Ovaires.
Trousseau (A.), v. Pseudo-atrophies.
Tuberculose. L'œuvre de la —, 377. —, v. Bacilles, Créosote, Eucalyptol. — cutanée verruqueuse, Brissaud et Gilbert, discussion (Soc. méd. des hôp.), 977.
Tumeurs. Fausses — abdominales, faux kystes de l'ovaire, Terrillon, anal. Stapfer, 368. — des plexus choroïdes, J. Audry, anal. E. Deschamps, 939. —, v. Orbite, Sourcil.

U

Ulcérations, v. Laryngite.
Ulcère. De l'— de l'estomac, leçon clinique de S. Perret, 437, 449. — serpigineux de la cornée, traitement, A. Dehenne, 712; discussion (Soc. de méd.), 762.
Urémie. Les troubles digestifs de l'—, Lancereaux, 329. —, les troubles nerveux, Lancereaux, 413, 665, 705.
Urethère, uréthrotomie, v. Rétrécissement.
Urine. De la rétention d'— chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre, Lefour (Acad. de méd.), 532. —, v. Sucre, Régime.
Utérus, v. Dilatation, Rétroversion, Rétroflexion, Morphine, Salpyngite.

V

Vaccin. Dégénérescence du —; preuve expérimentale; moyen d'empêcher l'atténuation de ce virus, Pourquier (Acad. des sc.), 177.
Vaccination, v. Variole.
Vaches, v. Lait.
Vagin. Absence complète du —, création d'un — artificiel, Polaillon (Soc. de chir.), 492. —, v. Thrombus.
Varicocèle. Cure radicale du — par le procédé de M. Horteloup, Wickham, 341; discussion (Soc. de méd.), 325.
Variole. Atténuation et préservation de la — par la vaccination pratiquée pendant l'incubation, Morf, anal. G. Schlemmer, 737.
Vertige. Note sur le — paralysant, Haltenhoff (Acad. de méd.), 741 (Bull.).
Vessie. Note sur la sensibilité de la — à l'état normal et pathologique, Guyon, 463. —, v. Calculs.
Vins. Note sur les effets des — plâtrés sur l'économie, Marty (Acad. de méd.), 784.
Vinaigre. Des propriétés antiseptiques du — et de son emploi dans le traitement de la diphthérie, Engelmann, anal. L. Deniau, 373.
Vins, v. Salicylage.
Vulpian. Mort de M. —, L.-H. Petit, 796.

W

Weber (A.), v. Cheyne-Stockes.
Wickham, v. Varicocèle.

Z

Zona. Sur le — périnéo-anal chez les tuberculeux, Barié (Soc. méd. des hôp.), 786.

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